

Mamy wizje zdrowia



Fot. Archiwum

„Wizja zdrowia” to wydarzenie zainspirowane wymianą doświadczeń i rozmowami przeprowadzonymi w trakcie konferencji „Priorytety w ochronie zdrowia 2017” podczas paneli dyskusyjnych na temat perspektyw rozwoju ochrony zdrowia w Polsce. Poruszone wówczas problemy i dyskusje wykraczały daleko poza ramy i możliwości czasowe konferencji. W powtarzających się ocenach panelistów rozpoczęte wątki wymagały kontynuacji. Tak powstał pomysł na „Wizję zdrowia”.

W trakcie tegorocznej „Wizji”, która odbyła się 3 października, staraliśmy się wypracować płaszczyzną porozumienia, co do możliwych spójnych kierunków rozwoju i usprawnienia funkcjonowania systemu ochrony zdrowia w perspektywie czasowej 5–10–15 lat. Debatowaliśmy między innymi na temat nowej wizji polskiego systemu ochrony zdrowia, wizji chorób układu krążenia, innowacji w medycynie, polityki lekowej, eliminacji zakażeń HIV w Polsce oraz diagnozy i przyszłości opieki senioralnej. Przedstawiamy relacje z wybranych sesji i prezentujemy wnioski z paneli. **Relacje i nagrania wszystkich sesji są dostępne na stronie internetowej „Menedżera Zdrowia”.**

Zaczęło się od kwadratury...

Sesja pod tytułem „Nowa wizja polskiego systemu ochrony zdrowia czy kwadratura koła?” poświęcona była nowej wizji systemu ochrony zdrowia w Polsce i możli-

wości porozumienia w tym zakresie ponad podziałami politycznymi. Uczestnicy generalnie zgodzili się, że jest to możliwe i pożądane. Co do samej wizji zdania były jednak podzielone. Minister Konstanty Radziwiłł stwierdził, że wizja docelowa systemu ochrony zdrowia jest swego rodzaju mitem ze względu na brak modelowego systemu służby zdrowia na świecie i dynamikę procesów zachodzących w ochronie zdrowia. Podkreślił też znaczenie zmian demograficznych, przede wszystkim coraz większej grupy ludzi w starszym wieku.

Wszyscy uczestnicy zgodzili się co do konieczności zwiększenia nakładów na ochronę zdrowia ze środków publicznych, które obecnie są zdecydowanie za niskie. Minister Radziwiłł powiedział, że robocza propozycja, jaką w tej chwili ma Ministerstwo Zdrowia, zakłada osiągnięcie 6% wydatków na zdrowie w roku 2025. Profesor Tomasz Grodzki domagał się jednak szybszego tempa wzrostu nakładów, podkreślając, że średnia



europańska wydatków na zdrowie oscyluje wokół 7% PKB. W odpowiedzi minister Radziwiłł zwrócił uwagę, że dotychczas wzrost wydatków na zdrowie był najwyższy tak szybki, jak wzrost PKB. Nigdy nie wyprzedziliśmy w nakładach na ochronę zdrowia wzrostu PKB, z wyjątkiem tego roku. Względem PKB ubiegłorocznego prawdopodobnie w tym roku osiągniemy 4,73%, a w historii polskiego systemu ochrony zdrowia nie było jeszcze takiej sytuacji. Andrzej Jacyna, p.o. prezes NFZ, zaznaczył, że polskie wydatki na koszty bezpośrednie ochrony zdrowia są istotnie zaniżone. Tymczasem 1 euro wydane na zdrowie przekłada się na 4 euro wpływające do budżetu państwa. Profesor Grodzki stwierdził dobitnie, że służba zdrowia to ważna gałąź gospodarki narodowej, w której pracuje kilkadziesiąt tysięcy ludzi i która świadczy usługi dla całej populacji. Wspomniał także, że szpitale za wszystkie towary i usługi płacą podatek VAT, którego nie mogą odzyskać. Profesor w poważnej katedrze ekonomii jednego z polskich uniwersytetów zamówił analizę, jak w sposób możliwie bezbolesny dla budżetu zwiększyć nakłady na zdrowie. Okazuje się, że jednym z możliwych sposobów jest właśnie podejście do VAT-u i wprowadzenie tej ważnej gałęzi gospodarki narodowej, jaką jest medycyna, do systemu objętego tym podatkiem.

Foto: Archiwum



Michał Kępowicz

dyrektor do spraw relacji zewnętrznych
Philips Health Systems Poland & Baltics

W XXI wieku mamy do czynienia z tak wielkim postępem technologicznym, że czasem odnoszę wrażenie, że możliwości techniczne przestają być najważniejszym ograniczeniem w rozwoju innowacji, że ta granica jest w głowach czy pomysłach. Działalność naszego centrum badań i rozwoju coraz bardziej zaczyna przypominać funkcjonowanie na zasadzie „zgroźcie problem, my znajdziemy dla niego techniczne rozwiązanie”. Jako globalny koncern często mamy w tych wypadkach ułatwione zadanie, dysponujemy gotowymi rozwiązaniami, zastosowanymi i wdrożonymi z partnerami na całym świecie. Wystarczy je zmodyfikować odpowiednio do potrzeb konkretnego odbiorcy. Telemedycyna to przyszłość (a w zasadzie coraz bardziej teraźniejszość) – nikt w to nie wątpi. Za jej niebywałym postępem często nie nadążają czy to otoczenie prawne, czy po prostu zachowawczość kadr zarządczych. To problem, ale coraz mniejszy. Dobre rozwiązania i tak się przebijają, a początkowy opór czy niedowierzenie szybko zmieniają się w zaufanie i ustępują pod wpływem wysokiej jakości i efektywności nowych rozwiązań.

Prezes Jacyna opowiedział się za systemem mieszanym, czyli budżetowo-ubezpieczeniowym, ponieważ przy stałych podwyżkach płac wzrasta też składka na ubezpieczenie zdrowotne, co daje szansę na zwiększenie nakładów na ochronę zdrowia. Dlatego apelował, aby nie uciekać od składki ubezpieczeniowej.

Zdaniem prof. Grodzkiego pacjent nie powinien wiedzieć, czy jest leczony w szpitalu państwowym, samorządowym czy prywatnym, byleby był dobrze leczony. Podkreślił także, że zdrowie nie powinno mieć barw partyjnych, mimo toczących się sporów politycznych. Minister Marek Balicki zauważył, że ochrona zdrowia jest w większości domeną publiczną, a skoro tak, to jest jasne, że zawsze będzie sprawą polityczną. Czyli nie da się, myśląc o strategii i o ochronie zdrowia, oderwać od polityki. Kluczowe są nie tylko kwestie jej finansowania, lecz także własności zasobów. Podkreślił też, że podoba mu się obecny kierunek zwiększenia udziału części publicznej. Jego zdaniem należy sobie odpowiedzieć na podstawowe pytanie – czy potrzeba więcej konkurencji, czy też więcej współpracy, kooperacji, wspólnotowości. Zaznaczył jednak, że uważa się oraz ryczałt za rozwiązania niekompletne, połowiczne.

Minister Balicki podkreślił ogromny problem niedoboru kadr, który wymaga pilnych działań, z czym zgodził się Andrzej Jacyna. Zgodził się z tym również minister Radziwiłł, który zauważył, że podjęto już



Fot. Archiwum



Fot. Archiwum

Rafał Rodziewicz prezes, Technitel Polska S.A.

Innowacje w obszarze zdrowia są bardzo ciekawym i jednocześnie złożonym tematem. Z punktu widzenia cyfrowej transformacji gospodarki i dziejącej się rewolucji nazywanej Przemysłem 4.0 ochrona zdrowia wydaje się jeszcze ciekawszym obszarem do wdrażania innowacji. Nie jest tak, że nie ma technologii i rozwiązań, które mogłyby poprawić skuteczność i efektywność leczenia. Co więcej, duża część producentów systemów i urządzeń do monitoringu czynności życiowych, ratowania życia czy też diagnostyki jest wyposażona w systemy umożliwiające transmisję danych. Są w Polsce miejsca, chociażby Łódzka Regionalna Sieć Teleinformatyczna, która obejmuje kilka dużych szpitali wojewódzkich transmisją światłowodową wraz z pokryciem sieciami bezprzewodowymi, które dają możliwość testowania i wdrażania innowacyjnych rozwiązań i technologii dla zdrowia.

Dlaczego więc tak się dzieje, że nie wdrażamy tych rozwiązań powszechnie? Po pierwsze, musimy koniecznie zmieniać i modyfikować przepisy prawne i procedury, dając np. dodatkowe profity jednostkom medycznym lub lekarzom za stosowanie tychże technologii cyfrowych. Po drugie, jak wynika z mojego doświadczenia, nawet w szpitalach połączonych sieciami światłowodowymi z 95-procentowym pokryciem sygnałem bezprzewodowym ani zarządzający tymi szpitalami, ani nadzorcy nie są zainteresowani wykorzystaniem szans, jakie dają nowoczesne technologie. Z czego to wynika? Być może z tego, że łatwiej jest pokazać ludziom wyremontowany oddział niż technologię, która nie przełoży się bezpośrednio na korzyści „tu i teraz”, ale da efekt oszczędności i poprawy efektywności dopiero za rok albo kilka lat.

pewne kroki naprawcze i że w ciągu ostatnich dwóch lat zwiększyła się istotnie liczba studentów medycyny i pielęgniarstwa. Tylko potrzeby, jak słusznie zauważano, też są coraz większe.

Rozmówcy podkreślili, że w Polsce brakuje poważnej debaty publicznej na temat strategicznych elementów ochrony zdrowia, w której powinno m.in. paść pytanie, czy szpitale, niezależnie od własności, w tym zakresie, w jakim są finansowane ze środków publicznych, mogą działać w formule zysku. Mówiono też o włączeniu wszystkich interesariuszy systemu, w tym pacjentów i organizacji pacjenckich, w podejmowanie decyzji dotyczących kształtu systemu opieki zdrowotnej na wszystkich szczeblach. Podkreślano, że ważne jest stworzenie takiej płaszczyzny debaty, choć prof. Grodzki wyraził obawę, że współudział pacjentów polega głównie na negacji.

Podkreślono również znaczenie zdrowego trybu życia i profilaktyki. Minister Radziwiłł uznał, że panuje bardzo szeroka zgoda co do nadania większej roli podstawowej opiece zdrowotnej oraz przywrócenia, przynajmniej w jakimś zakresie, medycyny nastawionej głównie na profilaktykę albo wczesną interwencję, jaką jest medycyna szkolna czy stomatologia szkolna.

Profesor Piotr Czauderna w podsumowaniu debaty zwrócił uwagę na ogromną zmianę, która się w tej chwili dokonuje w światowej medycynie, czyli na podejście nazywane *Value Based Care*, polegające na przejściu z prostego rozliczania wykonanych procedur do oceny wartości i skuteczności danego postępowania leczniczego i aktywnego włączenia pacjentów w proces leczenia.

Zbudujmy sobie szpital

Podczas konferencji odbyła się też sesja „Wizja szpitala XXI wieku”. Zdaniem Piotra Magdziarza, eksperta rynku ochrony zdrowia oraz partnera zarządzającego w firmie Formedis Medical Management & Consulting – mimo wprowadzenia Ustawą z dnia 21 lipca 2016 r. nowelizującą ustawę o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2016 r. poz. 1355) zasady oceny inwestycji w ochronie zdrowia (tzw. instrumentu IOWISZ) na rynku nadal nie ma narzędzia ograniczającego nieuzasadnione inwestycje w ochronie zdrowia. Inwestycje te wciąż nie są optymalizowane i koordynowane na poziomie poszczególnych województw. Wynika to przede wszystkim z faktu, że do tzw. sieci szpitali weszły prawie wszystkie szpitale publiczne, a podstawowym problemem polskiego rynku szpitalnego jest zbyt duża liczba szpitali w przeliczeniu na liczbę mieszkańców (w Polsce średnia wynosi 1 szpital na 50 tys. mieszkańców, a – zdaniem Piotra Magdziarza i Krzysztofa Czerkasa – powinna wynosić 1 szpital na 200–250 tys. mieszkańców). Przeorganizowanie rynku szpitalnego, w którym 1 na 3–4 dzisiejsze szpitale powiatowe (i były wojewódzkie)

0101010100101110101010010101010101001011

byłby szpitalem regionalnym ze wszystkimi profilami zabiegowymi, a pozostałe 2–3 byłyby szpitalami wyłącznie o profilach zachowawczych (z 24-godzinnym ambulatorium internistycznym i chirurgicznym, nocną i świąteczną opieką zdrowotną, zespołem poradni specjalistycznych i diagnostyką laboratoryjną oraz RTG), znacznie ograniczyłyby koszty inwestycji (bloki operacyjne, oddziały anestezjologii i intensywnej terapii oraz inne komórki pomocnicze związane z oddziałami zabiegowymi są najdroższymi elementami szpitali). Pozwoliłoby to dodatkowo na zwiększenie przychodów tak skonsolidowanych oddziałów zabiegowych (dzisiaj poszatkowanych, co nie pozwala na osiągnięcie rentowności) oraz rozwiązało problem dostępności i kosztów kadry lekarskiej.

Jak wykazują audyty szpitali przeprowadzane przez Formedis, moment rozpoczęcia inwestycji rozbudowy lub przebudowy szpitala bardzo często jest początkiem problemów finansowych placówek. Przyczyną jest przewymiarowanie inwestycji w stosunku do realnych możliwości przychodowych – czyli do wysokości możliwych do pozyskania środków publicznych na realizację świadczeń medycznych. Dlatego każda inwestycja powinna być poprzedzona opracowaniem sztytu na miarę programu medycznego szpitala (wykaz i wielkość komórek organizacyjnych funkcjonujących w szpitalu). Formedis przy sporządzaniu programu medycznego bierze pod uwagę ok. 30 parametrów (wskaźników) charakteryzujących każdą komórkę organizacyjną. Taka analiza wymagana jest przez wszystkie instytucje finansowe.

Podczas panelu „Wizja szpitala XXI wieku” architekci Formedis Design: Michał Hess oraz Nisan Gertz wskazali, że najważniejszym etapem procesu projektowania szpitala jest wykonanie (na bazie opracowanego programu medycznego) koncepcji architektonicznej. Do jej sporządzenia osoby odpowiedzialne za inwestycje szpitalne powinny zatrudniać najlepszych fachowców, z dużym doświadczeniem w projektowaniu szpitali. Poprawnie wykonana koncepcja architektoniczna – a na jej podstawie również projekt technologiczny – z jednej strony będzie gwarantem realizacji optymalnej i efektywnej inwestycji, a z drugiej obniży koszty wykonania projektu budowlanego i wykonawczego (można wtedy bezpiecznie te etapy projektu realizować w formule „zaprojektuj i zbuduj”).

Istotne jest też, na co zwrócił uwagę w ramach panelu Damian Kubera, rzeczoznawca ds. zabezpieczeń przeciwpożarowych w firmie F&K Consulting Engineers, aby już na etapie realizacji koncepcji architektonicznej rzeczoznawca ds. zabezpieczeń przeciwpożarowych był członkiem zespołu projektowego. Niestety częstą praktyką jest przedstawienie do zaopiniowania gotowego projektu technologicznego, co skutkuje koniecznością wprowadzenia do niego szeregu zmian, a to



Fot. Archiwum

z kolei przekłada się na wydłużenie czasu i zwiększenie kosztów tego etapu projektowania.

Reumatologia jak czarująca kobieta

– *Reumatologia jest jak czarująca kobieta. Ciągłe jest tajemnicza i pociągająca, nie starzeje się i jest dość droga. Jest również wymagająca dla partnera, czyli lekarza* – stwierdził podczas sesji „Wizja reumatologii” prof. Eugeniusz Kucharz, były prezes Polskiego Towarzystwa Reumatologicznego.

Liderzy tej dziedziny medycyny postawili następującą diagnozę: to dobry rok dla reumatologii i pacjentów



Fot. Robert Kowalewski/Agencja Gazeta

Krzysztof Opolski

kierownik Katedry Bankowości,
Finansów i Rachunkowości
Uniwersytetu Warszawskiego

Chcę zaproponować pewnego rodzaju rozwiązanie, być może jest to rozwiązanie ekwilibrystyczne. Otóż można by – podobnie do programu 500+ – stworzyć program zwrotu środków obywatelom, którzy przez ostatnie dwa lata nie korzystali z żadnych usług medycyny państwowej ani nie zażywali leków, które były dofinansowane. Na przykład po dwóch latach taki człowiek przychodzi do urzędu z zaświadczeniem, że nie korzystał z żadnych świadczeń państwowej służby zdrowia, i dostaje 3000 zł od państwa. Za co? Można powiedzieć, że za to, że uczestniczył w profilaktyce, że dbał o siebie, bo skalkulował, że bardziej mu się opłaci – zamiast leczyć się i marnować czas i wysiłki – przyjść do kasy państwowej i poprosić o 3000 zł. Jeżeli myślimy o profilaktyce, to musi być ona opłacalna. Człowiek musi sam w swojej kalkulacji finansowej, analizie kosztów i korzyści dojść do wniosku, że opłaca mu się dbać o zdrowie, że korzystnie jest lepiej się odżywiać, pić mniej alkoholu, więcej biegać, ruszać się. Jemu to się opłaci, a człowiek jest istotą kalkulatywną. I ta istota kalkulatywna dostaje za swój wysiłek odpowiednią premię.

zmagających się z chorobami zapalnymi. Jest jednak jeszcze wiele do zrobienia. I choć przyszłość jest nieodgadniona, to reumatolodzy widzą ją w jasnych barwach. Kolejne 5, 15 czy nawet 25 lat to wielka szansa na przełom w leczeniu wielu chorób reumatycznych dzięki personalizacji terapii.

– *Terapia indywidualna to przyszłość. Nie będziemy mieć jednego leku. Rozwój badań molekularnych i genetycznych sprawi, że leki będą dostosowywane do potrzeb naszych pacjentów* – ocenił prof. Zbigniew Żuber, kierownik Oddziału Dzieci Starszych z Pododdziałem Neurologicznym, Reumatologicznym Szpitala Dziecięcego im. św. Ludwika w Krakowie.

– *Liczymy także, że terapie będą mniej uciążliwe i pacjent będzie dostawał lek raz w roku* – dodał prof. Piotr Wiland, kierownik Kliniki Reumatologii i Chorób Wewnętrznych Uniwersytetu Medycznego im. Piastów Śląskich we Wrocławiu.

– *Spersonalizowana terapia z wykorzystaniem markerów genetycznych to najbliższe 25 lat* – uważa dr Bogdan Batko, ordynator Oddziału Reumatologii Szpitala Specjalistycznego im. J. Dietla w Krakowie. Niestety zauważa również, że specjalista, który decyduje się na podanie

pacjentowi leku biologicznego, musi opracować i wypełnić 25 stron. Na nadmiar biurokracji narzekają wszyscy reumatolodzy.

Biurokracja nie odbiera jednak nadziei na przełomowe terapie konsultantowi krajowemu w dziedzinie reumatologii. Profesor Marek Brzosko uważa, że za ćwierć wieku będziemy mieli lek, który da szansę na wyleczenie w 80%. Tak jak stało się to stosunkowo niedawno w przypadku pacjentów z HCV.

Nie wszyscy pacjenci dobrze odpowiadają na dotychczas proponowane leczenie i przyszłością mogą być terapie genowe.

Nowoczesne terapie już zmieniły oblicze reumatologii. – *Postęp immunologii doprowadził do powstania leków celowych, tzw. cytokinowych, które się ciągle rozwijają* – podkreślił prof. Żuber. Dodaje, że potrzebna jest jeszcze doskonała diagnostyka immunologiczna, serologiczna, molekularna oraz obrazowa.

Wizja przyszłości to także marzenia. Ale dlaczego miałyby się nie spełnić? Profesor Eugeniusz Kucharz marzy o lekach przyczynowych. Ale na tę „złotą tabletkę” trzeba jeszcze poczekać. – *Czekamy również na przełom w leczeniu choroby zwyrodnieniowej – to wciąż biała plama* – powiedział. I podobnie jak pozostali uczestnicy panelu wskazuje, że syntetyczne leki wycelowane w określone elementy procesu zapalnego to przyszłość i będzie ich coraz więcej.

Szybciej niż przełomowe terapie można osiągnąć poprawę dostępności lekarzy reumatologów, a co za tym idzie – podnieść jakość leczenia. – *I to jest zadanie na najbliższe 5 lat* – przyznał prof. Brzosko. Konsultant krajowy i prezes Polskiego Towarzystwa Reumatologicznego zapowiedział zmiany w systemie szkolenia lekarzy. Na pewno zostanie ono wydłużone.

Czas oczekiwania na wizytę u lekarza reumatologa jest zbyt długi. – *Trzeba go skrócić i utworzyć ośrodki szybkiej diagnostyki* – powiedział dr Batko. Takie ośrodki to również cel na najbliższe 5 lat. Konieczne są również programy profilaktyczne wczesnego wykrywania chorób zapalnych.

– *Szybka ścieżka do specjalisty i skoordynowany program, tak żeby chorzy po postawieniu diagnozy nie trafiali z powrotem do kolejki. Tego bardzo potrzebujemy!* – mówił prof. Wiland. – *Byłoby wspaniale, żeby na wczesnym poziomie zaczynać leczenie chorób autoimmunologicznych, ale to jest marzenie* – dodał.

– *Musimy przekonać decydentów, że my leczymy młodych ludzi. To byłoby wielkim sukcesem. Bo im wcześniej zaczniemy ich leczyć, tym Państwo będzie miało większą korzyść* – tłumaczy prof. Brzosko.

Reumatologia to nie jest starość. To są ludzie młodzi, którzy chcą być aktywni. Ta informacja nie przebijają się w społeczeństwie. Dlatego reumatolodzy proszą również media o wsparcie w rozpowszechnianiu wiedzy o chorobach zapalnych. – *Reumatologia to nie tylko młoda twarz, lecz także piękna twarz* – stwierdził prof. Żuber.



Marek Tombariewicz
wiceminister zdrowia

Czy IOWISZ jest wystarczającym narzędziem ograniczającym nieuzasadnione inwestycje w systemie ochrony zdrowia?

Najważniejszą funkcją IOWISZ-a jest to, że pokazuje nam, ile jest planów inwestycyjnych w kraju. Do tej pory nikt nie miał takiej wiedzy. Każdy na poziomie powiatu, województwa i centralnie występował o pieniądze, każdy chciał realizować jakąś inwestycję: rozbudowę, modernizację, zwiększenie liczby łóżek. Jednak to, co planowali dyrektorzy, nie zawsze było trafioną inwestycją. Dlaczego? Z różnych względów. Przez ambicje lokalnych decydentów, polityków i dyrektorów szpitali.

Dzisiaj w naszym kraju stoją puste szpitale, które czekają na możliwość zakontraktowania świadczeń. Gdyby IOWISZ funkcjonował dziesięć lat temu, takie niepotrzebne placówki by nie powstały. IOWISZ spełni swoją funkcję. Pokaże nam, ile jest chęci inwestowania.

Czy jestem zadowolony z dotychczasowego działania IOWISZ-a? Instrument ma oczywiście ułomności. Jest teraz w trakcie prac. Chcemy go poprawić. Rzecz jasna, można się spierać, czy narzędzie, które na 100 parametrów 22 ma opisane w sposób obiektywny, a 78 w sposób subiektywny, jest właściwe. Ale reagujemy na różnego rodzaju uwagi odnoszące się do jego funkcjonowania. Na pewno dobrze, że IOWISZ powstał, mamy bowiem obraz chęci inwestycyjnych.

Choroby reumatyczne dotyczą także dzieci. Niestety w Polsce wciąż jest problem z dostępem do reumatologów dziecięcych. – *Ciężka choroba oznacza kalectwo, jeśli nie zostanie odpowiednio wcześniej rozpoznana. A młody człowiek, który usłyszy diagnozę, ma być pełnoprawnym członkiem społeczeństwa* – powiedział prof. Zuber. Reumatolodzy podkreślają, że jeśli nie będzie odpowiedniej świadomości społecznej chorób zapalnych, to nie pomogą nawet najlepsze terapie. Skoro reumatologia jest czarująca, to niech skutecznie oczaruje tych wszystkich, którzy mogą pomóc osiągnąć założone cele w ciągu najbliższych lat.

Wnioski po panelu reumatologicznym? W ciągu pięciu lat powinna zwiększyć się świadomość społeczna chorób zapalnych. Musimy pokonać stereotyp, że reumatologia to choroby dojrzałych ludzi, poprawić dostępność lekarzy specjalistów i podnieść jakość leczenia, stworzyć ośrodki szybkiej diagnostyki, zmienić system szkolenia lekarzy specjalistów, zmniejszyć biurokrację. Za 15–25 lat terapie winny być dostosowane do potrzeb pacjentów, trzeba stworzyć skuteczny lek lub leki, które dają szansę na wyleczenie w 80%, zainvestować w terapie genetyczne i leki przyczynowe.

Porozmawiajmy o HIV

Ekspertsi uczestniczący w panelu „Wizja – eliminacja zakażeń HIV w Polsce” byli zgodni: Krajowy Program Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczenia AIDS w naszym kraju działa wzorcowo i każdy pacjent z HIV może w Polsce być nowoczesnie i skutecznie leczony. Nadrzędnym celem programu jest zapewnienie jednolitej dostępności terapii antyretrowirusowej (ARV) dla wszystkich zakażonych HIV i chorych na AIDS.

– *Obecnie leczeniem w ramach programu, który funkcjonuje od 2001 r., objętych jest 10 274 pacjentów, w tym 111 dzieci. Kiedy program startował, tych pacjentów było zaledwie 1096. Nasz pacjent się zmienił. To już nie jest osoba uzależniona od narkotyków, zarażona przez brudne strzykawki, ale młody, wykształcony człowiek, który pracuje, studiuje i... jest zakażony HIV. Dzięki programowi ma dostęp do leków najnowszej generacji, zarejestrowanych także w Unii Europejskiej i na świecie* – mówiła dr Beata Zawada z Krajowego Centrum ds. AIDS.

Wczesne wykrycie zakażenia HIV oraz terapia ARV stanowią podstawowe narzędzia w walce z szerzeniem się zakażeń wertykalnych (dziecka od matki). Dzięki systematycznie prowadzonemu programowi terapii ARV odsetek zakażeń wertykalnych spadł poniżej 1%. Istnieją dowody naukowe, że leczenie antyretrowirusowe przynosi istotny efekt profilaktyczny, obniżając poziom wirusii HIV, jednak nadal brakuje edukacji w tym zakresie nie tylko wśród młodzieży, lecz także ogółu społeczeństwa. Dlaczego potrafimy leczyć, ale nie potrafimy skutecznie zapobiegać? Raport GIS wskazuje na ciągle rosnącą liczbę nowo wykrytych za-



Fot. Archiwum

każeń HIV. W 2016 r. zanotowano ich o 279 więcej niż w 2015 r. Testy wykonuje zaledwie kilka procent Polaków. To niestety prowadzi do smutnej konkluzji – minimum 50% Polaków będących nosicielami HIV nie wie o tym fakcie.

– *Minęły dwa pokolenia od pierwszego przypadku HIV w Polsce i w zasadzie powinniśmy edukację zaczynać od nowa. Ostatnio głośno mówiło się o tym jakieś 10 lat temu, gdy Simon Mol zaraził z premedytacją kilka kobiet. To była sensacja, która przyciągnęła uwagę mediów i społeczeństwa. Media teraz milczą, edukacji jak nie było, tak nie ma. Typowa profilaktyka w zasadzie leży. To w moim odczuciu ogromny deficyt. Brakuje też zaangażowania innych resortów w działanie programu. Gdyby nie samorządy i organizacje pozarządowe, to tej profilaktyki i edukacji w zasadzie by nie było. Trzeba się przebić do świadomości społecznej, co nie jest łatwe. A przecież chodzi o zachowania seksualne, a więc problem dotyczy niemal wszystkich. Teraz leczymy skutecznie, ale może musi tych leków zabraknąć, żebyśmy się obudzili?* – dzielił się swoimi spostrzeżeniami ks. dr Arkadiusz Nowak, prezes Instytutu Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej. Nadal jako kraj jesteśmy daleko w tyle w wykrywaniu zakażeń u kobiet w ciąży. Na razie tylko ok. 25% kobiet w ciąży wykonuje badanie w tym kierunku. Mimo rekomendacji nie każdy ginekolog zaleca taki test.

– *To wina niedostatecznej edukacji. Diagnostyka wśród kobiet w ciąży jest dramatycznie niska, mimo że mamy rozporządzenia w tym zakresie. Jeśli lekarz ginekolog mówi, że w gabinecie prywatnym on nie śmie poprosić pacjentki o zrobienie testu na HIV, bo ją straci, to o czym to świadczy? Gdzie merytoryka? Gdzie obowiązek zawodowy? Gdzie komunikacja z pacjentem?* – pytał, nie kryjąc emocji, prof. Andrzej Gładysz z Uniwersytetu Medycznego im. Piastów Śląskich we Wrocławiu.

W porównaniu z innymi krajami Europy wskaźnik liczby zarażonych w Polsce jest niewielki. Mamy jednak bardzo niski współczynnik wykonywanych testów na obecność wirusa HIV. – *Biorąc pod uwagę nasilone ruchy emigracyjne i imigracyjne oraz rosnącą tendencję do ryzykowanych zachowań seksualnych,*

nasze analizy pozwalają przypuszczać, że liczba zakażonych wirusem HIV znacznie wzrośnie i w 2030 r. może sięgać nawet 90 tys. osób – mówił Stefan Bogusławski, prezes zarządu PEX PharmaSequence. Eksperti narzekali na brak zainteresowania Programem ze strony innych resortów, poza Ministerstwem Zdrowia.

– *Chciałabym, aby wszyscy aktorzy tej sceny byli w to naprawdę zaangażowani. Krajowe Centrum ds. AIDS to jednostka wyspecjalizowana i podlegała ministrowi zdrowia. Ma ogromny dorobek intelektualny i doświadczenie. Marzy mi się, aby wszyscy ludzie, którzy powinni być zaangażowani w zatrzymanie epidemii, rzeczywiście to robili. Chciałabym, aby nie zaprzepaszczone tych ponad 20 lat pracy nad programem, który jest tak dobry. Doszliśmy do rozwiązań systemowych, które mają odzwierciedlenie w prawie, ale żeby prawidłowo funkcjonowały, musi im towarzyszyć zmiana naszego postrzegania problemu HIV i AIDS. Chciałabym, aby zniknęła obłąda i bipokryzja, bo każdy z nas może mieć kontakt z problemem HIV i dużo trzeba zrobić w budowaniu relacji na linii lekarz – pacjent* – mówiła Joanna Głazewska z Departamentu Zdrowia Publicznego w Ministerstwie Zdrowia.

Urologia, czyli działania oddolne nie wystarczą

– *Trzeba iść z postępem – tam, gdzie inni już są od dwudziestu lat* – to słowa wypowiedziane przez prof. Piotra Chłostę (na zdjęciu), prezesa Polskiego Towarzystwa Urologicznego (PTU), w trakcie ekspercko-systemowego spotkania pod tytułem „Wyzwania dla polskiej urologii” zorganizowanego podczas konferencji „Wizja zdrowia”. Uczestnikami spotkania byli także: dr n. med. Andrzej Jacyna – p.o. prezes NFZ, prof. Anna Kołodziej – z Katedry i Kliniki Urologii i Onkologii Urologicznej we Wrocławiu, prof. Piotr Dřewa – kierownik Kliniki Urologii Ogólnej i Onkologicznej *Collegium Medicum* w Bydgoszczy, prof. Jakub Dobruch – kierownik Kliniki Urologii CMKP. Szczegółowo analizowano wyzwania stojące przed dzisiejszą urologią oraz możliwe rozwiązania.



Fot. Archiwum

Profesor Chłosta w trakcie swojego wystąpienia kilkakrotnie podkreślił, że dzięki autentycznemu zaangażowaniu i wieloletniemu wysiłkom ekspertów skupionych wokół PTU udaje się zapewnić kształcenie poddyplomowe lekarzy urologów na światowym poziomie. Szkolenia, w których biorą udział nasi medycy, mają europejskie certyfikaty gwarantujące najlepszą wiedzę i umiejętności wykorzystania najnowocześniejszych technik leczenia. W sposób oczywisty przekłada się to na wysoką jakość usług świadczonych na rzecz polskich pacjentów.

Jednak działania oddolne nie wystarczą! Aktualnie wyzwaniem dla urologii jest wprowadzenie zmian, zarówno strategicznych, jak i terapeutycznych, na poziomie systemowym. W centrum zainteresowania decydentów powinna się znaleźć poprawa dostępności nowoczesnych leków, a także małoinwazyjnych i robotycznych metod leczenia. To one są dziś kluczem do osiągnięcia sukcesów terapeutycznych.

Rodzaj i skuteczność stosowanych metod leczenia nie może zależeć od miejsca zamieszkania chorego. Polski pacjent nie jest gorszy i nie powinien czuć się w ten sposób. Trudno nie zgodzić się ze stwierdzeniem prof. Chłosty, kiedy weźmiemy pod uwagę, że obecnie standard leczenia w Polsce jest często niższy niż w innych krajach europejskich.

Eksperti w dziedzinie urologii oraz przedstawiciel NFZ uczestniczący w spotkaniu jednogłośnie zgodzili się, że w kolejnych latach priorytetem epidemiologicznym dla urologii będzie zapobieganie i leczenie dwóch nowotworów: raka pęcherza i raka prostaty, ponieważ cechują się one wysokimi wskaźnikami zapadalności i umieralności. Zapadalność na te nowotwory w sposób naturalny wiąże się ze starzeniem się społeczeństwa.

Jak wskazał dr n. med. Jakub Dobruch, w przypadku raka pęcherza moczowego u kobiet poziom śmiertelności w Polsce jest najwyższy na świecie! Wśród działań profilaktycznych rekomendowanych m.in. dla pacjentów z rakiem prostaty wskazano tzw. aktywny nadzór nad chorymi ze zdiagnozowanym rakiem niskiego ryzyka. Nie zawsze bowiem agresywne, inwazyjne leczenie stanowi adekwatną odpowiedź na wczesnym etapie choroby.

Przedstawiciel NFZ stwierdził, że wyzwaniem w ramach istniejącej sieci szpitali jest poprawa jakości leczenia urologicznego pacjentów ze wspomnianymi schorzeniami poprzez koncentrację zasobów kadrowych i środków finansowych. W planach Ministerstwa Zdrowia jest opracowanie rozporządzenia koszykowego dotyczącego minimalnej liczby operacji. Jeśli dany ośrodek nie zrealizuje zaplanowanego minimum zabiegów, świadczenie nie będzie liczone do ryczałtu w kolejnym roku. Celem tego rozwiązania ma być poprawa dostępu do leczenia chorych na raka prostaty i raka pęcherza moczowego.

Po odbytym spotkaniu przychodzi na myśl refleksja, że dialog dotyczący nowoczesnych rozwiązań oraz

0101010100101110101010010101010101001011

metod leczenia nowotworów urologicznych musi się odbywać przy aktywnym udziale wszystkich zainteresowanych stron, tj. lekarzy urologów, przedstawicieli systemu ochrony zdrowia oraz pacjentów.

Wszyscy razem, czyli rozmowa o polityce lekowej

Uczestnicy panelu „Wizja polityki lekowej oraz rola firm w systemie” byli zgodni co do tego, że w tworzeniu wizji polityki lekowej na najbliższe 5, 10 czy 15 lat powinni uczestniczyć wszyscy uczestnicy rynku farmaceutycznego: administracja państwowa (Ministerstwo Zdrowia, Ministerstwo Rozwoju i in.), producenci krajowi i zagraniczni, innowacyjni i generyczni oraz przedstawiciele pacjentów. Pojawiła się rozbieżność, jaką perspektywę ta wizja polityki lekowej powinna obejmować. Administracji rządowej bardziej odpowiednia wydaje się perspektywa 5–6 lat, natomiast dla innych uczestników ważne jest, aby uwolnić się od perspektywy wyborczej i rozpatrywać ochronę zdrowia w okresie 10-letnim.

Dokument dotyczący polityki lekowej powinien być dokumentem rządowym, a nie tylko sygnowanym przez Ministerstwo Zdrowia.

Najważniejszą sprawą dla polityki lekowej jest zapewnienie leczenia zgodnie z aktualną wiedzą medyczną i obowiązującymi standardami opracowywanymi przez towarzystwa naukowe. Ministerstwo chciałoby stworzyć politykę na podstawie wytycznych WHO specyficznie dla Polski, korzystając z doświadczeń innych krajów. Panuje zgodność co do tego, że dostępność farmakoterapii jest w Polsce wysoce niewystarczająca. Problem ten w najbliższej przyszłości będzie narastał ze względu na zwiększające się potrzeby medyczne oraz dynamiczny rozwój nowych terapii. Padła propozycja, żeby wyznaczyć konkretne cele i przygotować drogę dojścia do tych celów w czasie. Należy określić, po jakim czasie (*clock stop*) od rejestracji i refundacji w wysoko rozwiniętych krajach konkretne farmakoterapie będą dostępne dla polskich pacjentów.

Środki przeznaczane na leki są za małe – należy złać gorset ekonomiczny, rozpocząć dyskusję społeczną i polityczną nad możliwością i koniecznością zwiększenia wydatków na leki. Trzeba znaleźć dodatkowe źródła finansowania farmakoterapii w Polsce (dodatkowe ubezpieczenia, fundusze celowe, organizacje non profit itp.).

Polityka lekowa jest częścią polityki zdrowotnej państwa i idealnie byłoby, gdyby powstawały one równocześnie. Uczestnicy panelu zgodzili się jednak, że nie należy czekać na holistyczny dokument dotyczący polityki zdrowotnej, ale pracować nad wizją polityki lekowej niezależnie.

Należy obliczyć, jaka kwota na farmakoterapię jest potrzebna, za ile kupować leki oraz jaki cel chcemy osiągnąć – dostępność farmakoterapii oraz efekt zdrowotny.

Podkreślano wpływ polityki lekowej na gospodarkę i konieczność ujęcia tego elementu w opracowaniu.

Należy policzyć pozalekowe korzyści wynikające z nowoczesnych terapii oraz korzyści wynikające z inwestycji w przemysł farmaceutyczny. Konieczne jest wsparcie państwa dla zbytu i eksportu w celu rozwoju lokalnego przemysłu farmaceutycznego jako strategicznej dziedziny gospodarki.

Jak start-upy zmieniają ochronę zdrowia

Podczas panelu „Wizja Młodych Menedżerów Medycyny – jak start-upy zmieniają ochronę zdrowia?” odbyła się dyskusja o najbliższej przyszłości medycyny oraz o tym, że przyszłość ta należy do młodych innowatorów.



Jarosław Bułka

wiceprezes Silvermedia S.A.

W Silvermedia uważamy, że telemedycyna nie powinna być obecnie rozważana wyłącznie jako narzędzie wspierające pracę lekarzy. Dziś technologia oraz legislacja w tym obszarze upoważniają nas to twierdzenia, że powinna ona być trwałym elementem systemu ochrony zdrowia. Bez technologii ICT w medycynie nie sposób wyobrazić sobie dziś jakiegokolwiek procesu w koordynacji czy integracji opieki lub tworzenia modeli efektywnego kształcenia lekarzy we współpracy z centrami referencyjnymi. Dane medyczne gromadzone w systemach telemedycznych w powszechny i stosunkowo prosty sposób zdecydowanie powinny stanowić podstawowe źródło budowania map potrzeb zdrowotnych, wspierać system i projekty w obszarze zdrowia publicznego czy kreowaniu opartej na faktach polityki zdrowotnej państwa.

Trudno jednak pominąć fakt, że projekty telemedyczne ciągle natrafiają na wiele barier. Głównymi ograniczeniami nadal wydają się wykluczenie cyfrowe sporej grupy seniorów i konieczność intensywnej edukacji personelu medycznego w zakresie aktualnie obowiązującego prawa (dopuszczającego do powszechnego użycia certyfikowane medycznie systemy i urządzenia telemedyczne) oraz w zakresie funkcjonalności mobilnych urządzeń pomiarowych i bezpieczeństwa danych gromadzonych w systemach. Niezwykle istotną barierą jest również ciągły brak jednolitego, ogólnokrajowego, centralnego systemu gromadzenia danych medycznych pacjentów. Brak ten szczególnie negatywnie wpływa na jakość i skalę wdrażanych w Polsce rozwiązań telemedycznych. Trudno bowiem wyobrazić sobie obecnie jakkolwiek sprawnie i powszechnie działający system wspierający poprzez zastosowanie nowoczesnych technologii dowolny obszar medyczny bez powszechnej, wystandaryzowanej akwizycji danych medycznych i ich centralnego gromadzenia, przetwarzania oraz bez mechanizmów ich właściwego udostępniania czy integracji.



Fot. Archiwum

W rozmowie wzięli udział: prof. Jarosław Fedorowski – prezes Polskiej Federacji Szpitali, Kamil Adamczyk – prezes Inelclinic Inc., mec. Piotr Najbuk – prawnik z kancelarii DZP i wiceprezes Polskiej Izby Systemów Bezzałogowych, Dominik Swadźba – prezes Housemed, dr Patrycja Wizińska-Socha – prezes Nestmedic.

Panel koncentrował się wokół pytań, w jaki sposób technologia może być odpowiedzią na wyzwania w ochronie zdrowia, jakie są nasze oczekiwania, jak wygląda proces tworzenia start-upu medycznego i jakie są największe wyzwania (prawne, technologiczne, społeczne) towarzyszące postępowi. Pacjenci są coraz bardziej świadomi i szukają wysokiej jakości usług, również udzielanych w domu – stąd pomysł Dominika Swadźby na stworzenie platformy, która umożliwi konsultowanie wyników badań diagnostycznych online. Patrycja Wizińska-Socha opowiedziała o mobilnym KTG, Pregnabit, który jest nowością na skalę

europejską oraz pomaga doprowadzić każdą ciążę do szczęśliwego rozwiązania dzięki możliwości wykonywania badań KTG w domu. Piotr Najbuk przedstawił możliwości używania systemów bezzałogowych, w tym dronów, do szybkiego transportowania próbek medycznych, a w przyszłości – pacjentów. Omówił także regulacje prawne dotyczące telemedycyny. Od diagnostyki przez transport dyskutanci przeszli do tematu leczenia dotychczas nieuleczalnych chorób. Kamil Adamczyk opowiedział o badaniach swojej firmy nad aktywnością mózgu, a także nad wewnątrzczaszkowym implantem, który wytwarzając zmienne pole elektromagnetyczne, może pomóc w walce z nowotworami mózgu. Profesor Jarosław J. Fedorowski podsumował działalność Młodych Menedżerów Medycyny oraz zaprezentował możliwości przyszłej współpracy z sektorem szpitalnym. Podkreślił również, że mariaż technologii z medycyną jest nie tylko wskazany, lecz wręcz nieunikniony.

Na koniec rozmawialiśmy o tym, w jaki sposób założyć start-up medyczny i czy Polska jest krajem przyjaznym dla młodych biznesów. Dyskusję podsumowaliśmy stwierdzeniem, że na rynku jest bardzo dużo pieniędzy na inwestycje w ochronie zdrowia, natomiast wciąż brakuje innowacyjnych pomysłów.

Wszystkie przedstawione rozwiązania pochodziły od młodych, kreatywnych i ambitnych ludzi, którzy nie są ograniczeni standardowym, schematycznym myśleniem, a przyszłość dla nich zaczyna się dziś. Panel rozpościerał pozytywną wizję ochrony zdrowia, w której nowa technologia może pomóc w rozwiązaniu problemów, z jakimi mierzymy się dzisiaj.

Opracowanie: Krystian Lurka

Wszyscy przyjaciele „Menedżera Zdrowia”, czyli mamy piętnaście lat

Tę rocznicę, choć nie jest okrągła, postanowiliśmy uczcić podczas „Wizji zdrowia”. Na spotkaniu poświęconym naszej piętnastce wyróżniliśmy najbardziej wytrwałych współpracowników „Menedżera Zdrowia”: Konstantego Radziwiłła, Krzysztofa Bukiela, Jarosława J. Fedorowskiego, Włodzimierza Kubiaka, Andrzeja Mądrąłę i Jakuba Szulca.

– *Chętnie i z satysfakcją podnosimy, że te piętnaście lat to czas rzetelnego dziennikarstwa i troski o bezstronność* – powiedział Janusz Michalak, redaktor naczelny „Menedżera Zdrowia”.

– *To się chyba udaje, skoro co miesiąc na sąsiednich kartach publikują swoje felietony Konstanty Radziwiłł i Krzysztof Bukiel, na co dzień gorący adwersarze* – spointował.

Podsumowaliśmy swój dorobek. Tysiące artykułów, dziesiątki raportów, rankingów. Mamy nadzieję, że okazały się nie tylko dobrym komentarzem do bieżących wydarzeń, lecz także źródłem inspiracji. Nie przegapiliśmy też rewolucji internetowej – zbudowaliśmy wokół miesięcznika codzienny serwis internetowy, przodujący w Polsce, docierający do 60 tys. czytelników.



Fot. Archiwum

Dziękujemy za to wszystkim naszym współpracownikom i komentatorom. Szczególne podziękowania kierujemy do tych spośród nich, którzy są z nami najdłużej – z tej okazji przygotowaliśmy dla nich statuetki.