

PRIORYTETY W OCHRONIE ZDROWIA 2022



Katarzyna Redmerska

Wyzwania zdrowotne i makroekonomiczne dla systemu ochrony zdrowia: oczekiwania pacjentów, środowiska medycznego, przemysłu i możliwości państwa

Na Zamku Królewskim w Warszawie 26 stycznia br. odbyła się konferencja poświęcona priorytetom w ochronie zdrowia na rok 2022. Sesja inauguracyjna dotyczyła wyzwań zdrowotnych i makroekonomicznych dla systemu ochrony zdrowia, oczekiwań pacjentów, środowiska medycznego, przemysłu i możliwości państwa. – *Stanu zdrowia nie poprawimy, myśląc tylko o medycynie naprawczej. Należy myśleć o zdrowiu publicznym jako priorytecie* – podsumowali dyskusję uczestnicy sesji.

Rozpoczynając dyskusję, prezes Wydawnictwa Termedia Janusz Michalak zwrócił uwagę na problem spowodowany przez pandemię COVID-19, jakim jest niewątpliwie zła sytuacja pacjentów z innymi schorzeniami. – *Dostanie się do lekarza jest prawie niemożliwe w dobie pandemii. Niesie to za sobą oplakane skutki* – zauważył. Następnie zwrócił się z pytaniem do dyrektora ds. systemów opieki zdrowotnej w Komisji Europejskiej Andrzeja Rysia, jak wyglądają w KE prace nad analizą terapii chorób niezakaźnych (m.in. krążenia, cukrzyca), stanowiących 80 proc. chorób w Unii Europejskiej. Zapytał między innymi o to, jak im przeciwdziałać i jaki jest udział Polski, czy udałoby się szybko wdrożyć zmiany, gdyby do takich doszło.

Działania Unii Europejskiej w obszarze chorób niezakaźnych

Andrzej Ryś tłumaczył, że pojawią się niemiernie inicjatywy ustawodawcze, które wpłyną na polski system ochrony zdrowia. Chodzi przede wszystkim o duży pakiet rozwiązań dotyczących działań w czasie pandemii COVID-19 i zagrożeń zdrowotnych. Udało się zakończyć proces legislacyjny z nowym mandatem Europejskiej Agencji Leków, gotowy jest ostateczny projekt reformy, a także na końcowym etapie negocjacji jest ostatnia część pakietu w zakresie wspólnego działania w czasie pandemii i zagrożeń zdrowotnych. – *Do końca roku planujemy przedstawić duży pakiet reform prawa farmaceutycznego. Weszła w życie negocjowana przez cztery lata regulacja w zakresie wspólnych działań dotyczących oceny technologii medycznych, która będzie wdrażana w ciągu najbliższych trzech lat* – wymieniał Andrzej Ryś. W zakresie polityk zapowiedziane zostały różne działania, między innymi pakiet rozwiązań wokół



Fot. Termedia / Patryk Rydzik

”

prof. Beata Buchelt: Należy pomyśleć o rozwiązaniach wspierających rozwój personelu medycznego. A to już jest kwestia decyzji w skali mikro – na poziomie organizacji, którym powinny sprzyjać rozwiązania systemowe

walki z rakiem. Jak wyjaśnił Andrzej Ryś, jest to połączone z polityką. Zapowiedziano regulację i zmiany w prawie dotyczącym wyrobów tytoniowych i wyrobów nikotynowych. W konkluzji prezydencji słoweńskiej



Fot. Termedia / Patryk Rydzik

”

Grzegorz Błażewicz: Rok 2021 był obfity w skargi pacjentów związane z pandemią. Dotyczyły one głównie braku dostępu do świadczeń, niemożności skontaktowania z przychodnią, odmowy lekarskiej wizyty domowej

pojawiają się działania dotyczące wspólnych polityk czy koordynacji uznawania priorytetów finansowanych ze środków unijnych. – *W części finansowej jest spory program dotyczący badań naukowych, między innymi*



Fot. Termedia / Patryk Rydzik

”

dr hab. Zbigniew Doniec: Po wielu latach pracy został osiągnięty konsensus, opublikowany we wrześniu 2021 r. jako „Plan dla chorób rzadkich”, przyjęty w formie uchwały przez Radę Ministrów

specjalna „misja” badań nad nowotworami, a także program dotyczący zdrowia publicznego „EU4Health”. To największy program w historii Unii Europejskiej, z budżetem ponad 5 mld euro – podkreślił Andrzej Ryś.

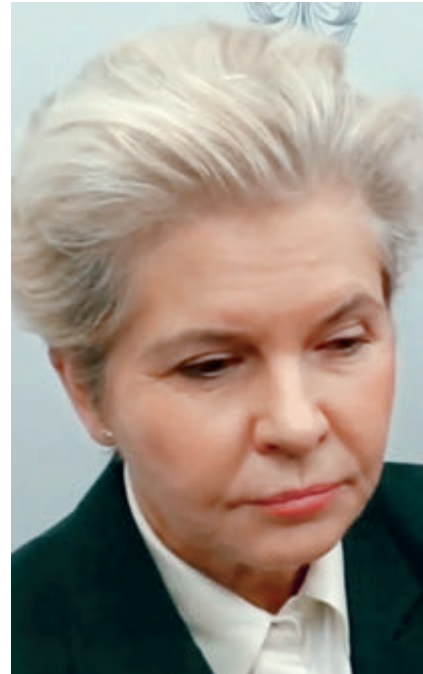
PRIORYTETY W OCHRONIE ZDROWIA 2022



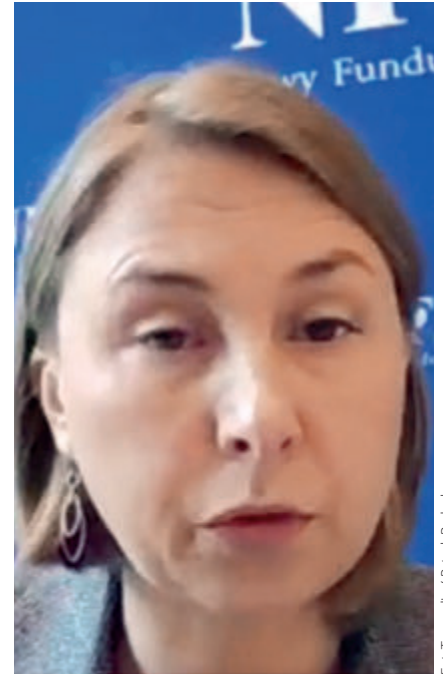
Fot. Termedia / Patryk Rydzik



Fot. Termedia / Patryk Rydzik



Fot. Termedia / Patryk Rydzik



Fot. Termedia / Patryk Rydzik

”

Nienke Feenstra:

Od samego początku INFARMA chciała być częścią dialogu, który wiązałby nas w sposób transparentny. Chcielibyśmy zapewnić polskim pacjentom dostęp do nowych leków i nowych rozwiązań medycznych

Dodał, że nie można pominąć programu „NextGenerationEU”, czyli unijnego funduszu na odbudowę gospodarek państw członkowskich po pandemii COVID-19, w tym na wspieranie walki ze zmianami klimatycznymi oraz cyfryzację. – *Okolo 10 proc. z tego, czyli miliardy euro, kraje członkowskie planują przeznaczyć na ochronę zdrowia. Na przykład Francja przeznaczy ponad 2 mld euro na cyfryzację systemu ochrony zdrowia. Polska także planuje wydatki w tym zakresie w ramach Krajowego Planu Odbudowy* – podsumował.

Polscy pacjenci z dostępem do nowych leków i nowych rozwiązań medycznych

Nienke Feenstra, reprezentująca Związek Pracodawców Innowacyjnych Firm Farmaceutycznych INFARMA, została zapytana o ocenę współpracy firm farmaceutycznych ze światem nauki w kontekście pandemii COVID-19, a także o prace nad ustawą refundacyjną w kontekście wyzwań dotyczących szybkiego wdrażania nowoczesnych leków. Zauważyła na wstępie, że po wybuchu pandemii doszło do bezprecedensowej współpracy wszystkich interesariuszy. – *Doprowadziło to do wyjątkowo szybkiego stworzenia*

”

prof. Jarosław Kaźmierczak:

Należy trochę przeorganizować szpitale covidowe, aby oddziały wewnętrzne, kardiologiczne mogły funkcjonować w takim systemie jak przed pandemią

szczepionek i niezwykle szybkich zastosowań nowych rozwiązań medycznych – podkreśliła Nienke Feenstra. W odpowiedzi na drugie pytanie stwierdziła: – *Od samego początku INFARMA chciała być częścią dialogu, który wiązałby nas w sposób transparentny i oczywisty. Chcielibyśmy zapewnić polskim pacjentom dostęp do nowych leków i nowych rozwiązań medycznych.*

Dług kardiologiczny

W dalszej części dyskusji moderator spotkania Janusz Michalak poruszył temat chorób kardiologicznych, które są pierwszą przyczyną umieralności Polaków. – *Wiadomo, że obecnie dostęp do leczenia kardiologicznego jest utrudniony* – stwierdził. – *Czy nie powinniśmy jakoś zmodyfikować opieki kardiologicznej? Może wyodrębnić ją od COVID-19 czy też w jakiś inny sposób potraktować?* – pytał. – *Pojęcie długu kardiologicznego jest znane od dawna, ale mówimy teraz o nim tak głośno, bo robi się coraz większy. Niestety w głównej mierze przez pandemię i gorszy dostęp do specjalistów. W mojej ocenie, gorsza dostępność jest wynikiem dwóch elementów. Po pierwsze silnego zaangażowania sił i środków w lecze-*

”

dr Beata Matecka-Libera:

Potrzebny jest mocny lider zdrowia. Uważam, że minister zdrowia powinien mieć rangę wicepremiera. Tylko wtedy będzie silny decyzyjnie

nie pacjentów covidowych. Po prostu brakuje personelu medycznego dla innych chorych. Drugi element to lęk wśród pacjentów, którzy boją się kontaktu z ochroną zdrowia. W efekcie rzadziej i później zgłaszają się do lekarzy i placówek medycznych – mówił konsultant krajowy w dziedzinie kardiologii prof. dr hab. n. med. Jarosław Kaźmierczak z Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie. Podkreślił, że tendencję tę widać wyraźnie wśród pacjentów z ostrymi stanami kardiologicznymi, zwłaszcza ze stanem wieńcowym. – *Pacjenci trafiający obecnie do szpitala są w dużo gorszym stanie kardiologicznym niż przed pandemią. Bardzo dużo jest nadmiarowych zgonów. Potrzeby kardiologiczne narastają. Coś trzeba zrobić, by ten dług kardiologiczny wyhamować, bo w mojej ocenie zlikwidowanie go w krótkim czasie nie jest możliwe* – stwierdził prof. Jarosław Kaźmierczak.

– *Pierwszy krok to większa liczba zaszczepionych – obywateli i pracowników ochrony zdrowia. Wśród lekarzy i pielęgniarek wyszczepialność jest dobra, ale wśród personelu średniego już nie. Ponadto należy przeorganizować trochę szpitale covidowe, aby oddziały*

”

Anna Miszczak:

Rok 2022 to wyzwania, które widać w bieżących projektach ustaw przedstawionych przez Ministerstwo Zdrowia – ustawie o jakości, ustawie o modernizacji szpitali

wewnętrzne, kardiologiczne mogły funkcjonować w takim systemie jak przed pandemią – proponował prof. Jarosław Kaźmierczak. – *Czy oddziały kardiologiczne, onkologiczne nie powinny być chronione przed COVID-19?* – pytał Janusz Michalak. – *Powinny* – zgodził się ekspert. – *Ale problem jest złożony, bo jeżeli nawet będą osobne oddziały, to i tak wcześniej czy później znajdzie się pacjent zakażony COVID-19 i trzeba go będzie izolować.*

Choroby rzadkie priorytetem w polityce rządowej

Doktor hab. n. med. Zbigniew Doniec z Instytutu Gruźlicy i Chorób Płuc w Rabce-Zdroju mówił o oczekiwaniach dotyczących planu leczenia chorób rzadkich i jego realizacji. – *Choroby rzadkie to określenie, które może być w ogólnym odbiorze mylące* – rozpoczął. – *Choroby te z definicji występują u 5 osób na 10 tys., a ponieważ liczba poznanych do tej pory chorób rzadkich szacowana jest na ok. 8000, ocenia się, że choruje na nie 6–8 proc. całej populacji. W takim ujęciu „choroby rzadkie” stają się ważne społecznie i stanowią ogromne wyzwanie* – tłumaczył.



Fot. Termedia / Patryk Rydzik

W DEBACIE UCZESTNICZYLI:

- Grzegorz Błażewicz – zastępca rzecznika praw pacjenta
- dr hab. Beata Buchelt – Uniwersytet Ekonomiczny w Krakowie
- dr hab. n. med. Zbigniew Doniec – Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc w Rabce-Zdroju
- Nienke Feenstra – Związek Pracodawców Innowacyjnych Firm Farmaceutycznych INFARMA
- prof. dr hab. n. med. Jarosław Kaźmierczak – Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie, konsultant krajowy w dziedzinie kardiologii
- dr n. med. Beata Matecka-Libera – senacka Komisja Zdrowia
- Anna Miszczyk – p.o. dyrektor Departamentu Świadczeń Opieki Zdrowotnej, Narodowy Fundusz Zdrowia
- prof. dr hab. n. med. Iga Rudawska – Uniwersytet Szczeciński
- Andrzej Ryś – Komisja Europejska
- dr n. med. Rafał Staszewski – Uniwersytet Medyczny w Poznaniu
- dr n. med. Roman Topór-Mądry – prezes Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
- moderatorzy: Janusz Michalak, prof. Jarosław J. Fedorowski

Z problemem chorób rzadkich mierzone się od lat, uporządkowały go decyzje Parlamentu Europejskiego i Rady z 2009 r. w sprawie działań w dziedzinie chorób rzadkich. Zalecały one, aby państwa członkowskie Unii Europejskiej opracowały plany lub strategie dotyczące chorób rzadkich w ramach własnych systemów zdrowotnych w celu umożliwienia pacjentom dostępu do opieki zdrowotnej wysokiej jakości. – *W Polsce możemy pochwalić się sukcesem* – podkreślił dr hab. Zbigniew Doniec. – *Po wielu latach pracy został osiągnięty konsensus, opublikowany we wrześniu 2021 r. jako „Plan dla chorób rzadkich”, przyjęty w formie uchwały przez Radę Ministrów. Plan ten w sposób kompleksowy opisuje rozwiązania mające poprawić opiekę nad pacjentami. Wskazuje również szczególne problemy, w tym trudności i potrzeby diagnostyczne, ponieważ w ponad 80 proc. choroby te mają udokumentowane podłoże genetyczne. Zakłada się stworzenie ośrodków zapewniających właściwą diagnostykę i leczenie* – powiedział.

Terapia chorób rzadkich jest złożonym problemem. Jako przykład dr hab. Zbigniew Doniec podał mukowiscydozę, która jest swo-

istym papierkiem lakmusowym możliwości ich leczenia, ale też pokazuje drogę postępowania w innych przypadkach. – *Tutaj w ciągu ostatnich lat wiele osiągnęliśmy – chociażby możliwości diagnostyczne, doskonałe formy terapii związane z nowymi osiągnięciami w zakresie leczenia przyczynowego. Stworzono ośrodki, które leczą i diagnozują* – wyliczał. Jak wynika z założeń planu, powstanie sieć ośrodków eksperckich chorób rzadkich (OECR), dzięki czemu pacjent będzie mógł szybciej dotrzeć do specjalisty i uzyskać właściwą pomoc. Jak podkreślił dr hab. Zbigniew Doniec, będzie to również wyzwanie dla lekarzy POZ. Plan wskazuje także na konieczność ich edukacji pod kątem chorób rzadkich. Oprócz zmian w zakresie diagnostyki i leczenia konieczny jest właściwy proces legislacyjny i finansowanie opieki, która w tym przypadku jest niezwykle kosztowna.

Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji

W dyskusji nie mogło zabraknąć tematu Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (AOTMiT). Prezes AOTMiT dr n. med. Roman Topór-Mądry przedsta-

wił pokrótce, jaki był dla tej instytucji rok 2021 i jakie priorytety ma na kolejny rok. – *Czas pandemii to czas wyzwań i wysiłku. Realizowaliśmy zadania związane z potrzebami bieżącymi w związku z pandemią – relacjonował. – Wyceny i analizy kosztowe świadczeń zdrowotnych udzielanych w COVID-19 oraz ciągła weryfikacja doniesień naukowych w celu przygotowywania wycenionych terapeutycznych w COVID-19 stanowią główne zadania związane z pandemią. Agencja zrealizowała 212 zaleceń przez czas pandemii, opracowała 60 przeglądów, dokonała analizy 600 badań randomizowanych, co pozwoliło uwidocznic, na jakim etapie znajduje się każda technologia medyczna. Nie mniej istotne jest wykonywanie innych zadań bieżących (ustawowych) Agencji, w tym analiz weryfikacyjnych dla nowych technologii lekových, których w 2021 r. przeprowadzono ponad 90, technologii nielekových i analiz taryfikacyjnych. Liczba zleceń zrealizowanych nie różniła się mimo okresu pandemii, w 2019 r. było ich 509, w 2020 r. – 529, a w 2021 r. – 513.*

Prezes zwracał uwagę na fakt, że na ocenę technologii lekových Agencja ma 60 dni –

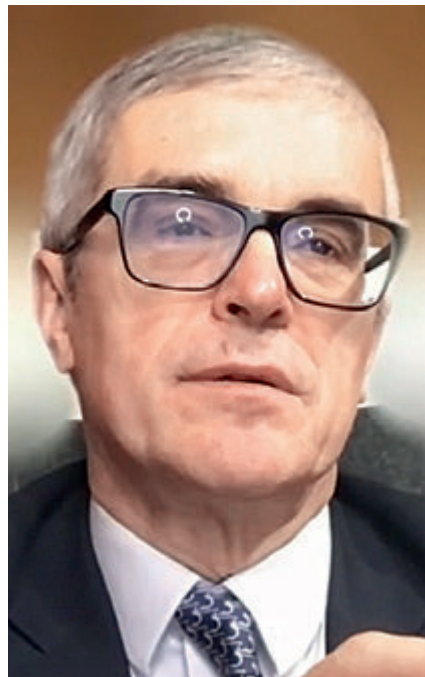
jest to bardzo duże tempo w porównaniu z innymi systemami. Niektóre agencje europejskie mają nawet 4–6 miesięcy na przeprowadzenie analiz.

Priorytetem dla Agencji na 2022 r. są dodatkowo zadania wynikające z założeń Funduszu Medycznego. W zeszłym roku zrobiony został pierwszy wykaz technologii lekových o wysokim poziomie innowacyjności. – *Proces obejmuje ocenę i analizę kilkudziesięciu nowych technologii. Jesteśmy w trakcie przygotowywania nowego wykazu na luty 2022 r. Technologie o wysokiej wartości klinicznej obejmowały technologie lekowe z ostatnich trzech lat. EMA zarejestrowała ok. 300 nowych leków w różnych wskazaniach, co stanowiło ok. 900 potencjalnych możliwości terapeutycznych. Z tego 1/3 była ustawowo włączona w wykaz leków o wysokiej wartości klinicznej i dla tych 300 przeprowadziliśmy analizy, żeby ocenić te najbardziej przydatne. Jest coraz więcej technologii, które nie mają badań randomizowanych, a standardem oceny technologii medycznych, interwencji w medycynie są właśnie te badania, ze stosowną grupą kontrolną i zaślepienie. Jeżeli mamy mniej takich badań, to ocena jest trudniej-*

PRIORYTETY W OCHRONIE ZDROWIA 2022



Fot. Termedia / Patryk Rydzik



Fot. Termedia / Patryk Rydzik



Fot. Termedia / Patryk Rydzik



Fot. Termedia

”

prof. Iga Rudawska:

Poleganie na integracji na poziomie mikro, integracji relacyjnej, integracji funkcjonalnej w rozumieniu koordynacji procesu leczenia pacjentów przekłada się na funkcjonowanie systemu

sza – relacjonował dr Roman Topór-Mądry. – Jeszcze ważniejszym wyzwaniem w obecnych warunkach są procesy taryfikacyjne. W roku poprzednim zrealizowaliśmy 190 projektów taryf, 80 taryf opublikowanych między innymi z onkologii, zabiegowe, z radioterapii, z hematologii, z toksykologii, kardiologii, urologii, pomostowania naczyń wieńcowych, u chorych w śpiączce. To są zadania, które były realizowane, natomiast w tym roku analizy taryfikacyjne chcieliśmy przyspieszyć. Przygotowujemy przede wszystkim wyceny w pediatrii, chorobach wewnętrznych, okulistyce, chorobach wątroby, układu moczowo-płciowego. Te wszystkie plany będziemy realizować po to, żeby odpowiadać na wyzwania i ujednolicać wszystkie wyceny w obszarach opieki zdrowotnej – podsumował dr Roman Topór-Mądry.

Priorytety senackiej Komisji Zdrowia

Drugą część panelu poprowadził prezes Polskiej Federacji Szpitali prof. Jarosław J. Fedorowski. Pierwsze pytanie o priorytety na 2022 r. skierował do dr n. med. Beaty Małeckiej-Libera z senackiej Komisji Zdrowia.

”

Andrzej Rysz:

Program dotyczący zdrowia publicznego „EU4Health” to największy program w historii Unii Europejskiej, z budżetem ponad 5 mld euro

– *Pandemia jest największym wyzwaniem. Ważne jest też to, jak powinien wyglądać system opieki zdrowotnej po COVID-19* – odpowiadała dr Beata Małecka-Libera. – *Konieczne jest zbudowanie od nowa działania systemu, współpracy, połączenie pewnych elementów, placówek. Został zaciągnięty ogromny dług zdrowotny, w tym – jak już była mowa – dług kardiologiczny. Dostęp pacjenta do diagnostyki jest zdecydowanie opóźniony. Skutkiem jest spadek wszystkich wskaźników zdrowotnych. Pogłębiły się nierówności zdrowotne – wymieniła.* – *Jak zatem osiągnąć efektywność w leczeniu?* – zapytał prof. Jarosław J. Fedorowski. – *Zdrowie musi być priorytetem rządu* – odpowiedziała dr Beata Małecka-Libera. – *Niestety nigdy tak nie było, to się musi zmienić. Konieczna jest także świadomość społeczeństwa, że bez dobrze działającego systemu ochrony zdrowia nie da się odbudować gospodarki. Potrzebny jest mocny lider zdrowia. Uważam, że minister zdrowia powinien mieć rangę wicepremiera. Tylko wtedy będzie silny decyzyjnie.* Ekspertka dodała, że należy połączyć Ministerstwo Zdrowia z opieką społeczną i położyć nacisk na zdrowie publiczne,

”

dr Rafał Staszewski:

Nie jesteśmy w stanie bez dalszych zmian, chociażby dotyczących rozwoju bazy klinicznej, sprostać oczekiwaniom związanych z przyjmowaniem kolejnych studentów

bo bez profilaktyki nie będzie efektywnego leczenia.

Czego oczekują pacjenci

Zastępca rzecznika praw pacjenta Grzegorz Błażewicz zwrócił uwagę, że pacjenci nie potrafią się odnaleźć w covidowej rzeczywistości i należy im pomóc, co też Biuro Rzecznika Praw Pacjenta robi. – *Chodzi o prowadzenie indywidualnych postępowań wyjaśniających czy obsługiwanie ogólnopolskiej infolinii. Rok 2021 był obfity w skargi pacjentów związane z pandemią. Dotyczyły one głównie braku dostępu do świadczeń, niemożności skontaktowania z przychodnią, odmowy lekarskiej wizyty domowej* – wymienił. W opinii zastępcy RPP należy stawiać na edukację. – *W szkole powinien być przedmiot wiedza o zdrowiu. Pacjenci potrzebują informacji, bo nie mają wiedzy* – podsumował Grzegorz Błażewicz.

Kapitał ludzki w ochronie zdrowia

Specjalistka w zakresie zarządzania kapitałem ludzkim w ochronie zdrowia dr hab. Beata Buchelt z Uniwersytetu Ekonomicznego w Krakowie podkreśliła jego kluczową rolę w systemie. Nawiązując do wypowiedzi

”

dr Roman Topór-Mądry:

Czas pandemii to czas wyzwań i wysiłku – tworzenie wytycznych terapeutycznych w COVID-19, a także praca bieżąca, analiza lekowa, kwalifikacyjna, 90 ocen nowych technologii lekowych

Grzegorza Błażewicza, stwierdziła, że personel medyczny powinien być odpowiednio przygotowany na kontakt z pacjentem i jego rodziną, np. poprzez rozwój kompetencji interpersonalnych. Wyzwaniem jest jednak to, że przy tak dużym niedoborze zasobów ludzkich w ochronie zdrowia medycy z trudem znajdują czas na szkolenia specjalistyczne, a co dopiero pozamedyczne. Ekspertka zwróciła uwagę, że obecny kryzys kadrowy był przewidywany już dwie dekady temu, a zatem nie jest zaskoczeniem.

– *Jak wiadomo, niedobór zasobów ludzkich – lekarzy, pielęgniarek, diagnostów czy ratowników medycznych – prowadzi do ich przepracowania* – mówiła prof. Beata Buchelt. – *To z kolei może skutkować pogarszaniem się jakości usług medycznych, a w konsekwencji wzrostem liczby roszczeń prawnych pacjentów i ich rodzin. Dzisiaj w systemie mamy przepracowanych, zmęczonych fizycznie i psychicznie oraz wypalonych pracowników. Z przeprowadzonych w Polsce badań możemy wnioskować o skali wypalenia zawodowego pielęgniarek. Niestety o lekarzach wiemy w tym zakresie niewiele. To szczególnie istotny temat w kontekście pandemii.* Do rozmowy włączyła się



Fot. Adobe Stock

senator Beata Małecka-Libera, zwracając uwagę, że absolwenci zdrowia publicznego nie są odpowiednio wykorzystywani i należałoby o nich pamiętać. Profesor Beata Buchelt zgodziła się, że mogliby oni przejmować część zadań od personelu medycznego, wchodząc w rolę już zdefiniowane w systemie.

– Należy też pomyśleć o rozwiązaniach wspierających rozwój personelu medycznego. A to już jest kwestia decyzji w skali mikro – na poziomie organizacji, którym powinny sprzyjać rozwiązania systemowe – podsumowała prof. Beata Buchelt.

Czy koordynacja powinna być priorytetem?

– Dowody naukowe wskazują, że poleganie na integracji na poziomie mikro, integracji relacyjnej, integracji funkcjonalnej w rozumieniu koordynacji procesu leczenia pacjentów przekłada się na funkcjonowanie systemu, a dokładniej na koszty, jakie ten system ponosi – tłumaczyła prof. dr hab. n. med. Iga Rudawska z Uniwersytetu Szczecińskiego. W ocenie ekspertki kluczowe jest zrównoważenie systemu. – Polski system jest obecnie na szarym końcu rankingu według indeksu zrównoważenia – podkreśliła. Wyjaśniła, że w ocenie zrównoważenia ważne są następujące obszary: sprawiedliwość w dostępie i korzystaniu z opieki zdrowotnej, jakość opieki, tzw. responsywność systemu, ochrona przed ryzykiem finansowym oraz adaptacyjność systemu. W opinii prof. Igi Rudawskiej należy zmienić paradygmat ochrony zdrowia,

postawić na POZ i w ogóle na opiekę ambulatoryjną. – Trzeba budować relacje blisko pacjenta, edukować i promować zachowania prozdrowotne. Sprowadzać opiekę do opieki środowiskowej, a diagnostykę realizować w AOS, tak żeby leczyć pacjenta z dala od szpitali, bo to one są najbardziej kosztochłonne dla systemu – argumentowała. – Rozwiązanie w postaci modernizacji i poprawy efektywności tylko jednego ogniwa systemu – szpitali – nic nam w dłuższej perspektywie nie da. Utwierdzi tylko silosowe podejście do zarządzania systemem – podsumowała prof. Iga Rudawska.

Kształcenie kadr medycznych to długi proces

Mówiąc o systemie ochrony zdrowia, nie można pominąć tematu kształcenia kadry medycznej. W Polsce są obecnie 22 uczelnie kształcące przyszłych lekarzy, wcześniej było ich 15. Uczelnie przyjmują także więcej studentów, jednak zbliżają się już do kresu możliwości.

– Nie jesteśmy w stanie bez dalszych zmian, chociażby dotyczących rozwoju bazy klinicznej przy uniwersytetach medycznych, sprostać oczekiwaniom związanym z przyjmowaniem kolejnych studentów. To także problem wynagradzania klinicystów. Dziś konkurujemy o kadry lekarskie z innymi szpitalami, które często płacą więcej. A praca w szpitalach akademickich wymaga nie tylko zaangażowania klinicznego – podkreślał wagę problemu dr n. med. Rafał Staszewski z Uniwersytetu Medycznego

w Poznaniu. – Chcemy dobrze przygotowywać studentów do wykonywania zawodu lekarza. Na poznańskiej uczelni szczególną wagę przywiązujemy do kształtowania umiejętności praktycznych, współpracy w zespole interdyscyplinarnym, a także do komunikacji w opiece zdrowotnej. Od 2018 r. realizujemy zajęcia dydaktyczne z udziałem tzw. symulowanych pacjentów. To aktorzy przygotowani do odgrywania wcześniej określonej roli pacjenta, posiadający umiejętność wielokrotnego odtworzenia sytuacji klinicznych oraz dawania informacji zwrotnej. Wiemy, że to wciąż za mało, bo problemów jest więcej.

Doktor Rafał Staszewski wspominał także o centrach stymulacji medycznej, które są dużym skokiem jakościowym i które pozwoliły przetrwać pandemię. Zapytany o wyzwania, stwierdził, że z perspektywy uczelni jest to niewątpliwie konsolidacja. – Wizja konsolidacji szpitali w ramach jednego podmiotu tworzącego musi stać się rzeczywistością. Realizujemy w Poznaniu proces łączenia naszych dwóch wielospecjalistycznych szpitali klinicznych. To nie tylko zmiana jakościowa dla pacjentów, lecz także optymalizacja działalności medycznej, administracyjnej i zarządczej – podsumował.

Priorytety NFZ

Kolejne pytania zostały skierowane do przedstawicielki Narodowego Funduszu Zdrowia. Jak można w przyszłości nagradzać najlepszych? W jaki sposób płacić za wartość dodaną? Czy takie działanie jest w planach NFZ?

– Wysoka jakość wykonywania świadczeń dla pacjentów jest jednym z głównych priorytetów strategii NFZ na lata 2019–2023 – poinformowała Anna Miszczak, p.o. dyrektor Departamentu Świadczeń Opieki Zdrowotnej NFZ. – Realizacja tego celu już jest włączona w sposób finansowania świadczeń przez szereg wskaźników jakościowych zarówno w ryczałtach PSZ, w finansowaniu szpitalnictwa, jak i AOS oraz POZ. Będziemy się starać w coraz większym stopniu uwzględniać ten istotny aspekt udzielania świadczeń zdrowotnych w sposobie ich finansowania. Fundusz kładzie również nacisk na dostępność świadczeń opieki zdrowotnej, która została zaburzona przez COVID-19. Od początku 2021 r. zawieszono limity świadczeń pediatrycznych, a od połowy 2021 r. zniesiono limitowanie świadczeń ambulatoryjnych. We wrześniu ubiegłego roku podjęto działania na rzecz zwiększenia środków na ryczałt PSZ – wzrost o ponad 1,2 mld do końca 2021 r. Jak podkreśliła Anna Miszczak, NFZ stara się na bieżąco reagować, by zwiększyć dostępność świadczeń. – Rok 2022 to wyzwania, które widać w bieżących projektach ustaw przedstawionych przez Ministerstwo Zdrowia – ustawie o jakości, ustawie o modernizacji szpitali. Ważna jest opieka koordynowana i kompleksowa. W tym zakresie realizujemy szereg programów i projektów, między innymi w 2021 r. uruchomiliśmy program KON-JG dla pacjentów z nowotworem jelita grubego i KOS-BAR dla pacjentów z otyłością olbrzymią – mówiła Anna Miszczak. ■