



foto: Dział 6x

Relacja z pierwszej konferencji poświęconej priorytetom w ochronie zdrowia

Świąteczko w tunelu

– Moim priorytetem jest skrócenie czasu oczekiwania na hospitalizację. Dlatego chcę, aby na rynek jak najszybciej weszli absolwenci szkół medycznych. W tym celu nowelizacja ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentysty przewiduje skrócenie kształcenia przyszłych lekarzy i rezygnację ze stażu podyplomowego – mówiła podczas otwarcia konferencji Priorytety w ochronie zdrowia 2011 minister Ewa Kopacz. Jakie priorytety wskazali inni uczestnicy spotkania?

Blisko 500 osób miało okazję zapoznać się z poglądami i tezami przedstawianymi przez prelegentów. Konferencja, która odbyła się w Arkadach Kubickiego w Warszawie, miała nową formułę – ringów merytorycznych. Wystąpienia wzorowane na debacie oksfordzkiej stanowiły wprowadzenie do panelu dyskusyjnego. Każda sesja kończyła się głosowaniem. Trzeba przyznać, że nieraz ich wyniki były zaskakujące.

Łatanie dziur

Debata przypominała filmy Hitchcocka: zaczęła się od trzęsienia ziemi, a potem napięcie już tylko rosło.

– *Politykę zdrowotną zapisaliśmy już przy „okrągłym stole”, a od tego czasu długość życia Polaków wzrosła o cztery lata* – przekonywał dr Krzysztof Kuszewski, kierownik Zakładu Organizacji i Ekonomiki Ochrony Zdro-

wia oraz Szpitalnictwa Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – Państwowego Zakładu Higieny.

Uczestnicy debaty nie podzielili jednak tego zdania i uznali, że nasza polityka zdrowotna jest nadal nieskuteczna i bardziej przypomina łatanie dziur niż przemyślany, długofalowy i perspektywiczny plan.

– *Złe pracuje Narodowy Fundusz Zdrowia. Jest tylko narzędziem do kupowania i kontraktowania świadczeń. W efekcie każdy szpital, który sprzedaje swoje świadczenia, działa jak wyspa* – przekonywał Paweł Kalbarczyk z Polskiej Izby Ubezpieczeń. Uważa on, że interesy lecznic – wysp są sprzeczne, a publiczne pieniądze źle wydatkowane.

Paneliści, a wśród nich były minister zdrowia Marek Balicki i były szef NFZ Andrzej Sośnierz, podkreślali zgodnie, że system zdrowotny, w którym



foto: Archiwum

ponad 50 proc. nakładów przeznaczają się na najdroższe leczenie szpitalne, albo niedługo zbankrutuje, albo potrzebuje większych nakładów. – *Niestety, POZ w swej reformie zatoczyła krąg i dziś znowu jesteśmy w punkcie wyjścia* – podkreślał Maciej Murkowski z Wydziału Zarządzania Uniwersytetu Warszawskiego.

Refundacja

Suchej nitki nie zostawili na projekcie ustawy refundacyjnej uczestnicy panelu *Polityka lekowa – dialog czy arbitralne decyzje*. Niezadowoleni byli wszyscy – od szpitali po firmy farmaceutyczne. – *Ustawa spowoduje wzrost współfinansowania przez pacjentów* – przestrzegali Piotr Kula z PharmaExpert. – *Od lat apelujemy o dialog z decydentami* – mówił reprezentujący Polpharmę Jerzy Toczyski. – *I rzeczywiście: możemy zgłaszać swoje zastrzeżenia, wnioski, mamy prawo do tego, by zostać wysłuchanym. Ale od prawa do wystuchania do dialogu jeszcze daleka droga* – dodawał.

Ustawa nie spodobała się dwóm trzecim głosujących. – *Spokojnie, ustawa jest jeszcze na etapie konsultacji. Po to one są, by ją poprawić* – komentował Wojciech Matusewicz, prezes Agencji Oceny Technologii Medycznych.

Rynek i...

Uczestnicy siedmiu paneli konferencji niejednznacznie odpowiadali na pytania, czy potrzeba nam więcej rynku czy sztywnych uregulowań. Domagali się bowiem, by to właśnie rynek (a nie – jak zakłada rządowy projekt – Agencja Taryfikacji) kształtował ceny świadczeń medycznych. – *Na cenę świadczenia*

wpływa tak wiele czynników, że nie uda się wszystkich wziąć pod uwagę – mówił Krzysztof Bukiel, przewodniczący Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy. – *Na dodatek są to czynniki zmienne, co jakiś czas pojawia się nowa terapia, nowe możliwości i to, co raz zostało ustalone, po roku przestaje być aktualne* – dodawał.

...centralizm

O dziwo jednak uczestnicy dyskusji domagali się więcej centralizmu przy procesach informatyzacji ochrony zdrowia i przy prowadzeniu badań klinicznych. – *Aby system informatyczny objął całą Polskę, ktoś musi wyznaczyć standardy i reguły, do których będą musiały się dostosować lokalne systemy informatyczne* – przekonywał Leszek Sikorski, dyrektor Centrum Systemów Informatycznych Ochrony Zdrowia. Podobnie uważali członkowie panelu poświęconego badaniom klinicznym. – *Chcemy jasnych i klarownych reguł, co wolno, a czego nie, by nie narażać się na kontrole i zarzuty stawiane ex post* – mówił Rafał Staszewski, zastępca dyrektora Szpitala im. J. Strusia w Poznaniu. – *By to, co nie jest zabronione, było dozwolone, by wiedzieć, na czym stoimy*.

Prywatne versus publiczne

Najwięcej kontrowersji wzbudziła sesja *Publiczna a prywatna opieka zdrowotna – wrogowie czy przyjaciele*. Podczas obrad nie obyło się bez wyrzutów. – *Zakłady prywatne wydziobują największe smakolki z rynku, a my musimy leczyć wszystko* – mówił Roman Szelemej, dyrektor Specjalistycznego Szpitala im. dr. A. Sokolowskiego w Wałbrzychu. – *Przy zawieraniu kontrak-*

„ Polska od lat przygotowuje się do prezydencji w Unii Europejskiej „



tów szpitale publiczne są faworyzowane kosztem prywatnych – skarżył się Andrzej Mądrała, wiceprezes Zarządu Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Szpitali Niepublicznych, wiceprezes Pracodawców RP.

Mimo że podczas dyskusji paneliści doszli do porozumienia – uznali, że oba systemy (prywatny i publiczny) uzupełniają się, nie przekonało to uczestników konferencji. W głosowaniu jednoznacznie uznali: podmioty prywatne i publiczne to na polskim rynku wrogowie, a nie przyjaciele. I zmiana tego stanu rzeczy to jeden z priorytetów na rok 2011.

Zmarnowane pieniądze

Podsumowaniem konferencji była debata nad zdrowiem publicznym. – *To będzie jeden z naszych prioryte-*

Wnioski z konferencji *Priorytety w ochronie zdrowia 2011*

Podczas dwudniowego spotkania eksperci zastanawiali się, co należałoby zmienić, aby naprawić system zdrowotny. Ich wystąpienia wzorowane na debacie oksfordzkiej stanowiły wprowadzenie do panelu dyskusyjnego.

Dzięki temu udało nam się wypracować priorytety dla systemu w poszczególnych dziedzinach. Przedstawiając te ustalenia, liczymy, że decydenci, czyli Ministerstwo Zdrowia, Narodowy Fundusz Zdrowia, Kancelaria Prezydenta RP oraz Kancelaria Premiera RP, tworząc kolejne ustawy reformujące system zdrowotny, wezmą je pod uwagę.

Sesje

Polityka zdrowotna

1. Narodowy Program Zdrowia, a także inne programy zdrowotne powinny być traktowane jako kierunki długoterminowej polityki zdrowotnej w zakresie osiągnięcia wyznaczonych celów zdrowotnych.
2. Należałoby stworzyć docelowy i wieloletni plan rozwoju infrastruktury i kadr systemu ochrony zdrowia w Polsce.

3. Należy przywrócić rolę lekarza POZ jako opiekującego się rodziną poprzez aktywne działanie w zakresie profilaktyki i wczesnego wykrywania chorób oraz pełnienie funkcji przewodnika po systemie. Jednym ze sposobów zmian finansowania leczenia ambulatoryjnego jest ograniczenie roli stawki kapitałowej. Znaczną część płatności POZ należy uzależnić od wyników zdrowotnych.
4. Na bazie istniejących szpitali trzeba utworzyć sieć szpitalnych oddziałów ratunkowych, dziennych oddziałów leczenia ambulatoryjnego i oddziałów wczesnej diagnostyki.
5. Docelowo należy wrócić do modelu wielu płatników oraz UNUZ nadzorującego ich działanie i Ministerstwa Zdrowia jako regulatora polityki zdrowotnej.

Publiczna a prywatna opieka zdrowotna

1. Należy zrównać w kontraktowaniu placówki prywatne z publicznymi – o wysokości kontraktu powinna decydować jakość usług, a nie forma własności.



„ Chcemy jasnych i klarownych reguł, co wolno, a czego nie, by nie narażać się na kontrole i zarzuty stawiane *ex post* ”

tów podczas polskiej prezydencji – przypomniał prof. Mirosław J. Wysocki, konsultant krajowy ds. zdrowia publicznego.

Dziś na tę dziedzinę wydajemy zaledwie 2–3 proc. budżetu przeznaczanego na zdrowie. – *Niestety, te pieniądze są marnowane na nieskuteczne programy profilaktyczne* – podkreślała Xenia Kruszewska, ekspert rynku medycznego. – *Fakt, że aż 196 dni trwa postawienie diagnozy w chorobach onkologicznych, to niepodważalny dowód, że nie jest najlepiej* – dodała Kruszewska.

Uczestnicy dyskusji zgodzili się, że jedynym skutecznym programem, jaki udało się przeprowadzić, był POLKARD. Poprawić tę sytuację mogłoby przekształcenie szpitali w centra ochrony zdrowia. Dziś zajmują się one bowiem jedynie medycyną naprawczą.



2. Należy ustalić standardy procedur, co pozwoliłoby na porównanie usług świadczonych przez poszczególne placówki. Placówki oferujące najwyższy standard powinny mieć wyższą stawkę za punkt.
3. Prywatne i publiczne placówki powinny być w systemie traktowane jako równoprawne podmioty.

Finansowanie świadczeń medycznych

1. Rynek powinien mieć większy wpływ na ceny świadczeń.
2. Potrzebna jest racjonalna polityka cenowa, tzn. wycenianie wyżej świadczeń najbardziej potrzebnych z punktu widzenia potrzeb zdrowotnych społeczeństwa.
3. Cena świadczenia powinna odzwierciedlać wszystkie koszty, jakie ponosi świadczeniodawca. Dziś cena procedur jest często wynikiem nacisków lobby towarzystw naukowych, a nie realnego kosztu.

Polityka lekowa

1. Projekt ustawy refundacyjnej stanowi ogromny przełom w polityce lekowej naszego państwa. Wprowadza bardzo dużo innowacyjnych zapisów

oraz reguluje dotychczas „niezagospodarowane” prawnie obszary polityki lekowej. Istnieje jednak zagrożenie, że jej wprowadzenie w życie spowoduje wzrost współfinansowania przez pacjentów, dlatego w obecnym kształcie nie powinna wejść w życie.

2. Rynek farmaceutyczny domaga się prawdziwego dialogu z decydentami. Zapisy nowej ustawy wprowadzają narzędzia umożliwiające jego prowadzenie, jak risk sharing i negocjacje cenowe.
3. Zapis o ograniczeniu nakładów na refundację do 17 proc. wydatków NFZ na świadczenia zdrowotne budzi niepokój i spowoduje, że pacjenci będą mieli utrudniony dostęp do najnowocześniejszych terapii.

Informatyzacja systemu ochrony zdrowia

1. Trzeba zacząć od podstaw – zamiast ambitnych planów dotyczących telemedycyny, należy wprowadzić spójne rozwiązania informatyczne w szpitalach.
2. Należy oddolnie weryfikować dostępne rozwiązania. Liderzy we współpracy z dostawcami mogą proponować i rozwijać istniejące systemy IT, kreować pilota-

Wyniki głosowań

Polityka zdrowotna czy łatanie dziur?

mamy politykę zdrowotną – 30 proc.
zajmujemy się łataniem dziur – 70 proc.

Publiczna a prywatna opieka zdrowotna – wrogowie czy przyjaciele?

publiczna i prywatna opieka zdrowotna to wrogowie – 53 proc.
publiczna i prywatna opieka zdrowotna to przyjaciele – 47 proc.

Finansowanie świadczeń – rynek czy agencja cen?

ceny świadczeń powinien wyznaczać rynek – 62 proc.
ceny świadczeń powinna wyznaczać agencja cen – 38 proc.

Czy powinien przejść obecny projekt ustawy refundacyjnej?

tak – 34 proc.
nie – 66 proc.

Informatyzacja – centralna czy oddolna?

za centralną – 59 proc.
za oddolną – 41 proc.

Badania kliniczne w Polsce – minimalne wymagania czy sztywne uregulowania?

za sztywnymi uregulowaniami – 65 proc.
za minimalnymi wymaganiami – 35 proc.

Zdrowie publiczne – czy efektywnie wydajemy pieniądze na profilaktykę?

tak – 11 proc.
nie – 89 proc.



Wyzwania

Polska przygotowuje się do prezydencji w Unii Europejskiej. O tym mówili Maciej Banach, wiceminister nauki, i Andrzej Ryś, dyrektor DG SANCO Komisji Europejskiej. – *Europa musi się zająć problemem opieki nad starzejącym się społeczeństwem i to dobrze, że my się tym zajmujemy* – przekonywał Maciej Banach.

– *Pamiętajmy też, że coraz więcej spraw w ochronie zdrowia zależeć będzie nie tylko od nas samych, ale i od ogólnoeuropejskiego wysiłku oraz uregulowań* – mówił Andrzej Ryś. – *Świadczy o tym choćby ostatnia dyrektywa KE o prawie do swobodnego wyboru lekarza od 2014 r.* ■

Sponsorzy:

sanofi aventis

Zdrowie przede wszystkim

Lilly

że, które mogą być przyczynkiem do dalszych działań, być praktycznym przykładem działających systemów i rozwiązań.

- Należy odgórnie, wykorzystując doświadczenia innych krajów oraz wiedzę ekspertów, kreować standardy i regulacje, aby zapewnić kierunkowy rozwój systemów lokalnych.
- Należy zapewnić placówkom służby zdrowia wsparcie organizacyjne i finansowe w uzyskaniu dostępu do najlepszych rozwiązań informatycznych.
- Należy jasno określić, jakie dane powinny się znaleźć w cyfrowych rejestrach medycznych i kto powinien mieć do nich dostęp.

Badania kliniczne

- Potrzebne są jasne i jednoznaczne zasady współpracy z NFZ. Fundusz powinien finansować leczenie uznane za standardowe oraz koszty hospitalizacji związanej z leczeniem, w tym leków wspomagających (np. przeciwwymiotnych).
- Należy jednoznacznie rozstrzygnąć problemy związane z podatkiem VAT.

- Trzeba stworzyć atmosferę sprzyjającą prowadzeniu badań klinicznych i premiować ośrodki uczestniczące w badaniach.
- Należy poprawić społeczny dostęp do informacji o badaniach klinicznych.

Zdrowie publiczne

- Polski system ochrony zdrowia powinien przygotować się do podejmowania działań opiekuńczych nad starzejącym się społeczeństwem, między innymi poprzez wprowadzenie ubezpieczenia opiekuńczego. Należy stymulować rozwój tego rynku poprzez właściwe kierowanie pieniędzy przez NFZ.
- W ramach kontraktu z NFZ należy przeznaczyć więcej pieniędzy na profilaktykę i wczesne wykrywanie chorób o istotnym znaczeniu społecznym i poprawić ich wykorzystanie.
- Należy zaktualizować realizację NPZ oraz wszystkich innych programów zdrowotnych.
- Należy umożliwić szpitalom odgrywanie większej roli w zakresie profilaktyki i wczesnej diagnostyki chorób o istotnym znaczeniu społecznym. ■