



Fot. Archiwum 7x

Wyznaczyliśmy priorytety

Będą zmiany w sieci. Możliwe, że ustawowe. To jeden z pierwszych wniosków z konferencji Priorytety w Ochronie Zdrowia 2018. Zmiany te zapowiadał podczas naszej konferencji Andrzej Jacyna, p.o. prezes NFZ. – *Ocena zostanie dokonana w lutym czy marcu. Musimy przygotować zmiany, które wejdą w życie od 1 lipca. Być może będą to też zmiany ustawowe* – mówił.

Do udziału w dwunastu panelach zaprosiliśmy autorytety z wybranych dziedzin medycyny, a także przedstawicieli Ministerstwa Zdrowia, NFZ oraz najważniejszych organizacji sektora zdrowotnego, w sumie niemal 80 ekspertów.

Podczas panelu „Hot Topics 2018 – co nas czeka w ochronie zdrowia” zapowiadano walkę o poprawę dostępu do leczenia. – *Nie ma przesłanek do utrzymania finansowania opieki zdrowotnej na poziomie 4,5%. Nie możemy sobie pozwolić na tak dalekie odstępstwa od stan-*

dardów innych krajów Unii Europejskiej – powiedziała Bogna Cichowska-Duma, dyrektor generalna Związku Pracodawców Innowacyjnych Firm Farmaceutycznych „Infarma”.

– *Priorytety na 2018 r.? Poza onkologią, kardiologią i profilaktyką* – podsumował Zbigniew Król, wiceminister zdrowia.

Zmiany zapowiadał także Andrzej Jacyna podczas panelu „W sieci prawdy”. – *Musimy przeorganizować działanie szpitali. Wymaga to zmian ustawowych, nowych rozporządzeń i wsparcia polityków, również na szczeblu lokalnym* – stwierdził.

Debata „Ile powinni zarabiać lekarze i skąd ich wziąć?” nie zakończyła się konkluzją, tematu nie wyczerpano. – *Mamy doświadczenia z innych krajów, możemy z nich korzystać, by wyliczyć adekwatne zarobki. Ale też jest spore pole do negocjacji, wypracowania konsensusu. Innej*

drogi chyba nie ma – przyznał Jarosław J. Fedorowski, prezes Polskiej Federacji Szpitali.

– *Nam zależy na zmianie tego układu, w którym lekarz zarabia grosze za pracę w normalnych godzinach, a dopiero w nadgodzinach stawki rosną* – podkreślił Krzysztof Hałabuz, przewodniczący Porozumienia Rezydentów OZZL.

– *Nowelizacja ustawy refundacyjnej obejmie zarówno wyroby medyczne, jak i leki. Celem jest zapisanie 16,5% środków na zdrowie jako gwarantowane wydatki na leki* – powiedział Marcin Czech, wiceminister zdrowia, podczas debaty „Czy stać nas na nowoczesne leki?”.
– *Decyzje refundacyjne będą wydawane raz na trzy miesiące. Pojawi się również okno refundacyjne, czyli wcześniejsze umieszczanie na listach refundacyjnych leków* – dodał.

„Co ze szczepieniami – priorytety i rozwiązania systemowe” – uczestnicy tego panelu zastanawiali się nad kalendarzem szczepień, sporo miejsca poświęcono też ich skuteczności. – *Sprawa grypy – tu mamy poważny problem, bo z badań wynika, że skuteczność jest niska* – powiedział Mirosław Wysocki, konsultant krajowy w dziedzinie zdrowia publicznego.

Apelem o większy nacisk na dermatologię zakończyła się debata „Wyznaczamy priorytety w dermatologii”. – *Jest lepiej niż rok temu, znacznie lepiej niż pięć lat temu. Ale ciągle borykamy się z problemem zbyt wysrubowanych kryteriów w dostępie do programów lekowych* – mówiła Joanna Maj, konsultant krajowa w dziedzinie dermatologii.

Program zapewnienia odpowiedniego dostępu do trombektomii był jednym z najważniejszych motywów debaty „Opieka koordynowana na przykładzie leczenia udaru mózgu”. – *Rozwiązania upatrywałbym w stworzeniu tzw. małej sieci wysoko referencyjnych ośrodków zajmujących się tym rodzajem leczenia* – powiedział Andrzej Jacyna, p.o. prezes NFZ.



Z kolei problem dublowania wysokokosztowych badań przewijał się przez debatę „Od nowoczesnej diagnostyki do medycyny personalizowanej”. – *Nie powinno być tak, szczególnie w badaniach o wysokich kosztach, że powtarzać je musimy po kilka razy. Trzeba przeanalizować przyczyny i poprawić błędy* – zauważyła Beata Jagielska, zastępca dyrektora Centrum Onkologii w Warszawie.



Uczestnicy debaty „Rehabilitacja i fizjoprofilaktyka, czyli niezbędne wsparcie systemu” konkludowali, że jest jeszcze dużo do poprawy. – *Gołym okiem widać, że coś niedobrego dzieje się w fizjoterapii ambulatoryjnej. Nie zawsze pacjent dostaje to, czego rzeczywiście potrzebuje. Potrzebne są nam odpowiednie mierniki jakości i kierowanie strumienia pieniędzy tam, gdzie ten problem udaje się rozwiązać* – mówił Dominik Dziurda, dyrektor Wydziału Świadczeń Opieki Zdrowotnej Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji.

Bartłomiej Leśniewski i Krystian Lurka

Relacje ze wszystkich sesji są dostępne na stronie internetowej „Menedżera Zdrowia”, w zakładce „Priorytety w Ochronie Zdrowia 2018 i gala konkursu Sukces Roku”: <https://www.termedia.pl/Priorytety-w-Ochronie-Zdrowia-2018-i-gala-konkursu-Sukces-Roku-materialy-wideo,28856.html>



Inwestowanie w innowacyjne technologie to źródło oszczędności dla wszystkich

Marcin Kępowicz

dyrektor ds. relacji zewnętrznych Philips Health Systems Poland & Baltics, panelista sesji „W sieci prawdy” i „Czy szpitale to miejsce na innowacyjność?”



Fot. Archiwum

Inwestowanie w dobre pomysły i rozwiązania nie tylko technologiczne, lecz także procesowe może być źródłem oszczędności dla systemu, który najczęściej dysponuje ograniczonym budżetem. Jestem przekonany, że jeśli nawet na początku trzeba więcej zainwestować w takie innowacje, to finalnie możemy się spodziewać bardzo realnych oszczędności. Nowe technologie prowadzą m.in. do szybszego i trafniejszego diagnozowania, zmniejszonego narażenia pacjentów na negatywne czynniki, mniej inwazyjnego leczenia czy łatwego dostępu do wyników obrazowania z wielu rozproszonych lokalizacji. Warto zwrócić również uwagę, że takie rozwiązania pozwala-

ją uzyskać zupełnie nową jakość w zakresie szybkości i trafności diagnostyki, bezpieczeństwa personelu i pacjentów, zmniejszenia liczby badań, lepszej organizacji pracy personelu, ograniczenia liczby readmisji, wykorzystania danych do badań naukowych. Te wszystkie elementy przynoszą znaczne oszczędności w systemie. Koszty są amortyzowane przez przełomowe i wydajne technologie. Takim zmianom i efektom służą rozwiązania, które wypracowujemy w firmie Philips.

Coraz częściej wyzwaniem dla systemu ochrony zdrowia jest zwiększająca się ilość gromadzonych danych, co będzie oznaczać ogromne obciążenie związane z ich selekcją i trafnym wnioskowaniem. Dlatego istotne może się okazać sprzężenie polityki państwa i systemu publicznego z możliwościami firm technologicznych. Trójkąty innowacji, wspólne inicjatywy badawcze i wdrożeniowe, predefiniowane zamówienia na kompleksowe rozwiązania dotyczące konkretnych celów zdrowotnych i społecznych to kierunki, które mogą dać dobre efekty dla wszystkich uczestników tego ważnego zadania, jakim jest dbanie o jak najdłuższe utrzymanie dobrego stanu zdrowia i podwyższanie jakości życia.

Rak płuca priorytetem

Choroby onkologiczne, obok kardiologicznych, są główną przyczyną zgonów ludzi na świecie. Najgroźniejszy wśród nowotworów jest rak płuca. W Polsce wykrywa się go u ok. 22 000 osób rocznie. Problemy, z którymi muszą zmagać się pacjenci i lekarze, występują zarówno na etapie diagnostyki, jak i leczenia. Medycyna przynosi nowoczesne rozwiązania, do których polscy pacjenci nie mają dostępu. Od wielu lat nic się nie zmienia, a dotyczy to szczególnie niedrobnokomórkowego raka płuca z wysoką ekspresją genu *PD-L1*.

– Środki na leczenie chorych z rakiem płuca są skandalicznie niskie. Za obecne pieniądze nie jesteśmy w stanie leczyć chorych zgodnie ze standardami obowiązującymi w Europie, a mówimy o nowotworze, który jest zabójcą numer jeden zarówno wśród mężczyzn, jak i kobiet. Mamy nadzieję, że rok 2018 będzie rokiem przełomowym – powiedział prof. Rodryg Ramlau, kierownik Katedry i Kliniki Onkologii Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, prezes Polskiej Grupy Raka Płuca.

Chorzy oczekują zmian

Spośród chorych tylko 15–20% kwalifikuje się do leczenia radykalnego. Co z resztą? Większość, bo ok. 80% przypadków raka płuca, jest diagnozowanych w zaawansowanym stadium, co wiąże się z gorszym rokowaniem co do długotrwałego przeżycia. Dlatego tak ważna jest zarówno wczesna diagnostyka, jak i odpowiednie, nowoczesne leczenie. Najbardziej obiecująca w leczeniu nowotworów wydaje się immunoterapia, z którą od kilku lat lekarze wiążą duże nadzieje.

– Ostatnie pięć lat przyniosło ogromny skok, jeśli chodzi o możliwości terapeutyczne u chorych z niedrobnokomórkowym rakiem płuca, który stanowi ok. 85% przypadków. Mamy cztery inhibitory kinazy tyrozynowej drugiej i trzeciej generacji, które dają szansę uzyskania wysokiej odpowiedzi terapeutycznej i tzw. czasu do progresji. Obecnie nie jesteśmy w stanie zaproponować chorym nic innego niż chemioterapię. Walczymy, aby zmienić się schemat postępowania w leczeniu raka płuca – dodał prof. Ramlau.

Rak płuca to jedyny nowotwór, którego współczynnik zachorowania jest porównywalny ze współczynnikiem umieralności. Tymczasem najnowsze badania, których wyniki są prezentowane na światowych zjazdach, pokazują, że po zastosowaniu leków immunologicznych w wybranej grupie pacjentów możemy mówić o raku płuc jako o chorobie przewlekłej, co dotychczas nie miało miejsca. Obecnie uznaje się, że leczenie immunologiczne może być stosowane także w pierwszej linii



terapii, od momentu postawienia diagnozy. Rak płuca niejednokrotnie wymaga wieloetapowego postępowania diagnostycznego i terapeutycznego, aby zapewnić chorym jak najszersze możliwości leczenia i przedłużenia terapii, dlatego powinno się wprowadzić leki immunokompetentne już na początku.

Na zmiany w schemacie leczenia oczekują zarówno lekarze, jak i pacjenci. Anna Żyłowska ze szczecińskiego oddziału Stowarzyszenia Walki z Rakiem Płuca podkreśliła, że od kilku lat bezskutecznie walczy o dostęp do nowoczesnych terapii.

– To, czy będziemy traktować raka płuca jako chorobę przewlekłą, zależy wyłącznie od decyzji ministra zdrowia. Od 10 lat prowadzę Stowarzyszenie i poznałam wiele osób, które pytają, gdzie się leczyć. Część z nich odsyłam za granicę, bo najskuteczniejsze dla nich terapie są w Polsce niedostępne – powiedziała podczas dyskusji Anna Żyłowska. Podkreśliła także, że rak płuca jest w dalszym ciągu bardzo mocno stygmatyzowany i kojarzony wyłącznie z paleniem tytoniu, choć rośnie liczba chorych, którzy deklarują brak kontaktu z tytoniem. Maleje liczba chorych na płaskonabłonkowego raka płuca, który jest ściśle powiązany z paleniem. Zwiększa się za to liczba chorych z gruczołowym rakiem płuca.

Anna Żyłowska przedstawiła listę życzeń do ministra Łukasza Szumowskiego:

- spełnienie obietnic Ministerstwa Zdrowia o priorytetowym potraktowaniu pacjentów z rakiem płuca,
- dostęp do nowoczesnych terapii w raku płaskonabłonkowym,
- dostęp do immunoterapii.



Jacyna o najtańszej instytucji ubezpieczeniowej na świecie

Andrzej Jacyna

p.o. prezes Narodowego Funduszu Zdrowia, panelista sesji „Hot Topics 2018 – co nas czeka w ochronie zdrowia” i „W sieci prawdy”



Fot. Cezary Aszkéwicz/Agencja Gazeta

To, że jesteśmy najtańszą instytucją ubezpieczeniową na świecie, to ponury żart, który przestaje mnie bawić – przyznał Andrzej Jacyna. Za uważył, że pracowników w instytucji jest za mało.

– Powoli przekonuję decydentów, że bycie najtańszą instytucją ubezpieczeniową na świecie to błędne założenie i że trzeba je zmienić. Zmiany nie są znaczące, ale przez dwa lata udało mi się zdobyć zgodę na trzysta dodatkowych etatów – powiedział Jacyna podczas konferencji Priorityty w Ochronie Zdrowia 2018. Wyjaśnił, że liczba osób zatrudnionych w NFZ do tej pory była tak mała, że instytucja nie wypełniała najważniejszych zadań. Chodzi m.in. o konkursy, które powinny być realizo-

wane w danym roku i o kontrolowanie świadczeniodawców. Prezes podkreślił, że obecnie wykorzystane są wszystkie nadgodziny, a pracownicy są przeciążeni. – W strukturze instytucji próbujemy także stworzyć to, czego do tej pory nie było, czyli dział zajmujący się analizami systemowymi. Dzisiaj nie jesteśmy w stanie tego realizować. Nie ma takiej komórki organizacyjnej, nie ma ludzi, którzy mogliby się tym zająć – wyjaśnił prezes. Andrzej Jacyna wypowiedział się nie tylko o obciążeniu pracowników NFZ, odniósł się też do zatrudnienia w szpitalach: – Dzisiaj większość pracy wykonywanej przez przedstawicieli zawodów medycznych w szpitalach to... wpisywanie informacji do systemu. To jest kolejne błędne założenie, ale niestety, w tym momencie nie mam pieniędzy, które mógłbym dać świadczeniodawcom, prosząc o zatrudnienie dodatkowych pracowników z zawodów niemedycznych lub osób przyuczonych do systemu, które byłyby w stanie zająć się częścią administracyjną. Mówiąc wprost: marzę o tym, żeby rozciągnąć zapisy „koszykowe” na niektóre zawody, których dzisiaj w „koszykach” nie ma.

Potrzebne są zmiany w kalendarzu szczepień

Zdaniem ekspertów, którzy wzięli udział w sesji „Co ze szczepieniami – priorytety i rozwiązania systemowe”, rozszerzenie Narodowego Programu Szczepień Ochronnych w 2017 r. było ważnym krokiem w kierunku lepszej ochrony dzieci przed chorobami zakaźnymi, a priorytetem w tej chwili jest wprowadzenie bezpłatnych szczepień przeciwko zakażeniom rotawirusowym, wirusowi HPV i meningokokom w wybranych grupach ryzyka. Eksperti podkreślili, że program szczepień ochronnych obejmuje dzieci do drugiego roku życia. Ważną grupą wśród tych dzieci są wcześniaki, którym podczas sesji poświęcono dużo uwagi. Konsultant krajowy w dziedzinie neonatologii prof. Ewa Helwich przyznała, że wcześniaki to szczególna grupa, w której nie powinno być opóźnień, jeżeli chodzi o realizację szczepień. Dla tych dzieci grypa może być chorobą śmiertelną, dlatego ważne jest, aby ich odporność budować jeszcze przed wypisaniem ze szpitala. Profesor podkreśliła znaczenie szczepień w ochronie życia noworodków. Szczepienia odegrały kolosalną rolę w zmniejszeniu umieralności wśród niemowląt, która jest bardzo ważnym wskaźnikiem świadczącym o jakości opieki zdrowotnej w danym kraju.

– Jeszcze w 1950 r. umierało 110 dzieci na 1000 urodzeń w pierwszym roku życia. Co dziesiąte dziecko umierało w powodu biegunek, zapalenia płuc i chorób zakaźnych. W tej chwili są to 4 noworodki na 1000 urodzeń – powiedziała prof. Ewa Helwich. Czasem rodzice obawiają się szczepień w pierwszej dobie życia. Eksperti podkreślili, że pracują nad tym, aby szczepienie przeciwko gruźlicy i WZW typu B odsunąć w czasie w kalendarzu szczepień. Będzie to zależało od sytuacji epidemiologicznej. Już teraz neonatolodzy starają się, aby te szczepienia nie były wykonywane w pierwszej dobie życia, ale przed wypisem dziecka ze szpitala, czyli w trzeciej, czwartej dobie.

Konsultant krajowy w dziedzinie pediatrii prof. Teresa Jackowska przyznała, że brak zachorowań na WZW

typu B wśród dzieci zawdzięczamy szczepieniom populacyjnym.

To nie jedyna zmiana, która w przyszłości powinna być wprowadzona do programu szczepień ochronnych. Paneliści uczestniczący w sesji stwierdzili, że priorytetem na kolejne lata jest wprowadzenie do programu bezpłatnych szczepień przeciwko rotawirusom, wirusowi brodawczaka ludzkiego (HPV) odpowiedzialnemu za raka szyjki macicy i przeciwko meningokokom dla wybranych grup ryzyka.

Jak podkreśliła prof. Ewa Bernatowska, wiceprzewodnicząca Pediatrycznego Zespołu Ekspertów ds. Programu Szczepień Ochronnych, koszt objęcia szczepieniem przeciwko rotawirusom całej populacji dzieci zwróciłby się po dwóch latach.

– *Ostre biegunki wywołane rotawirusami kończą się hospitalizacją dziecka. Szczepienia przeciwko rotawirusom dabyby efekt ekonomiczny w postaci mniejszych wydatków na hospitalizacje dzieci, których po prostu byłoby znacznie mniej* – powiedziała prof. Bernatowska. Dodała, że niestety niektórzy rodzice uważają, że nie muszą szczepić swoich dzieci przeciwko wirusom i bakteriom wywołującym choroby zakaźne, których już nie ma lub występują rzadko.

Doktor Ernest Kuchar porównał nieszczepienie dzieci do blefowania w grze w pokera. – *Jeżeli nie zaszczepimy i choroba nie przyjdzie, to jesteśmy wygrani, ale jeżeli choroba zaatakuje i powie „sprawdzam”, to przegraliśmy, a skutki mogą być tragiczne dla naszego dziecka* – powiedział.

Konsultant krajowa w dziedzinie pediatrii prof. Teresa Jackowska stwierdziła, że szczepienia są dla zdrowia tym, czym pasy bezpieczeństwa w trakcie jazdy samochodem. – *Dopiero w trakcie wypadku okazuje się, że pasy uratowały nam życie, tak samo jest w przypadku szczepień* – wyjaśniła.

Eksperti podkreślili, że bardzo ważna jest edukacja i szkolenie lekarzy i pielęgniarek. Jeśli będą oni bezwzględnie przeświadczeni o zasadności szczepień ochronnych, będą mogli skutecznie przekazywać informacje na ten temat rodzicom, przekonując ich, że to najlepsza ochrona dla ich dzieci przed chorobami zakaźnymi.

PARTNERZY KONFERENCJI

