

MODERN HEALTHCARE INSTITUTE

NR 26 sierpień 2024

mZdrowie.pl

Zwiększać wydatki na zdrowie

Wydatki powinny odpowiadać potrzebom. I czy to będzie 8,2 proc. PKB czy 8,6 proc., czy 7,9 proc... — nie powinniśmy być niewolnikami liczb, ale raczej dostosowywać wydatki do potrzeb. Do potrzeb zdrowotnych naszego społeczeństwa należy dostosować i sieć szpitali, i liczbę łóżek, i liczbę personelu medycznego, i wszystkie inne zasoby — uważa wiceminister Wojciech Konieczny.



Nadwykonania chodzą po ulicach

Dawno, dawno temu kiedy Forum Ekonomiczne odbywało się w Krynicy, organizatorzy wpadli na pomysł, że należy wydzielić odrębną ścieżkę pod nazwą Forum Ochrony Zdrowia. Powód był prosty — ważne tematy i duże zainteresowanie. W tym roku FOZ odbędzie się po raz 15., bo temat jest nadal ważny, szpitale są nadal zadłużone, problem z dostępem do specjalistów nadal istnieje, społeczeństwo nadal się starzeje.



Karol Poznański

Ochrona zdrowia — to piąta achillesowa wielu państw. Kiedyś opisywałem Państwu zmagania brytyjskiego NHS, Amerykanie mimo ogromnych wydatków też ciągle nie poradzi sobie z problemem wykluczenia zdrowotnego. Zdrowie bywa nośnym politycznie tematem, częściej jest jednak kulą u nogi.

Wytrychem do większości dyskusji jest „potrzeba zmian systemowych”, ale jednak „ewolucja, a nie rewolucja”. Czy zawsze gadamy po próżnicy? Kiedy uczestnicy I Kongresu Zdrowia Pracodawców RP w 2018 roku apelowali o zwiększenie wydatków publicznych na zdrowie do 6 proc. PKB — ustyszeli, że PKB ma przecież 100 proc. i żeby dać na zdrowie, skądś trzeba zabrać. Niedługo potem jednak okazało się, że to możliwe.

W dyskusji o pieniądzach warto jednak nie tracić z oczu pacjenta. Jak to kiedyś powiedziała jedna Pani Profesor z Krakowa „będziemy się zadłużać, jeśli będzie taka potrzeba, ponieważ nasze nadwykonania chodzą po ulicach”. To pacjenci, którym nasz niedoskonały, wymagający zmian system uratował życie.

Więcej symetrii?

Nie jestem lekarzem, nie wykonuję żadnego zawodu określanego jako „biały personel”. Jestem dziennikarzem, publicystą, rzecznikiem prasowym — kimś, kto ma komunikować się ze społeczeństwem w imieniu placówki, którą reprezentuję i jej personelu. Praca ta nie polega wbrew obiegowej opinii na opowiadaniu kłamstw czy „ściemnianiu”. Polega na rzetelnym informowaniu.

Problem polega na tym, że w niektórych przypadkach niewiele można powiedzieć w imieniu placówki medycznej, natomiast ta druga strona może powiedzieć wszystko. Ileż razy czytamy w mediach, że na SOR działy się sceny dantejskie, a pacjent został nienależycie obsłużony. Ile razy styszemy, iż lekarz czy pielęgniarka zachowywali się skandalicznie. Na przykład rodzina pacjenta mówi w najpopularniejszych programach reporterskich, jak bardzo nieprofesjonalnie ich członkowie rodziny został potraktowany. W mediach społecznościowych znajomi i przyjaciele pacjenta, często ukryci pod pseudonimami, opisują sceny, od jakich wtos się jeży na głowie. A placówka medyczna w takiej sytuacji najczęściej milczy lub tylko zaprzecza, nie mogąc nic przedstawić na swoją obronę, bo wszystko skrywa mgła tajemnicy lekarskiej i praw pacjenta. I choć wszystkie procedury zostały dochowane, istnieją dowody, że sprawa wyglądałaby zupełnie inaczej — to nie można ich ujawnić, ponieważ wiązałoby się to z ujawnieniem informacji wrażliwych na temat pacjenta.

Rozumiem, że prawo do ochrony danych wrażliwych jest priorytetem. Jednak istniejąca asymetria informacyjna prowadzi do pogarszania się wizerunku opieki zdrowotnej, do kształtowania takiego wizerunku pracowników, na jaki nie zasługują. Każdy powinien mieć również prawo do obrony swojego wizerunku i reputacji. Wielu powie, że zawsze można to udowodnić przed sądem. Tylko po ilu latach od zdarzenia?



Mariusz Gierej

w numerze

▶ 4-5

Chirurgia robotowa rozwija się w szybkim tempie



▶ 6-7

Trzeba zwiększać wydatki na zdrowie



Wojciech Konieczny

▶ 8-9

Reforma będzie dobrowolna



Jerzy Szafranowicz

▶ 14

Jakość, odpowiedzialność, szacunek i duchowość



Jacek Grałiński

▶ 15

Głośny alarm dla chirurgii



Krzysztof Zieniewicz

TWIT MIESIĄCA



Patryk Słowik
@PatrykSłowik

Obniżanie składki zdrowotnej bez równoczesnego znalezienia środków na system ochrony zdrowia z innych źródeł to kryminal i niszczenie polskiego państwa.

Mamy kiepską jakość, bo na tle innych państw UE mamy skrajnie niedofinansowany publiczny system ochrony zdrowia.

FAKTY

KSO za pieniądze z KPO

Do ośrodków z Krajowej Sieci Onkologicznej trafi prawie 5,5 mld zł. Resort zdrowia pracuje nad nowelizacją ustawy, którą odziedziczył po rządzie PiS. Możliwe jest m.in. odejście od trzech i pozostawienie tylko dwóch poziomów szpitali onkologicznych. Pod koniec lipca Narodowy Fundusz Zdrowia opublikował listę 243 szpitali, które wspólnie stworzą Krajową Sieć Onkologiczną – nowy model organizacyjny leczenia raka w Polsce. Sieć miała być odpowiedzią na rosnącą liczbę pacjentów onkologicznych, idące za tym potrzeby kadrowe, sprzętowe i finansowe oraz zagubienie pacjenta w skomplikowanym systemie leczenia onkologicznego. Ministerstwo Zdrowia walczy z czasem, ponieważ KSO została wpisana do Krajowego Planu Odbudowy. Otrzymane z tego źródła pieniądze (prawie 5,5 mld zł) muszą zostać rozliczone do końca 2026 r.

Koordynowana POZ idzie powoli



Jerzy Szafranowicz

Dotychczas 2146 placówek, czyli 35 proc., wdrożyło opiekę koordynowaną w ramach POZ. W chwili obecnej nie jest możliwe precyzyjne określenie terminu

objęcia wszystkich pacjentów taką opieką – napisał wiceminister Jerzy Szafranowicz w odpowiedzi na interpelację posła Fryderyka Kapinosa. Poinformował również, że do lipca 2024 roku w całej Polsce 112 placówek przystąpiło do programu opieki koordynowanej po zawale mięśnia sercowego KOS-Zawał.

Procenty PKB spadają zamiast rosnać

Uwzględniając informacje z planu finansowego NFZ eksperci Federacji Przedsiębiorców Polskich oszacowali, że nakłady publiczne wyniosą w 2025 roku minimum 225,2 mld zł, czyli 6,6 proc. PKB z 2023 roku, zgodnie z metodologią liczenia tego udziału według ustawy „7 proc. PKB”. Wydatki będą wyższe o 16,6 mld zł więcej niż planowane na 2024 rok. Oznacza to jednak ich spadek w sto-

unku do PKB z poziomu 6,78 proc. do 6,6 proc., zgodnie z metodologią ustawy „7 proc. PKB na zdrowie”.

Polski system nie jest odporny

Wynik Polski w indeksie HRI 2022 – zaledwie 52 na 100 punktów – daje pozycję szóstego najgorzej funkcjonującego i najslabiej przygotowanego na przyszłe wyzwania systemu opieki zdrowotnej w Unii Europejskiej. Gotowość polskiego systemu można wzmocnić bazując na doświadczeniach innych państw. Zmiany wymaga postrzeganie wydatków na zdrowie jako kosztów, a nie jako inwestycji w przyszłość gospodarczą kraju. Raport wydany przez GLOBSEC zintegrował najnowsze statystyki międzynarodowe i wyznaczył na ich podstawie Indeks gotowości zdrowotnej.

Z centralnej e-rejestracji mały pilotaż

Narodowy Fundusz Zdrowia 26 sierpnia rozpocznie się nabór wniosków dla placówek medycznych, które chcą wziąć udział w pilotażu centralnej e-rejestracji. W ramach pilotażu będzie możliwe wyszukanie terminu a następnie zarejestrowanie się na badania – cytologię, mammografię, a także wizytę w poradni kardiologicznej.

Nadal bez znieczulenia

Z danych NFZ wynika, że odsetek znieczuleń zewnątrzoponowych do porodów naturalnych kształtował się w 2023 roku poziomem tylko 14-16 proc. w skali Polski. Problemem są też istotne różnice regionalne: w województwie mazowieckim było 40 proc. porodów ze znieczuleniem a w województwie województwo wielkopolskim – 0 proc. Minister Izabela Leszczyna podjęła działania, zmierzające do zapewnienia dostępności do znieczulenia w czasie porodu – spotkała się ze specjalistami w dziedzinie anestezjologii, z którymi omówiła ten problem, a poruszone podczas spotkania problemy były i są przedmiotem prac grupy roboczej, składającej się z ekspertów i praktyków, w tym z lekarzy anestezjologów i położników – napisał wiceminister Wojciech Konieczny w odpowiedzi na interpelację posła Marka Matuszewskiego.

PRAWO

Chaos w opiece długoterminowej

Raport Banku Światowego wylicza problemy polskiego systemu opieki długoterminowej i wskazuje możliwe ich rozwiązania. Funkcjonuje on w obrębie dwóch sektorów, przy braku spójnej definicji i pomieszaniu kompetencji.

Usługi w ramach opieki długoterminowej o charakterze formalnym są w Polsce realizowane w obrębie dwóch sektorów: sektora ochrony zdrowia oraz sektora pomocy społecznej. Ponadto istnieją różne rodzaje wsparcia pieniężnego. Tryb sprawowania opieki można podzielić na: całodobową, dzienną, środowiskową i domową. Stacjonarną opieką w ramach sektorów pomocy społecznej zajmują się głównie domy pomocy społecznej (DPS), a na mniejszą skalę rodzinne domy pomocy (RDP). Natomiast w ramach sektora ochrony zdrowia całodobową opiekę oferują zakłady opiekuńczo-lecznicze (ZOL) i zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze (ZPO). Świadczenia w ramach dziennej oraz środowiskowej i domowej opieki długoterminowej są świadczone przez liczne jednostki funkcjonujące w sektorze pomocy społecznej. Sektor ochrony zdrowia oferuje z kolei następujące formy opieki w miejscu zamieszkania pacjenta: pielęgnarska opieka domowa oraz opieka nad osobami wentylowanymi mechanicznie.

Monitoring w gabinetach może łamać prawo



Marcin Wiącek

Do Biura Rzecznika Praw Obywatelskich wpływają skargi dotyczące znowelizowanych przepisów ustawy o działalności leczniczej, które poszerzają uprawnienia kierowników podmiotów leczniczych w zakresie stosowania monitoringu wizyjnego w pomieszczeniach, w których udzielane są świadczenia zdrowotne. Zdaniem skarżących nowe przepisy nadmiernie ingerują w prawo do prywatności i ochronę danych osobowych pacjentów. Rzecznik

wskazuje w liście do Ministra Zdrowia, że wykorzystywanie monitoringu wizyjnego w podmiotach leczniczych trzeba uznać za istotną ingerencję w prawo do prywatności pacjenta. Pacjent ma prawo do poszanowania intymności i godności, w szczególności w czasie udzielania mu świadczeń zdrowotnych – podkreśla RPO.

Ugody w sprawie recept na mleko zastępcze

Minister Izabela Leszczyna wydała zalecenia dla NFZ dotyczące spraw sądowych z lekarzami, w związku z przepisami przez nich preparatami mlekozastępczymi dla dzieci powyżej 12. miesiąca życia, z alergiami pokarmowymi. Takich spraw jest 25 i mają być zakończone ugodą. Minister zdrowia zwróciła się do prof. Mieczysławy Czerwionki-Szaflarskiej, która wraz z zespołem wydała opinię, że wskazanie producenta o przeznaczeniu preparatu dla dzieci do 12. miesiąca życia niekoniecznie jest tożsame ze wskazaniem medycznym. Decyzja ta jest efektem współpracy z Naczelną Izbą Lekarską. „Nasz dialog z ministerstwem zdrowia – choć trudny – jest udany. Bardzo dziękuję za to minister Izabeli Leszczynie” – powiedział prezes Łukasz Jankowski.

Orzecznictwo ZUS do zmiany

Wprowadzenie jednolitej regulacji zasad i trybu wydawania orzeczeń lekarskich w ZUS oraz zmiana zatrudniania, wynagradzania oraz kwalifikacji wymaganych od lekarzy orzeczników – takie m.in. rozwiązania zakłada projekt nowelizacji ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych oraz niektórych innych ustaw. Regulacja przewiduje reformę orzecznictwa lekarskiego w ZUS. Prace toczą się w Ministerstwie Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej.

KADRY



Brygida Kwiatkowska

Profesor **Brygida Kwiatkowska** przejęła obowiązki dyrektora Narodowego Instytutu Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji w Warszawie. Zastąpiła prof. Agnieszkę Neumann-Podczaską, która była dyrektorem od marca.

Podkomisja Zdrowia Publicznego w Parlamencie Europejskim składa się z 30 eurodeputowanych. Po ukonstytuowaniu się nowego składu, **Adam Jarubas** został ponownie jej przewodniczącym.

Doktor **Paweł Grzesiowski** został Głównym Inspektorem Sanitarnym.

Po zdobyciu przez **Bartosza Arłukowicza** mandatu europosła i odejściu z Sejmu, przewodniczącą sejmowej komisji zdrowia została **Marta Golbik** z Koalicji Obywatelskiej. Pochodzi z Gliwic, jest posłanką już trzecią kolejną kadencję. Ukończyła studia na kierunku finanse i rachunkowość w warszawskiej SGH.

Głównym Inspektorem Farmaceutycznym został **Łukasz Pietrzak**, magister farmacji z 17-letnim stażem pracy, przez ostatnie 12 lat był kierownikiem aptek.

Rzecznik Praw Pacjenta **Bartłomiej Chmielowiec** wręczył powołania do prezydium Rady Organizacji Pacjentów. Prezydium zostało wybrane w głosowaniu, w jego skład weszli: **Stanisław Maćkowiak** (Federacja Pacjentów Polskich – przewodniczący), **Magdalena Kołodziej** (Fundacja MY Pacjenci – wiceprzewodnicząca), **Joanna Frątczak-Kazana** (Ogólnopolska Federacja Onkologiczna, Fundacja Onkologiczna Alivia), **Robert Lesiak** (Stowarzyszenie „Za Wcześniej”), **Iwona Czabak** (Stowarzyszenie Marfan Polska).

MODERN HEALTHCARE INSTITUTE

mZdrowie.pl

OBSERWACJE

„Obserwacje
Modern Healthcare Institute”redakcja:
Krzysztof Jakubiak
– redaktor naczelny
(kjakubiak@mzdrowie.pl).Iwona Kazimierska
– redaktor

skład i łamanie: Takar

wydawca:
Modern Healthcare Institute sp. z o.o.,
REGON: 368041956,
NIP: 522-309-80-85,
KRS: 0000690383.

Modern Healthcare Institute, wydawca portalu mZdrowie.pl, skupia niezależnych ekspertów i specjalizuje się w zagadnieniach systemu ochrony zdrowia, ze szczególnym uwzględnieniem takich zagadnień: leki i wyroby medyczne, nowoczesne technologie, telemedycyna i mHealth, startupy medyczne, finanse i efektywność ochrony zdrowia, zrozumienie zasad funkcjonowania systemu przez pacjentów.

TRILOGI, DIALOGI, MONOLOGI

Rozmawiać warto. Dlatego najbardziej skomplikowane prawodawstwo na świecie, Unii Europejskiej, wykuwa się powoli w bardzo pieczołowitym procesie, którego etapem są trilogi. Przedstawiciele Komisji, Parlamentu i Rady UE wspólnie szukają konsensusów i kompromisów.

W Polsce stosujemy od lat nieco mniej skomplikowany dialog trójstronny, który ma też swoje formalne rytuały, miejsce, Komisję itd. Pozwala w cywilizowany sposób szukać zrozumienia dla pomysłów rządu wśród pracowników i pracodawców.

Natomiast ci najbardziej przekonani o własnej nieomyślności politycy i działacze preferują monolog. Zamiast spotkać się, porozmawiać, wysłuchać argumentów innych stron, raczej poprzestają na przedstawieniu swojej – nieomyślnej – racji.

Niechęć do rozmowy, unikanie publicznych debat, wytyczanie mikrofonów – do czego to może doprowadzić? Na pewno nie do złagodzenia sporu. Do pomysłów cenzurowania mediów? Przepisów o myślozbrodni rodem z opowieści Orwella? Czas pokaże.

Bo rozmawiać warto, tak aby i wysłuchać innych, i swoje argumenty przedstawić. Mój ulubiony bohater literacki Kubuś Puchatek mawia, że każdy ma swoją rację (nie był tylko pewien czy sam ją posiada). Ale własna racja nie wystarczy, trzeba chcieć do niej przekonać innych.



Krzysztof Jakubiak

PIELĘGNIARSKA BOMBA

Chaos wokół pielęgniarskich wynagrodzeń ciągnie się kolejny rok.

Bombą z opóźnionym zapłonem okazała się ustawa o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych wraz z nowelizacjami, która określiła sposób obliczania minimalnego wynagrodzenia w podmiotach leczniczych oparty na współczynnikach pracy przyporządkowanych poszczególnym grupom zawodowym zgodnie z kwalifikacjami wymaganymi na zajmowanym stanowisku.

Podkreśliłam słowo „wymaganych”. Istnieje wszak możliwość – z której większość szpitali, których nie stać na wyptacanie wyższych pensji korzystają – takiego opisanie stanowisk, by większość personelu miała zakwalifikować do grup o niższych wymaganych kwalifikacjach, a więc słabiej płatnych. Pielęgniarki mają poczucie krzywdy, a często czują się wręcz oszukane, więc masowo składają pozwy i w zdecydowanej większości przypadków wygrywają przed sądem.

Zarządzający publicznymi placówkami ochrony zdrowia są w potężnych tarapatkach. W sierpniu tego roku ukazały się druzgocące wyniki ogólnopolskiej sondy przeprowadzonej wśród dyrektorów, których zapytano czy mają problem z wyptatą podwyżek. Ponad 75 procent uczestników badania odpowiedziało, że problem jest.



Piotr Misiorowski
Kancelaria
Doradczą Rafał Piotr
Janiszewski

MEM NUMERU



Zakład Pogrzebowy A.S. Bytom
@bytompogrzeby



Wybierasz się na medycynę? Nie zapomnij o pomocach naukowych. W naszej ofercie znajdziesz największy wybór kończyn dolnych oraz górnych, czaszek, kości i wnętrzości. Atrakcyjne ceny, dyskretna przesyłka.



WRZESIEŃ: MIESIĄC ŚWIADOMOŚCI ZDROWOTNEJ

Koniec wakacji i sezonu urlopowego to tradycyjny czas powrotu do codziennego rytmu pracy. Z kolei dla uczniów to czas powrotu do szkoły. O edukację powinniśmy jednak dbać nie tylko w młodości. Horyzonty warto poszerzać przez całe życie, zwłaszcza w obszarach, które bezpośrednio nas dotyczą, jak np. zdrowie.



Anna Kupiecka

w długoterminowej perspektywie mogą sprawić, że problem raka szyjki macicy zostanie zminimalizowany. Niestety, nie ma obecnie możliwości zastosowania podobnego rozwiązania w innym nowotworze – raku endometrium, który w Polsce ciągle zbiera śmiertelne żniwo. W tym

przypadku oczekujemy kompleksową i ustandaryzowaną opiekę nad pacjentkami, właściwą diagnostykę oraz dostęp do immunoterapii już od I linii leczenia.

Z kolei, jeśli chodzi o raka gruczołu krokowego, ostatnia lista refundacyjna przyniosła pewne zmiany, o których słuszności i skuteczności będziemy przekonywać się w kolejnych miesiącach. Niewątpliwie jednak cały czas trzeba dążyć do tego, by program leków odzwierciedlał najnowsze rekomendacje i wytyczne międzynarodowych towarzystw naukowych, a pacjenci mieli jasną ścieżkę diagnostyki i leczenia.

W tym kontekście warto też przypomnieć o tym, że mężczyźni powinni mieć łatwiejszy dostęp do urologa i warto rozważyć zniesienie konieczności posiadania skierowania do tego specjalisty.

Jako społeczeństwo niewątpliwie mamy do odrobienia lekcję w obszarze profilaktyki i szczepień ochronnych. Mowa była już o szczepieniach HPV, ale nie wolno zapominać o szczepieniach na grype, COVID-19, RSV, przeciwko pneumokokom, półpaścowi – zwłaszcza w grupach osób z obniżoną odpornością. Do zrobienia jest naprawdę wiele – od wyedukowania społeczeństwa przez zniesienie barier organizacyjnych w dostępie do szczepienia aż po zapewnienie finansowania szczepień. W imieniu pacjentów apeluję o działania we wszystkich tych obszarach i pamiętaniu o potrzebach pacjentów nie tylko we wrześniu, ale przez cały rok.

Wrzesień jest ku temu świetną okazją. To miesiąc świadomości nowotworów krwi, a także świadomości nowotworów ginekologicznych. Nie zapominajmy również o obchodzonego 15 września Europejskim Dniu Prostaty i przypadającym w tym samym dniu Światowym Dniu Wiedzy o Chtoniakach. Jakby tego było mało, wrzesień kojarzy się także z początkiem sezonu chorób zakaźnych, a zatem jest to dobry moment na pogłębianie wiedzy odnośnie szczepień i profilaktyki.

W każdym z powyższych obszarów polscy pacjenci czekają na istotne zmiany. W przypadku nowotworów krwi wiele dobrego wydarzyło się w ostatnich latach, zwłaszcza w zakresie dostępu do nowych terapii, ale wciąż jeszcze pozostały białe plamy, wymagające pilnego zaopiekowania. Przykład mogą stanowić terapie kolejnych linii w nowotworach krwi – np. szpiczaka plazmocytomowym czy chłoniaku rozlanym z dużych komórek B. Kluczową technologią stanowią przeciwciała bispecyficzne: glofitamab i epkorytamab. Jak mówił niedawno prezes PTHiT prof. Krzysztof Giannopoulos na łamach portalu Focus, szacuje się, że ich skuteczność może być „od 2 do 5 razy wyższa od innych dostępnych leków”.

W przypadku nowotworów ginekologicznych szczególnie istotne potrzeby dotyczą raka szyjki macicy – zwłaszcza w kontekście szczepień HPV, które

WYKRES NUMERU

Liczba rozliczonych przez NFZ badań genetycznych w leczeniu nowotworów

	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
podstawowe (5.53.01.0005001)	6703	11 771	11 845	9972	8965	9773	12 048
złożone (5.53.01.0005002)	2220	4258	8676	9697	9173	11 681	15 362
zaawansowane (5.53.01.0005003)	1918	3875	6509	7755	7991	9356	16 282
razem 001-003	10 841	19 904	27 030	27 424	26 129	30 810	43 692

ROZWÓJ CHIRURGII ROBOTOWEJ

Modern Healthcare Institute opublikował czwarty już raport analizujący rozwój chirurgii robotowej w Polsce, obejmujący informacje o zabiegach wykonanych w asyście robotów w 2023 roku.

Rok 2023 był okresem bardzo dynamicznego rozwoju chirurgii robotowej w naszym kraju. Liczba systemów robotowych wykorzystywanych przez polskie szpitale niemal się podwoiła, a liczba zabiegów wykonanych w asyście robotów wzrosła ponad dwukrotnie. Oprócz intensywnego wdrażania systemów chirurgii ogólnej (da Vinci, Versius) szybko rośnie również liczba szpitali wykorzystujących specjalistyczne systemy robotowe w ortopedii oraz neurochirurgii.

Robotami ogólnochirurgicznymi (da Vinci, Versius, Senhance) wykonano w Polsce ponad 10,1 tysięcy operacji, spośród których większość (69 proc.) stanowiły nadal zabiegi prostatektomii.

Ponad 12 proc. zabiegów robotowych stanowiły operacje ginekologiczne, głównie raka macicy, a ponad 8 proc. – to gastroenterologia, czyli operacje raka jelita grubego i odbytnicy.

Zabiegi w asyście robota da Vinci w 2023 roku przeprowadzano w 45 szpitalach, system Versius wykorzystywało 13 szpitali a jeden szpital pracował na systemie Senhance. W Polsce nadal czekamy na pojawienie się innych robotów, takich jak np. Hugo firmy Medtronic, który działa już w wybranych ośrodkach w Europie Zachodniej, czy japoński Hinotori firmy Medicaoid, która jest aktualnie w procesie uzyskiwania europejskiej certyfikacji.

Wśród 58 zrobotyzowanych placówek znalazło się 14 szpitali prywatnych, ale tylko 6 z nich działało wyłącznie na rynku komercyjnym, bez podpisanego kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia. Liczba zabiegów sfinansowanych komercyjnie, przez pacjentów, drugi rok z rzędu zmalała i wyniosła około 550 (w 2021 roku było ich ok. 1160, w 2022 roku – ok. 960).

Najwięcej zabiegów w asyście robota wykonano w 2023 roku w Śląskim Centrum Urologii UROVITA w Chorzowie. 10 operatorów za pomocą dwóch systemów Versius przeprowadziło w chorzowskim szpitalu w sumie 638 zabiegów. Kolejne 18 zabiegów operatorzy Urovity przy pomocy jednego ze swoich robotów wykonali gościnnie w Szpitalu Powiatowym im. T. Chałubińskiego w Zakopanem. Wśród 638 operacji w Chorzowie było 437 urologicznych (w tym 374 prostatektomie) oraz 201 ginekologicznych (w tym 127 zabiegów raka błony śluzowej macicy).

Drugie miejsce pod względem liczby wykonanych zabiegów robotowych w 2023 roku zajęło bydgoskie Centrum Onkologii im. F. Łukaszczyka, posiadające dwa systemy da Vinci – zabiegów wykonano tam równe 500, w tym najwięcej prostatektomii (354), operacji błony śluzowej macicy (56), jelita grubego (55), a także 35 operacji torakochirurgicznych.

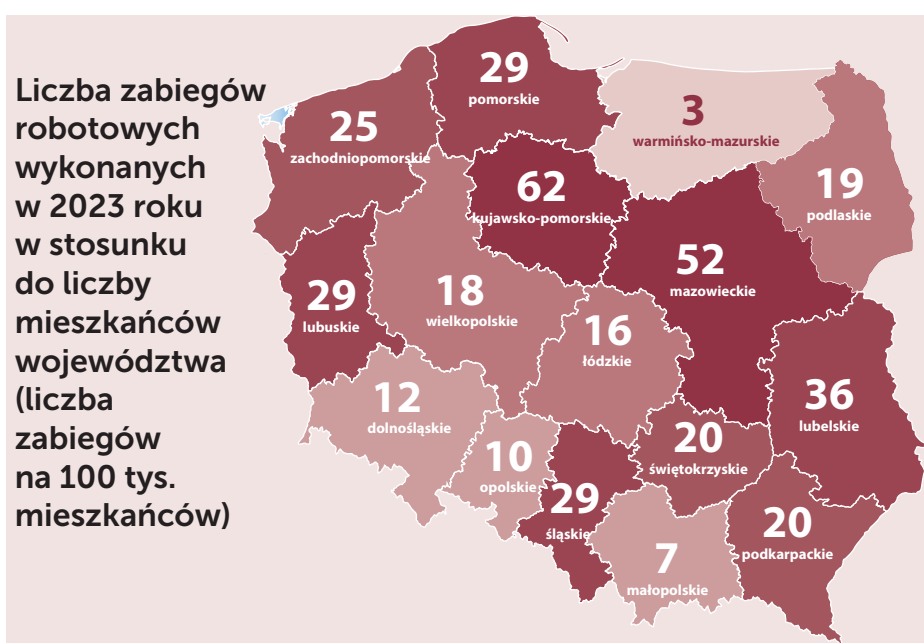
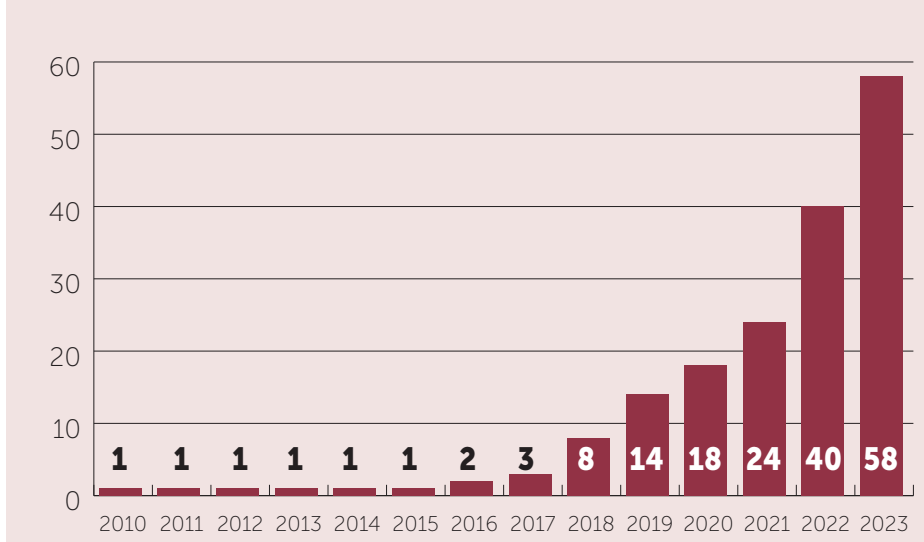
Na trzecim miejscu z liczbą 473 operacji w asyście robota w 2023 roku zna-



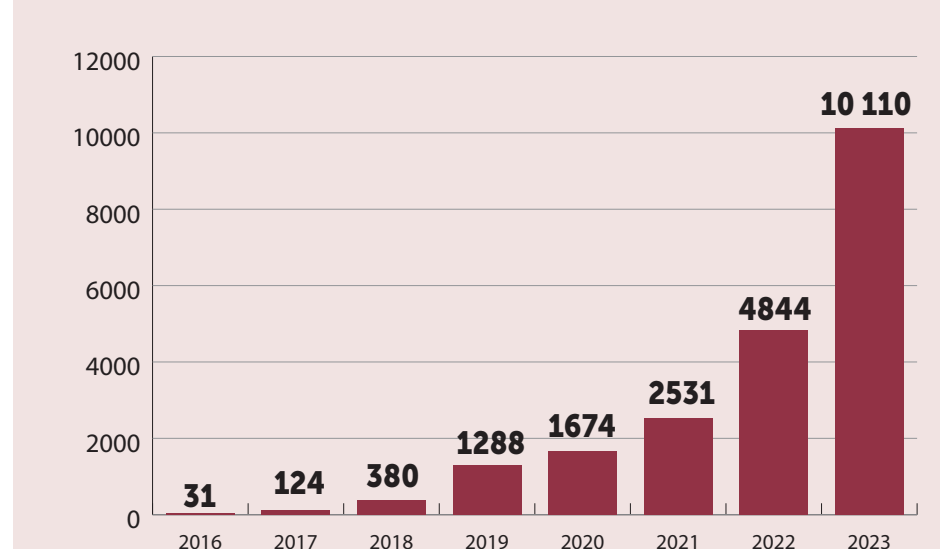
lazł się Wojskowy Instytut Medyczny, także postępujący się dwoma systemami da Vinci. Wśród nich były 123 prostatektomie, 94 zabiegi ginekologiczne, 67 gastroenterologicznych, 57 torakochirurgicznych, a także z obszaru chirurgii głowy i szyi oraz kardiochirurgii.

Roboty ortopedyczne do zabiegów endoprotezoplastyki kolan lub bioder w 2023 roku regularnie wykorzystywało już 14 placówek (w użyciu były systemy: Rosa Knee System, Mako, Navio, Cori, OMNIBotics). Najwięcej alloplastyk robotowych wykonał SPZOZ w Ostrowi Mazowieckiej. Natomiast w neurochirurgii robotami do operacji kręgosłupa lub mózgu postęgiwało się 7 szpitali (systemy: ExcelsiusGPS, Mazor X, Stealth Autoguide, Rosa Brain). Najwięcej – 81 zabiegów – wykonał Samodzielny Publiczny Wojewódzki Szpital Zespolony w Szczecinie. W tych dwóch obszarach ponad połowa placówek rozpoczęła swoją przygodę z chirurgią robotową w minionym 2023 roku.

Liczba szpitali wykonujących zabiegi w asyście robotów chirurgicznych (da Vinci, Versius, Senhance)



Liczba zabiegów w asyście robota chirurgicznego w Polsce





Damian Sujecki, Szpital św. Anny w Piasecznie

W ostatnim czasie obserwujemy prawdziwy boom na rynku robotów chirurgicznych. Należy przy tym zaznaczyć, że globalnie przeprowadza się około 21 milionów operacji rocznie z zakresu chirurgii tkanek miękkich, w których potencjalnie mógłby znaleźć zastosowanie robot chirurgiczny. Obecnie jedynie 10 proc. tych procedur jest wspomaganych robotycznie. To ogromna przestrzeń do zagospodarowania, o czym doskonale wiedzą inżynierowie i właściciele wszystkich nowo powstałych firm. Oczywiście, na tle innych specjalizacji medycznych wyróżnia się urologia, gdzie odsetek ten jest znacznie wyższy.

Wiele nowych systemów zapowiada się obiecująco, niestety na razie niewiele wiemy o ich trwałości i niezawodności. A jak wiadomo, słabe strony systemu robotycznego poznaje się lepiej po jego dłuższym użytkowaniu. Z pewnością ceny tych nowych urządzeń będą konkurencyjne. Z nieoficjalnych informacji uzyskanych od przedstawicieli firm wynika, że można się spodziewać ofert cenowych na poziomie od 30 do 90 proc. ceny da Vinci Xi.

Obecnie tylko jeden robot ogólnochirurgiczny z z Azji posiada deklarację zgodności CE na naszym europejskim rynku – Toumai chińskiej firmy MicroPort MedBot. W kolejnych latach z pewnością w Europie pojawi się wiele nowych platform chirurgii robotycznej. Producenci na pewno będą konkurować ceną, niejednokrotnie oferując sprzęt zbliżony jakościowo do pierwowzoru.



prof. Tomasz Drewa, prezes Polskiego Towarzystwa Urologicznego

Kolejne opracowanie pt. „Chirurgia robotowa 2023” przygotowane przez Krzysztofa Jakubiaka i Damiana Sujeckiego wydane przez Modern Healthcare Institute w 2024 roku jest niezwykle głęboką i ciekawą analizą rynku medycznego, w tym szczególnym zakresie chirurgii małoinwazyjnej. Autorzy omówili zastosowanie systemów robotycznych nie tylko w chirurgii tkanek miękkich, ale również ortopedii i neurochirurgii, co powoduje, że analiza ta obejmuje praktycznie cały potencjał operacji robotycznych w Polsce. Jest to bardzo dojrzałe pracowanie, które oferuje czytelnikowi doskonale przygotowane dane, jak i wiele wniosków i przemyśleń dotyczących małoinwazyjnej chirurgii robotycznej.

Z raportu dowiadujemy się, że to urologia jest dziedziną rozwijającą rynek robotyczny chirurgii tkanek miękkich (prawie 70 proc. to robotyczne zabiegi prostatektomii radykalnej). Myślę, że można powiedzieć, iż urologia jest dziedziną dojrzałą w zakresie wprowadzania procedur małoinwazyjnych, a robotyki w szczególności.

Było kilka zjawisk, które zaskoczyły mnie w tym obszernym i świetnie napisanym raporcie. Po pierwsze, zdziwiłem się, że w Polsce nadal wykonuje się prostatektomie radykalne sposobem otwartym, manualnie. Czy pacjenci decydujący się na taki zabieg na pewno mają pełną wiedzę, jakie są dziś możliwości leczenia raka prostaty? Kto argumentuje i namawia do wykonania takiej operacji? Urolog? Trudno w to uwierzyć. Może taki urolog nie aktualizuje swojej wiedzy? Nie wie, jak wygląda leczenie w krajach rozwiniętych? Prostatektomia minimalnie inwazyjna jest nie tylko zabiegiem lepszym, ale i łatwiejszym. Myślę, że Polska jest krajem, tak jak inne w Europie np. Dania, Norwegia, gdzie nie ma miejsca na wykonanie manualnej, otwartej prostatektomii z powodu raka. Wszystkie dane wskazują, że rewolucja w urologii w Polsce się dokonała i tylko techniki minimalnie inwazyjne powinny być stosowane w operacyjnym leczeniu raka prostaty.



prof. Mariusz Bidziński, konsultant krajowy w dziedzinie ginekologii onkologicznej

Należy dążyć do coraz szerszego wykorzystania tej techniki chirurgicznej w ginekologii onkologicznej w Polsce. Do tego należy wykorzystywać tę technikę w ośrodkach, które mają odpowiednie zasoby chorych leczonych z powodu nowotworów, co zresztą zostało ujęte we wskaźnikach, które określił Narodowy Fundusz Zdrowia w przypadku refundacji tych zabiegów.

Integracja nowej technologii z rutynową praktyką kliniczną wiąże się z wieloma wyzwaniami. Wspierana badaniami i walidacją, chirurgia robotyczna stała się bezpieczniejsza, bardziej optymalna i dominującym podejściem w chirurgii ginekologiczno-onkologicznej w wielu instytucjach na całym świecie.

Innowacja w opiece medycznej – to odpowiedzialność, a podobnie jak wprowadzanie nowych leków i eksperymentalnych metod leczenia, wprowadzanie ulepszonych, najnowocześniejszych narzędzi chirurgicznych zapewnia dostarczanie najlepszej możliwej opieki skoncentrowanej na pacjencie.

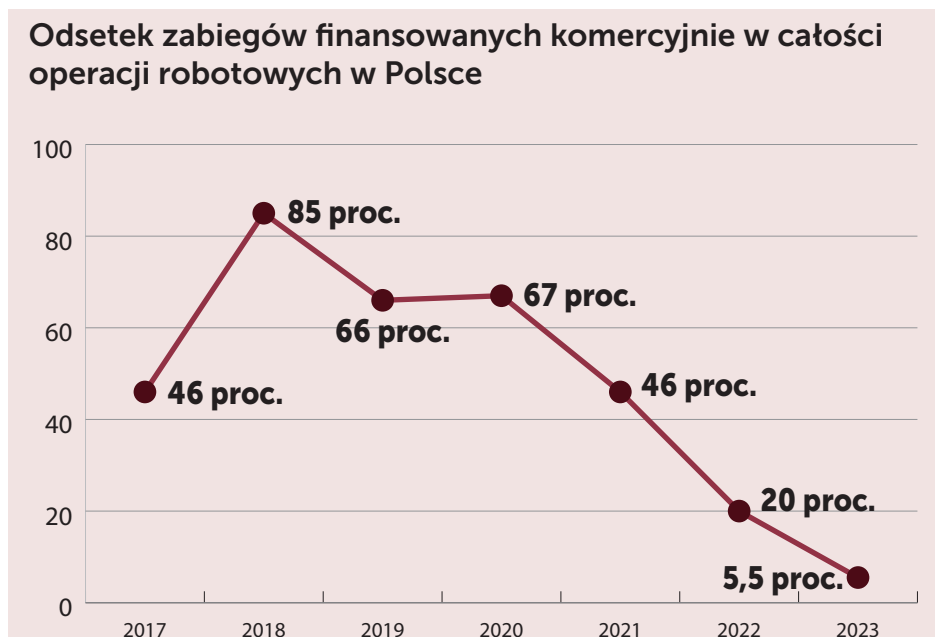
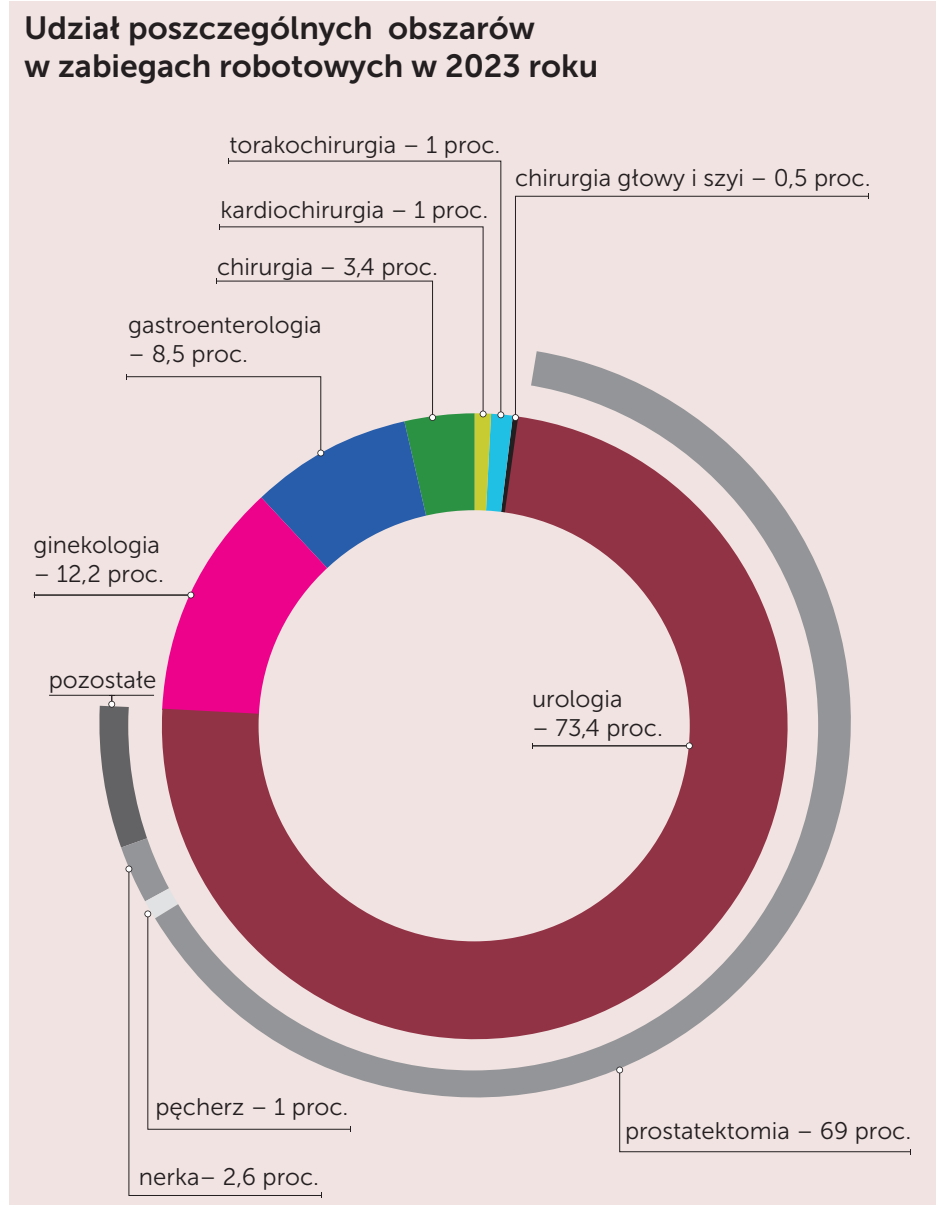


prof. Wojciech Zegarski, konsultant krajowy w dziedzinie chirurgii onkologicznej

Wprowadzenie chirurgii robotycznej jest postrzegane przez operowanych pacjentów oraz zespół lekarski i pielęgniarski jako ewidentny postęp i kolejny krok w poprawie jakości leczenia w oddziale kompetencji leczenia raka jelita grubego. Jestem absolutnie przekonany, że utworzenie w Polsce ośrodków kompetencji

leczenia raka jelita grubego poprawiło szanse na dobre leczenie onkologiczne naszych chorych, a finansowanie zabiegów robotycznych dało możliwość, aby w tych szpitalach implementować zabiegi małoinwazyjne, w tym robotyczne.

Taki kierunek działania jest zgodny z trendami obserwowanymi w chirurgii światowej w najlepszych ośrodkach, pokazującymi, że tą drogą można uzyskiwać najlepsze wyniki. Warto dodać, że dla osiągnięcia dobrych wyników w leczeniu w aspekcie jakości życia i przeżyć 5-letnich niezbędna jest również dobrze wdrożona, szeroko pojęta opieka okotooperacyjna, w tym prehabilitacja.



Musimy zwiększać publiczne wydatki na ochronę zdrowia



Nie zgadzamy się na zmniejszanie przychodów NFZ. Proponujemy zastąpienie systemu składkowego — który w Polsce się nie sprawdził — przez bardziej sprawiedliwy podatek zdrowotny. Alternatywą byłoby podniesienie wysokości składki, co tylko pogłębiłoby niesprawiedliwość obecnego systemu. Musimy także zwrócić uwagę na system wynagrodzeń, aby wysokość zarobków była uzależniona od efektywności wykonywanej pracy. Dyskusja o propozycji zmian w szpitalnictwie jest dopiero przed nami — mówi wiceminister zdrowia Wojciech Konieczny, senator Lewicy i lider Polskiej Partii Socjalistycznej.

— W swoim programie wyborczym Lewica mówiła, że trzeba zwiększyć nakłady na ochronę zdrowia, padała liczba 8 proc. PKB. Tymczasem rząd pracuje nad różnymi projektami obniżenia składki zdrowotnej, które w efekcie mogą te nakłady zmniejszyć. Pan się ostro wypowiada, krytykując te pomysły obniżania składki.

— Osobiście nigdy nie wypowiadałem się w ten sposób, że ma być dokładnie 8 proc. PKB przeznaczane na ochronę zdrowia. Nie dlatego, że to miałyby być zły poziom, ale dlatego że wydatki powinny odpowiadać potrzebom. I czy to będzie 8,2 proc. PKB czy 8,6 proc., czy 7,9 proc.... — nie powinniśmy być niewolnikami liczb, ale raczej dostosowywać wydatki do potrzeb. Do potrzeb zdrowotnych naszego społeczeństwa należy dostosować i sieć szpitali, i liczbę łóżek, i liczbę personelu medycznego, i wszystkie inne zasoby.

— Czyli mapy potrzeb zdrowotnych.

— Musimy działać na podstawie nowych, rzetelnych map potrzeb zdrowotnych. Trzeba do nich dostosować również wyceny świadczeń.

Uważam też, że wszystko, co wymieniałem, powinno być wolne od polityki. Polityka wkracza dopiero przy określaniu, co obywatelom należy się za darmo, w ramach systemu publicznej opieki zdrowotnej, a co — ewentualnie — pozostaje w formie płatnych usług i ubezpieczeń dodatkowych.

— Mówi Pan jednak jednoznacznie, że publiczne wydatki na zdrowie trzeba zwiększać.

— Musimy zwiększać publiczne wydatki na zdrowie. I dlatego, kiedy słyszę pomysły obniżania składki zdrowotnej zgłaszane przez Trzecią Drogę, kiedy słyszę słowa o „racjonalizacji” czy „optymalizacji” wydatków, które oznaczają, że mielibyśmy zmniejszać nakłady na zdrowie — to się nie zgadzam. Pomysł Ryszarda Petru zupełnie nie odpowiada rzeczywistości. Nie ma takiej możliwości, żeby zmniejszać wydatki a pacjentom zapewniać lepszą opiekę. Chyba że należy to odbierać jako sygnał, że planowane jest rozwijanie sektora prywatnego i pacjenci będą więcej płacić z własnej kieszeni. Jako Lewica jesteśmy temu przeciwni i uważamy, że rolę



Rolą państwa jest zapewnienie publicznej opieki zdrowotnej na przyzwoitym poziomie ze środków publicznych.



państwa jest zapewnienie publicznej opieki zdrowotnej na przyzwoitym poziomie ze środków publicznych, czyli budżetu, składek czy podatków.

— Jednak w rządzie nadal krążą pomysły obniżania składki zdrowotnej.

— Po pomysle zgłoszonym przez Ryszarda Petru z Trzeciej Drogi, w marcu pojawił się projekt zaprezentowany przez panią minister Leszczynę i pana ministra Domańskiego. Byłby on częściowym powrotem do stanu sprzed wprowadzenia Polskiego Ładu. I jest też tak zwana propozycja kompromisowa, zakładająca ubytek ok. 30 mld zł z kasy NFZ, zgłoszona przez PSL. Ostatnia propozycja zgłoszone przez ministra Domańskiego w Sejmie dotyczy wycofania się z oskładkowania sprzedaży środków trwałych przez przedsiębiorców i jej skutki byłby stosunkowo najmniej dotkliwe. Tak czy inaczej, ta reforma realizująca przedwyborcze zobowiązania wobec przedsiębiorców zostanie w jakiś sposób przeprowadzona, nie bez wpływu na budżet NFZ.

— Tymczasem Lewica proponuje zasadniczą zmianę zasad finansowania ochrony zdrowia i wprowadzenie podatku zdrowotnego.

— Jako Lewica mamy swój projekt, który wychodzi z zupełnie innego założenia — że nakłady na zdrowie w Polsce są zbyt niskie. Należy je zwiększać — i my szukamy sposobów na ich zwiększenie. Wiemy, że w kasie NFZ w kolejnych latach będzie brakowało pieniędzy. Idziemy zatem w kierunku budżetowego finansowania ochrony zdrowia. Trzeba to przyjąć do wiadomości i znaleźć wyjście z sytuacji — naszym zdaniem jest to wprowadzenie podatku zdrowotnego, który zwiększy czytelność systemu, bardziej sprawiedliwie rozłoży obciążenie. Takie rozwiązania funkcjonują w wielu krajach, np. Wielkiej Brytanii, Szwecji czy Danii. Kluczowe będzie ustalenie wysokości stawki podatku zdrowotnego — to byłoby 9 proc. dla osób prywatnych i do 9 proc. dochodu dla firm, z możliwością regulowania tej wysokości przez ministra finansów w zależności od potrzeb.

— Wydaliśmy na zdrowie 5,44 proc. PKB w 2023 roku. Czy są plany nowelizacji ustawy o 7 proc. PKB, żeby te nakłady szybciej rosty?

— Aktualnie nie ma takich planów. Jednak sposób liczenia wydatków zapisany w tej ustawie, czyli N-2, w perspektywie kilku lat trzeba będzie zmienić. Powinniśmy liczyć realne wydatki, co pociągnie za sobą konieczność ich podnoszenia. Nie można jednak opierać się na zwiększeniu obciążenia budżetu państwa, zwłaszcza jeśli stoimy w obliczu unijnej procedury nadmiernego deficytu. Dlatego właśnie proponujemy zasadniczą zmianę w postaci zastąpienia obecnej składki przez podatek zdrowotny, płatony również przez przedsiębiorstwa.

— Zakładając, że rząd będzie chciał te zmiany wprowadzić — o jakiej perspektywie mówimy?

— Myślę, że to może być realne od początku 2026 roku. Może gdybyśmy zaczęli prace nad tą koncepcją od razu po utworzeniu nowego rządu, byłoby to możliwe szybciej. Ale nie wiedzieliśmy wówczas, jak tragiczna jest sytuacja finansów publicznych, także w ochronie zdrowia. Stoimy teraz przed dużym wyzwaniem.

— Czy Pana zdaniem w realiach rządu koalicyjnego, kiedy nawet w kierownictwie resortu zdrowia są przedstawiciele czterech partii, jest realne osiągnięcie konsensusu co do takiej radykalnej zmiany zasad finansowania systemu?

— Sądzę, że w Sejmie będzie większość popierająca odejście od oskładkowania sprzedaży środków trwałych przez przedsiębiorców. Skoro ten manewr spowoduje uszczuplenie przychodów NFZ o 3-4 mld zł, taką kwotę fundusz będzie musiał dodatkowo otrzymać z budżetu państwa — i to zapewne nastąpi. Jestem więc przekonany, że nie wpłynę to na finansowanie ochrony zdrowia. Jeśli chodzi o rozmowę na temat wprowadzenia podatku — poważna rozmowa nad tym narzędziem dopiera nas czeka. Myślę, że coraz więcej osób rozumie, że to jest dobra koncepcja i że po raz pierwszy od wielu lat ktoś zaproponował wyjście z sytuacji, w której brakuje środków na ochronę zdrowia. Nie słychać jakiejś dużej krytyki, eksperci raczej analizują potencjalne efekty. Dla nas jest to również o tyle ważne, że obecna sytuacja jest zaprzeczeniem idei sprawiedliwości społecznej



Po raz pierwszy od wielu lat ktoś zaproponował wyjście z sytuacji, w której brakuje środków na ochronę zdrowia.



Póki co z Lewicą, czyli ugrupowaniami, które wchodzi w skład naszego klubu parlamentarnego, nikt nie konsultował szeroko zmian proponowanych w szpitalnictwie.



— składki płacą głównie osoby pracujące na etatach, a korzystają z nich wszyscy. Aby wyrównać obciążenia, zakładamy opodatkowanie umów o dzieło czy umów wynajmu nieruchomości, od których dzisiaj składek zdrowotnych się nie płaci. Podatek zdrowotny będzie bardziej sprawiedliwy.

— Ale czy koalicja rządowa dojdzie tej sprawie do porozumienia?

— Nie będziemy tej sprawy stawiać na ostrzu noża i uzależniać od niej istnienia koalicji. Natomiast uważam, że ten kierunek myślenia jest słuszny, nasza propozycja jest dobra i zamierzamy do niej przekonywać naszych partnerów. Być może nasi koalicjanci potrzebują więcej czasu, aby oswoić się z sytuacją i przyjąć nasze rozwiązanie. Trzeba jednak jasno powiedzieć, że w Polsce system składkowy się nie udał, brakuje pieniędzy na ochronę zdrowia i coś trzeba zmienić. Alternatywą może być podniesienie składki zdrowotnej o 3 punkty procentowe, ale to jedynie pogłębiliby istniejącą niesprawiedliwość, utrzymało istniejące patologie.

— Jedyna dotychczas ogłoszona przez resort zdrowia koncepcja dużej reformy systemowej dotyczy szpitalnictwa. Wydaje mi się, że polega głównie na finansowych zachętach dla szpitali i samorządów do działań, które do tej pory także były możliwe. Czy proponowane rozwiązania mogą podnieść efektywność finansowania szpitalnictwa? Wiem, że w ramach podziału kompetencji z resortu to nie jest Pana obszar, dlatego pytam Pana jako senatora, przedstawiciela partii koalicyjnej.

— Rzeczywiście, nie zajmuję się tym obszarem w Ministerstwie Zdrowia, nie uczestniczyłem w opracowywaniu tych założeń, choć wiem na czym polegają. Póki co z Lewicą, czyli ugrupowaniami, które wchodzi w skład naszego klubu parlamentarnego, nikt nie konsultował szeroko zmian proponowanych w szpitalnictwie. Nie zgodzę się jednak, że tam nie ma nic nowego — proponuje się na przykład rozwiązanie, aby organem założycielskim szpitala mogły być dwa samorzady — na przykład dwa powiaty albo powiat i marszałek województwa. Chodzi między innymi o to, aby ulżyć samorządom, których szpitale mają zobowiązania wymagalne i z tego powodu nie mogą zaciągać zobowiązań, mają złe ratingi finansowe. Programy naprawcze mają poprawić sytuację finansową przy wsparciu BGK i być prowadzone na podstawie map potrzeb zdrowotnych, przy zachowaniu pełnej dowolności — to są dobre kierunki działania. Jako Lewica będziemy zatem czekać na propozycje rozwiązań ustawowych, aby przeprowadzić dyskusję merytoryczną.

— Ministerstwo Zdrowia dużo mówi o odwróconej piramidzie świadczeń. Lewica również wskazuje na potrzebę wzmocnienia opieki ambulatoryjnej i POZ.

— Oczywiście, medycyna posuwa się do przodu. Rosnące możliwości zabiegowe, diagnostyczne, terapeutyczne sprawiają, że można skracać czas pobytu pacjenta w szpitalu. Jednocześnie nasze społeczeństwo się starzeje oraz rodzi się o jedną trzecią dzieci mniej niż niedawno — co oznacza krach tej polityki wspierania dzietności, którą prowadził PiS. Do tych zmian musimy dostosować system ochrony zdrowia.

— Gdzie tkwią największe rezerwy w efektywności wydawania pieniędzy na ochronę zdrowia?

— Nasz system nie jest dobrze ułożony pod względem tego, gdzie poszczególne zakresy świadczeń są wykonywane. Szpitale kliniczne i wysokospecjalistyczne wykonują świadczenia, które mogą i powinny być wykonywane w mniejszych placówkach, powiatowych czy miejskich. Referencyjność jest zaburzona i jej naprawa może przynieść pewne oszczędności. Efektywności można także szukać w rozwoju kadr medycznych. Nie zgadzam się ze stanowiskiem samorządu lekarskiego, że liczba lekarzy jest w Polsce wystarczająca. Tak nie jest, nadal mamy ogromne braki, o czym najlepiej wiedzą dyrektorzy szpitali, poszukujący rąk do pracy. Średnia wieku chirurga wynosi około 60 lat i ci starsi już specjaliści dyżurują po nocach, żeby wykonywać zabiegi chorych zgłaszających się na SOR. W całym województwie śląskim na rezydentury w chirurgii zgłosiło się 6 osób, a tylu nowych specjalistów potrzebuje jeden szpital, którego byłem dyrektorem. W województwie wielkopolskim nie zgłosił się nikt. Tak więc nie zgadzam się z opinią, żeby ograniczać liczbę miejsc na studiach lekarskich. Nie można też po prostu likwidować oddziałów czy szpitali, ponieważ potrzebujemy miejsca do kształcenia rezydentów.

— A poza szpitalami?

— Ambulatoryjna opieka powinna przejmować większy ciężar opieki nad pacjentami, którzy dzisiaj czasami niepotrzebnie trafiają do szpitali. Podobnie przychodnie POZ. A jednocześnie, skoro lekarz POZ przyjmuje w sezonie jesienno-wiosennym 40-50 pacjentów dziennie, to trudno od niego wymagać, żeby dodatkowo odbywał wizyty domowe i zajmował się coraz bardziej profilaktyką — a tak powinno być. Generalnie, w wielu obszarach — z przyczyn także ekonomicznych — nie inwestujemy w działania, dzięki którym spadłyby nam koszty opieki w przyszłości. W zdrowie publiczne trzeba inwestować dzisiaj, aby efekty przyszły za kilka lat.

— Większa część wydatków na zdrowie — to wynagrodzenia

— Musimy zwrócić uwagę na system wynagrodzeń, aby wysokość zarobków była uzależniona od efektywności wykonywanej pracy. Lekarze w Polsce zarabiają już naprawdę dobrze. Jeśli utrzymamy istniejący system, ich zarobki będą nadal rosły. Siłą rzeczy w takiej sytuacji u każdego może pojawić się refleksja, że skoro zarabiam bardzo dużo, to mogę mniej pracować. Moje pokolenie pracowało bardzo dużo, mieliśmy po 10-12 dyżurów miesięcznie. Dzisiaj jest większa dbałość o równowagę pomiędzy pracą i odpoczynkiem, co oczywiście popieram. Ale jednocześnie grozi nam, że stracimy równowagę pomiędzy wzrostem wynagrodzeń a efektywnością i zakresem wykonywanej pracy. Podwyższenie wynagrodzeń nie przekłada się w prosty sposób na efekt, który chcielibyśmy osiągnąć, czyli dostępność, ilość i — w pewnym sensie — jakość wykonywanych zabiegów czy konsultacji. Dochodzimy do punktu, w którym finansowanie niektórych lekarzy w niektórych placówkach, przestaje przynosić oczekiwane rezultaty. Chciałbym tego uniknąć, ponieważ system nie działa sam dla siebie, tylko dla pacjentów.

REFORMA SYSTEMU BĘDZIE DOBROWOLNA I SKONCENTROWANA

Planowana reforma szpitali będzie skoncentrowana na jakości i dopasowaniu sieci placówek do potrzeb pacjentów. Udział samorządów i ich szpitali w programie restrukturyzacji będzie dobrowolny. Budując system oparty o jakości, z myślą o potrzebach pacjentów, musimy wzmocnić także instytucje zajmujące się jakością, czyli CMJ oraz AOTMiT – mówi wiceminister zdrowia Jerzy Szafranowicz.

— Jeśli mówimy o budowaniu systemu monitorowania jakości, to jego podstawą musi być zbieranie danych. Rozporządzenie w sprawie elektronicznej dokumentacji medycznej niby obowiązuje, ale nie do końca. Czemu tak się dzieje?

— Nie mamy jeszcze w szpitalach powszechnie wprowadzonej elektronicznej dokumentacji medycznej. Takie zmiany należy wprowadzać stopniowo, ewolucyjnie, dając czas na przystosowanie się personelu medycznego. Mimo że mamy na to pieniądze, szpitale przeważnie zbudowały już odpowiednie systemy, oprogramowanie i serwerownie, jednak w wielu placówkach to się nie udaje. Z prostej przyczyny – lekarze pracują cały czas w formule papierowej, regularnie dokonując wpisów i nie zawsze dysponują czasem, aby powtórzyć wpisy w formie elektronicznej. Inną sprawą jest to, że mamy wielu lekarzy w starszym wieku, którzy preferują metody analogowe i wybierają pracę w tych placówkach, gdzie nie ma obowiązku wprowadzania danych do EDM. Z uwagi na braki kadrowe dyrektorzy szpitali często nie mają wyjścia i muszą się na to zgodzić.

— W budowaniu systemu jakości posiadamy już sporo rozwiązań, dotyczących jego poszczególnych elementów i kilka instytucji w to zaangażowanych, jak NFZ, Centrum e-Zdrowia, AOTMiT i oczywiście CMJ. Czy właśnie CMJ powinien być tą instytucją wiodącą?

— Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia to jednostka budżetowa, mająca ograniczone zasoby i niewielką liczbę zatrudnionych. Cały czas przeprowadza przeglądy akredytacyjne. Do niedawna brakowało wizyt kontrolnych, nie było wymagań w stosunku do wizytatorów. Teraz jest w lepszej sytuacji, zadania CMJ są lepiej poukładane, ale nadal wymaga ono zmian, wzmocnienia finansowego i kadrowego. Jego dzisiejszy budżet nie pozwala na przykład na zatrudnianie ekspertów klinicznych, czyli lekarzy. Większe zasoby i możliwości posiada Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji. Ale nie wskażę dzisiaj definitywnie jednej instytucji, która centralnie miałaby odpowiadać za budowanie systemu jakości. Mogę



— *Warunkiem otrzymania wsparcia finansowego będzie przygotowanie kilkuletniego planu naprawczego z udziałem samorządu, który prowadzi dany szpital.*



jedynie zapowiedzieć, że nie zamierzamy tworzyć żadnej nowej agencji. Systemem jakości będą się zajmować te, które już istnieją, a ich zadania będą rozłożone według posiadanego potencjału.

— **Równoległe z budowaniem systemu jakości, Ministerstwo Zdrowia przygotowuje zmiany w szpitalnictwie.**

— Pani minister kilka miesięcy temu powołała zespół doradców, w większości są to doświadczeni dyrektorzy szpitali powiatowych, klinicznych czy marszałkowskich. Przedstawili koncepcję zmian, których celem jest poprawa sytuacji szpitali.

— **Co jest nowego w tych propozycjach?**

— Nowością jest dobrowolność. Nie byto w historii reformowania systemu ochrony zdrowia dobrowolności. Jak powstała choćby sieć szpitali? Proponujemy dobrowolność wejścia do zmian przez szpitale, które dzisiaj można z grubsza podzielić na stabilne i niestabilne. Niestabilne placówki mają problemy finansowe, których przyczyn można wymienić wiele.

— **Nie są to przede wszystkim słabo zarządzający dyrektorzy? Pan kierując szpitalem prowadził go dobrze, miał stabilną sytuację finansową, ale niektórzy koledzy – to już niekoniecznie.**

— Unikam prostego oceniania, że ktoś jest dobrym dyrektorem, jeśli jego szpital ma zysk. Nie lubię takiej stygmatyzacji. Wyniki szpitala w dużej mierze nie zależą od umiejętności dyrektora, jego doświadczenia czy wykształcenia. Niestety nie tylko to się liczy. Bardzo dużo do powiedzenia mają interesariusze, czyli np. samorządy, będące organami założycielskimi czy związki zawodowe. Ogromne znaczenie ma infrastruktura, przede wszystkim wiek i stan techniczny budynków, w których szpitale prowadzą działalność. Podobnie wielką rolę odgrywa rozmiar placówki i tutaj mechanizm jest prosty – im większy szpital, im więcej ma oddziałów, im większy kontrakt podpisze – tym stabilniejsza jest jego sytuacja. Jeśli szpital posiada 24 oddziały, wśród nich jest jeden deficytowy, np. potożniczy, to może pokryć jego straty przychodami z innych obszarów. Jeśli posiada

pięć oddziałów, a między nimi potożniczy i chirurgię – to już nie jest łatwe. Generalnie widać zależność – im mniejsze szpitale, tym więcej problemów finansowych, tym częściej są to placówki zadłużone.

— **Generalnie można też powiedzieć, że mimo dużego wzrostu kontraktów sytuacja wielu szpitali w ostatnim czasie się pogorszyła.**

— Na to zadłużenie miała też wpływ wprowadzona dwa lata temu ustawa o podwyżkach. Nie uczestniczyłem w tworzeniu mechanizmu podziału tych środków, więc nie wiem, jaki popełniono błąd, ale ewidentnie niektórym placówkom zabrakło pieniędzy na wynagrodzenia. Szpital, którym kierowałem, otrzymał tyle dodatkowych pieniędzy, że starczyło „na styk” i nie wpadliśmy w kłopoty. Ale znam szpitale, gdzie po wprowadzeniu tych przeliczników zabrakło na przykład milion złotych na wynagrodzenia. Dla niewielkiego szpitala powiatowego milion – to bardzo duża suma. I co mają z tym wspólnego umiejętności zarządzania jego dyrektora?

— **Analizując rynek szpitali widzimy jednak, że sporo rzeczy można poprawić, jeśli chodzi o rozkład geograficzny, nakładanie się zakresów działalności, nadmiarowe łóżka.**

— Rzeczywiście na mapie Polski znajdujemy szpitale zlokalizowane jeden obok drugiego, z podobną strukturą oddziałów. Dlatego trzeba stworzyć możliwość, że dobrowolnie – jeśli samorządy się dogadają – w takiej sytuacji można będzie wprowadzać zmiany. Pamiętamy z historii, że dwukrotnie rządy – nie ma znaczenia jakie partie były wówczas u władzy – wprowadzały tak zwane „oddłużenie” szpitali i wszyscy to popierali. Ale niczego to nie zmieniło, przede wszystkim dlatego, że nie powstały plany restrukturyzacji, które miałyby na celu zlikwidowanie przyczyn słabej pozycji finansowej. A nawet jeśli plan powstawał, po otrzymaniu pieniędzy nie był realizowany i nikt tego nie monitorował.

— **Tym razem takie plany mają powstać i ktoś będzie pilnował, czy są wdrażane?**

— Warunkiem otrzymania wsparcia finansowego będzie przygotowanie kilkuletniego planu

SZPITALI NA JAKOŚCI



naprawczego z udziałem samorządu, który prowadzi dany szpital. Będzie on weryfikowany przez oddział Narodowego Funduszu Zdrowia, tak aby zapewnić pokrycie potrzeb zdrowotnych mieszkańców województwa. W weryfikacji weźmie udział również AOTMiT oraz eksperci. Po spełnieniu tych warunków szpital będzie mógł otrzymać wsparcie finansowe za pośrednictwem Banku Gospodarstwa Krajowego. Wieloletni kredyt BGK stworzy szansę ustabilizowania sytuacji finansowej, przeprowadzenia zmian, dostosowania zakresu działania do potrzeb lokalnej społeczności. Realizowanie planu restrukturyzacji będzie warunkiem anulowania kolejnych rat tego kredytu. Jeśli szpital przestanie wdrażać plan w życie, straci wsparcie finansowe.

— Czyli dobrowolność, ale w połączeniu z zachętą finansową.

— Dzięki KPO mamy szansę na naprawę duże pieniądze dla szpitali, w tym również dla tych, które będą wdrażać plany restrukturyzacji. To są chyba największe środki, które za mojej pamięci zostaną przeznaczone na restrukturyzację szpitali. Jako drugi element tej reformy we wrześniu otworzymy konkursy na tworzenie Zakładów Opiekuńczo-Leczniczych. Miejmy nadzieję, że dzięki tworzeniu ZOL-i będziemy mogli zapewnić opiekę przewlekłą tym pacjentom, którzy jej potrzebują, a dzisiaj muszą się nimi opiekować oddziały szpitalne.

— Jaki będzie harmonogram działań związanych z restrukturyzacją szpitalnictwa?

— Prowadzimy dialog ze szpitalami i samorządami, zarówno bezpośrednio, jak również rozmawiając ze związkami samorządów czy stowarzyszeniami szpitali. Na jesień planujemy intensywne działania informacyjne i otwarcie możliwości zgłaszania się szpitali — które chcą wziąć udział w tym programie — do oddziałów NFZ oraz do BGK. Jeśli okaże się, że będą konieczne zmiany ustawowe, odpowiednie projekty zostaną przygotowywane jesienią. Gonią nas terminy związane z realizacją Krajowego Planu Odbudowy. Oddziały NFZ będą miały do odegrania dużą rolę, większą niż dotychczas. Fundusz już się przygotowuje.

— Jakiego zainteresowania ze strony szpitali i samorządów Pan się spodziewa?

— Na spotkaniach, w których miałem okazję uczestniczyć, widać było duże zainteresowanie oraz duży optymizm. Spotkałem się także z głosami niektórych starostów czy prezyden-



Weryfikacja i aktualizacja wycen to zasadnicza kwestia, która ma wpływ na funkcjonowanie całego systemu.



tów miast, że nie chcą w tym brać udziału. Wszyscy jednak czekają na konkretne rozwiązania i zapisy.

— Czy ta reforma ma szansę się udać, jeśli nie zmienimy wyceny świadczeń szpitalnych, choćby w chirurgii?

— Zmiany wycen odbywają się regularnie, AOTMiT realizuje kolejne wnioski składane przez Ministerstwo czy towarzystwa naukowe. Ostatnio miałem spotkanie ze środowiskiem chirurgii barku i łokcia. Liczba wykonywanych zabiegów spada, a szpitale odchodzą od tych zabiegów z powodu niskiej wyceny. W efekcie rośnie rynek operacji komercyjnych. Zwrócimy się do agencji o analizę i retaryfikację.

— Ostatnio agencja zaproponowała nowe wyceny w chirurgii i skończyło się awanturą.

— Propozycja AOTMiT oznaczała ogromne zwiększenie wydatków na wycenione procedury, ale z kilkoma wyjątkami. I poszło o te kilka wycen. Mogę tylko powiedzieć, że w toku pracy agencja zwracała się do towarzystw

naukowych z prośbą o współpracę, o opinie, ale z jakiejś przyczyny nie było takiej woli. Towarzystwa naukowe i konsultanci powinni zareagować zanim agencja ogłosi nowe wyceny — zasygnalizować, że coś jest nie tak i że trzeba to jeszcze raz przeanalizować. Tego zabrakło w odpowiednim czasie.

— Może to się wzięło z niedoceniań roli agencji?

— Mogło tak być, a przecież AOTMiT ma do odegrania ogromną rolę. Weryfikacja i aktualizacja wycen to zasadnicza kwestia, która ma wpływ na funkcjonowanie całego systemu. Dlatego agencja wymaga wzmocnienia a jej zadania i działalność — poszerzenia. Powinna między innymi rozwijać działania edukacyjne, skierowane do placówek medycznych, lekarzy, menedżerów, pracowników urzędów wojewódzkich i samorządów. Podobnie zresztą jak Centrum Monitorowania Jakości, które również powinno odgrywać znacznie większą rolę w reformowaniu naszego systemu.

Coraz większe znaczenie terapii celowanych

Znakomitą większość hospitalizacji na oddziałach czy w klinikach hematologii stanowią pacjenci z ostrymi białaczkami szpikowymi (AML), które są stanem zagrożenia życia. Obecna wiedza na temat patogenezы choroby pozwala na stratyfikację terapeutyczną, czyli wybranie sposobu postępowania najlepszego dla konkretnego chorego.

„Przez lata byliśmy bezradni wobec pacjentów w podeszłym wieku. Teraz skuteczne leczenie jest możliwe niezależnie od wieku, chorób współistniejących oraz charakterystyki białaczki. Jednak ciągle nie radzimy sobie z tą chorobą wystarczająco dobrze, dlatego wznowa, która występuje u znacznego odsetka chorych, pozostaje główną przyczyną niepowodzenia leczenia” — mówi prof. Lidia Gil, kierownik Kliniki Hematologii i Transplantacji Szpiku Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu.



Lidia Gil

Ostra białaczka szpikowa — to dynamiczny nowotwór o bardzo dużej tendencji do progresji i rozwoju w krótkim czasie. Jest chorobą bardzo heterogenną i do końca nie wiadomo, dlaczego się rozwija. Obraz kliniczny choroby jest mało charakterystyczny. Objawy, z jakimi zgłaszają się chorzy, to narastające osłabienie, zła tolerancja wysiłku, objawy skazy krwotocznej, częste zakażenia, najczęściej górnych i dolnych dróg oddechowych, zwykle bakteryjne lub grzybicze.

Diagnostyka jest bardzo rozbudowana, a badania muszą być wykonane w bardzo krótkim czasie — w ciągu jednego-dwóch dni. „Niezwyczajnie istotne są badania genetyczne i molekularne. Umożliwiają klasyfikację pacjentów pod względem rokowniczym. Dzięki nim możemy podzielić chorych na tych, którzy rokują nieco lepiej, oraz tych, którzy rokują gorzej, i pod tym kątem wybrać sposób leczenia mniej lub bardziej agresywny. Poza tym mamy do dyspozycji terapie celowane, które pasują jak klucz do zamka do poszczególnych podtypów genetycznych ostrej białaczki szpikowej” wyjaśnia prof. Gil.

„Jeszcze w latach 70. ubiegłego wieku byliśmy zadowoleni, jeżeli udało się uzyskać przeżycie odległe na poziomie 6-7 proc. Dziś jest to już 33 proc., choć z mojego lekarskiego punktu widzenia to jest ciągle za mało. Ale postęp ciągle się dokonuje, a widać to szczególnie w ostatnich latach właśnie dzięki lekom celowanym” — dodaje prof. Gil.

Leczenie intensywne najskuteczniejsze z lekami celowanymi

W wyborze leczenia ważny jest nie tylko podtyp białaczki. Inne czynniki, które mają wpływ na rodzaj terapii to wiek chorego, jego stan ogólny, współchorobowość. „Osoby w wieku 60-70 lat są przeważnie leczone intensywnie. Starszy wiek i schorzenia współistniejące często uniemożliwiają zastosowanie intensywnego leczenia ze względu na ryzyko powikłań.

Leczenie, niezależnie od tego, w jaki sposób jest prowadzone, musi doprowadzić do remisji polegającej na wyeliminowaniu choroby hematologicznie. Dążymy również do tzw. remisji MRD-ujemnej, czyli wyeliminowania choroby resztkowej, co jest największym gwarantem, że nie dojdzie do wznowy” — tłumaczy prof. Gil.

Leczenie intensywnie jest od lat oparte na standardowej chemioterapii. Do niej obecnie dodawane są terapie celowane, które poprawiają wyniki — „Intensywne leczenie umożliwia uzyskanie remisji w aż 80 proc. Jest też bazą do tego, żeby u chorych poniżej 60. r.ż. osiągnąć wyleczenie, co udaje się w mniej więcej 60 proc. przypadków. Istota rzeczy polega na tym, że leczenie intensywne — czy to z terapią celowaną, czy bez niej — generalnie prowadzi u większości chorych do allotransplantacji komórek krwiotwórczych”.

W Polsce terapię celowaną wykorzystywaną najczęściej w AML jest midostauryna, stosowana w programie lekowym. Ten doustny lek dodawany jest do chemioterapii, jeśli u chorego wykryto mutację FLT3. Takie leczenie wydłuża przeżycie całkowite i jego medianę, poprawia odpowiedź na leczenie. Jest zarejestrowany w Europie podobny lek, na razie nier refundowany w Polsce, o nazwie quizartinib. Zapewnia on odsetek remisji całkowitych większy niż midostauryna. „Ze względu na to, że jest to leczenie dość silne, wydaje się, że nie jest to opcja dobra dla pacjentów nieco starszych, ze względu na ryzyko powikłań kardiologicznych i infekcyjnych” — przestrzega prof. Gil.

Gemtuzumab ozogamycin jest leczeniem opartym na immunoterapii, w którym wykorzystano przeciwciało przeciwko antygenowi CD33, bardzo często spotykanemu na powierzchni komórek białaczkowych. Przeciwciało zostało połączone z toksyną — kalicheamycyną. Jest to leczenie korzystne u chorych o lepszym rokowaniu, u których być może przeszczep nie będzie konieczny. Po dodaniu gemtuzumabu do chemioterapii wyleczenie uzyskuje się u prawie 80 proc. chorych i to bez przeszczepu. CPX-351 — jak mówi prof. Gil — trudno nazwać leczeniem celowanym, bo jest to standardowa chemioterapia z tym, że zamknięta w liposomie (substancje czynne daunorubicyna i cytarabina) — „Dzięki zmianie technologii lek być może działa lepiej na poziomie szpiku, czyli tam, gdzie komórek białaczkowych jest najwięcej”. Zastosowanie CPC-351 poprawia odpo-

wiedź na leczenie oraz przeżycie pacjentów wysokiego ryzyka z białaczką wywodzącą się z nowotworów mielodysplastycznych i wtórną do wcześniejszego leczenia przeciwnowotworowego. „To jest bardzo trudna grupa pacjentów i rzeczywiście u nich zastosowanie tej zmodyfikowanej formy podania chemioterapii poprawia przeżycie. Co więcej, jeżeli chcemy ich poddać przeszczepowi, to wyniki transplantacji są lepsze”.

Chorzy z pośrednim lub wysokim ryzykiem leczenia intensywnie, powinni być kwalifikowani do alloprzeszczepienia. „Liczba przeszczepień w tym wskazaniu cały czas rośnie, coraz więcej chorych w podeszłym wieku jesteśmy w stanie zakwalifikować i bezpiecznie przez to leczenie przeprowadzić” — mówi prof. Gil. Transplantacja allogenicznych komórek krwiotwórczych (alloHCT) pozwala na wyleczenie ok. 60 proc. chorych. Ostra białaczka szpikowa jest głównym wskazaniem do allotransplantacji spośród wszystkich wskazań do przeszczepienia w Europie i stanowi 39 proc. W Polsce jest podobnie — na ok. 2 tys. transplantacji wykonywanych rocznie, prawie 350-400 dotyczy ostrej białaczki szpikowej.

Jeśli chory nie kwalifikuje się do intensywnego leczenia

Od kilku lat stosowane jest refundowane leczenie oparte na doustnym wenetoklaksie i podskórnej azacytydynie, które daje bardzo dobrą odpowiedź, bo ponad 66 proc. pacjentów osiąga remisję choroby. „Dłuższa obserwacja potwierdza, że wydłużenie przeżycia w grupie pacjentów tak leczonych jest obserwowane, ale wyniki nie są satysfakcjonujące. Dlatego oczekujemy refundacji doustnego ivosidenibu, który byłby stosowany w połączeniu z azacytydyną (chemioterapia). Takie leczenie zostało zarejestrowane na podstawie badania AGILE dla chorych z mutacji IDH1. Jest niezmiernie skuteczne, ponieważ poprawia przeżycie wolne od zdarzeń w porównaniu z leczeniem za pomocą samej azacytydyny i placebo aż dwukrotnie. Odsetki pozytywnych odpowiedzi są imponujące — ponad 60 proc. i ponad 50 proc. remisji całkowitych. Co najważniejsze, wydłużenie przeżycia obserwowane jest w skali długofalowej, wydłużenie mediany całkowitego przeżycia jest praktycznie więcej niż trzykrotne. Jest to też terapia, w której poprawiają się nie tylko wyniki, ale również w sposób znaczący jakość życia chorych” — ocenia prof. Gil.

Leczenie domowe ma przyszłość



Maciej Kupczyk

prof. Maciej Kupczyk z Kliniki Chorób Wewnętrznych, Astmy i Alergii Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, prezydent Polskiego Towarzystwa Alergologicznego:

„Mamy dwie możliwości zmiany schematu opieki nad pacjentami uczestniczącymi w programie B.44. Po pierwsze – wizyty w AOS, a nie hospitalizacje, po drugie – wydanie domowe. Trudno mi powiedzieć, ilu pacjentów korzysta z wydania domowego, bo to jest różnie, w różnych ośrodkach. W naszym staramy się, żeby to było zawsze, kiedy jest to możliwe. Przed takim wydaniem w grę wchodzi oczywiście aspekty organizacyjne, edukacja pacjenta, jego zgoda na samopodanie – leki nie są w postaci tabletek tylko iniekcji, choć jest ona prosta, bo praktycznie wszystkie leki pakowane są w postaci autostrzykawek czy autowstrzykiwaczy. Decydująca jest opinia lekarza prowadzącego. Przed decyzją o wydaniu leku musimy mieć pewność, że osiągnęliśmy dobrą kontrolę choroby, więc zazwyczaj przez pierwsze kilka, a nawet kilkanaście miesięcy opieki w programie chory powinien być pod częstszą kontrolą. Trzeba zweryfikować bezpieczeństwo i skuteczność terapii i dopiero później, kiedy to możliwe, może nastąpić wydanie domowe. W 2022 r. w większości ośrodków pacjenci byli le-

czeni w ramach hospitalizacji, wydań domowych było stosunkowo mało.

We wszystkich zaleceniach międzynarodowych jest jasno zapisane, że możliwość opieki nad pacjentem zależy w dużej mierze od lokalnego regulatora, czyli od płatnika i sposobu organizacji ochrony zdrowia w danym kraju. Te istotnie różnią się między sobą pod tym względem. W niektórych krajach leki biologiczne są przepisywane na receptę, w niektórych tylko przez specjalistę, w niektórych są ośrodki, które je wydają, więc trudno to porównać. My jesteśmy pewnego rodzaju ewenementem, bo tylko u nas jest taki twór jak program lekowy. Staramy się te programy unowocześniać. Udaje się stopniowo zmieniać zapisy programu, rozszerzać dostępność do leczenia. Wszystkie te zmiany muszą być dostosowane do naszej rzeczywistości, bo funkcjonujemy w naszym systemie opieki zdrowotnej.

Nie ma oczywistych rozwiązań, bo każdy kraj wypracował swoją ścieżkę dostępu do tego rodzaju leczenia. Jedno jest pewne – wszyscy, również i my, dążymy do optymalizacji opieki. Wydaje mi się, że przyszłością jest leczenie chorych na astmę ciężką w placówkach AOS, krótkie hospitalizacje jednodniowe w ośrodkach referencyjnych celem pogłębienia diagnostyki różnicowej, opieka w ośrodkach specjalistycznych AOS i wydanie domowe, jeśli to jest możliwe. Warunkiem tego jest takie finansowanie programów lekowych, żeby się bilansowały dla ośrodków, które je prowadzą.”

Znowu tracimy dystans



Joanna Frątczak-Kazana

Od początku 2024 roku obserwujemy wyraźne zahamowanie trendu wzrostowego wskaźnika Alivia Oncoindex. Decyzje refundacyjne w Polsce przebiegają wolniej niż zmiany w europejskich wytycznych leczenia nowotworów. Krótko mówiąc, Europa znowu zaczyna nam uciekać.

Jak podaje Alivia, wartość wskaźnika Oncoindex od stycznia 2024 roku utrzymuje się na niezmiennym poziomie 48 na 100 możliwych punktów. W chili obecnej 42 terapie zarejestrowane w Europie w ciągu ostatnich 15 lat i rekomendowane przez Europejskie Towarzystwo Onkologii Klinicznej są w Polsce refundowane w zgodzie z rekomendacjami ESMO. Kolejne 52 substancje refundujemy, ale z ograniczeniami niemającymi podstaw w wiedzy medycznej, a 45 niestety wciąż pozostaje bez refundacji. Tymczasem w roku 2023 wskaźnik ten wzrósł o 13 punktów (z 35 do 48), a licząc od marca 2017 roku, czyli od czasu pierwszego pomiaru, o 21 punktów (z 27 do 48).



Krzysztof Giannopoulos

Prof. Krzysztof Giannopoulos z Zakładu Hematoonkologii Doświadczalnej Uniwersytetu Medycznego w Lublinie zwraca uwagę na ważny wątek związany z dostępnością leczenia dla pacjen-

tów – „Kolejne terapie hematologiczne zostają objęte refundacją, w tym pierwsze przeciwciało dwuswoiste w terapii chorych na chłoniaka grudekowego. W obszarze hematoonkologii nowoczesne leczenie przechodzi z finansowania w ramach katalogu chemioterapii do programów lekowych. Możliwe jest też coraz częstsze wykorzystanie trybu ambulatoryjnego do kompleksowej opieki nad pacjentem. I tutaj ważne jest rzetelne wycenienie wszystkich ryczałtów diagnostycznych, ryczałtów na monitorowanie leczenia tak, by ośrodki mogły funkcjonować w tym zmieniającym się krajobrazie refundacyjnym.”

Brakuje informacji o skierowaniu do NFZ dodatkowych środków na wzrost dostępności do świadczeń oraz nowych technologii. Brak odpowiedniej ilości środków można dostrzec w bieżącej działalności Funduszu – wskazuje Fundacja Alivia. Pojawily się informacje o braku włączania pacjentek do programu lekowego leczenia raka endometrium. Chociaż teoretycznie wprowadzono do refundacji immunoterapię dla pacjentek z rakiem szyjki macicy, do dzisiaj w trzech oddziałach wojewódzkich nie zakontraktowano nowych świadczeń. „Tak niepokojące dane stawiają dalsze losy refundacji terapii lekowych pod znakiem zapytania. Jeśli NFZ nie zaata dziury w budżecie, za wszystko zapłacą pacjenci. Swoim zdrowiem. Parafrazując Hymn do miłości: Pacjent cierpliwy jest. Wszystko znosi, wszystkiemu wierzy, we wszystkim pokłada nadzieję. Jednak nie wszystko przetrzyma” – mówi Joanna Frątczak-Kazana, wicedyrektorka Onkofundacji Alivia.

Leki biologiczne pomagają



Magdalena Arcimowicz

dr Magdalena Arcimowicz z Katedry i Kliniki Otorinolaryngologii, Chirurgii Głowy i Szyi Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego -

„Trzy leki biologiczne są zarejestrowane do leczenia polipów nosa, z tym że na razie w programie lekowym B.156 jest tylko jeden. Są to leki działające na zapalenie T2, które leży u podstaw takich chorób jak właśnie polipy nosa, a także astma oskrzelowa, atopowe zapalenie skóry, alergiczny nieżyt nosa. Idea leczenia polipów nosa za pomocą leków biologicznych wyrosła z leczenia astmy oskrzelowej, bo ona często towarzyszy polipom. Pacjenci, którzy mieli obie choroby, otrzymywali terapię biologiczną z powodu astmy ciężkiej. Okazało się, że poprawa następowała u nich również w górnych drogach oddechowych. Mamy liczne badania,

które udowodniły skuteczność leczenia biologicznego skierowanego w zapalenie T2. Dotyczy to w szczególności leków interferujących w szlak przemian interleukiny 4, 13 i 5. Lekiem skierowanym na te dwie pierwsze interleukiny jest dupilumab. Program lekowy B.156 z dupilumabem został uruchomiony wiosną tego roku.

Został zarejestrowany kolejny lek biologiczny z tzw. leków antyeozynofilowych, czyli bezpośrednio blokujących zapalenie poprzez działanie na szlak interleukiny 5, z którymi wiążemy duże nadzieje w przypadku polipów nosa. Jest to mepolizumab. Niestety, nie ma on jeszcze refundacji, nie wszedł do programu B.156, co nas dziwi, bo wiemy, że w badaniach klinicznych już dawno wykazano jego skuteczność i na pewno będzie to przetomowy lek dla niektórych chorych. Niestety, na razie pozostaje nam RDTL (ratunkowy dostęp do technologii lekowych), z którego korzystamy z reguły w przypadku pacjentów ze współchorobowością.”

Bezpieczna gospodarka lekiem

Grupa Robocza Ekspertów Koalicji na rzecz Bezpieczeństwa Szpitali opracowała dokument „White Paper”, który zawiera zalecenia dotyczące stosowania rekomendacji Rady ds. Interoperacyjności. Celem opracowania jest skuteczne zarządzanie przepływem produktów medycznych w szpitalach. Zalecenia, opracowane przez ekspertów z różnych dziedzin medycyny, mają na celu ograniczenie błędów popełnianych w stosowaniu leków w szpitalach. Niebezpieczne praktyki i szkody związane z lekami stanowią 50 proc. wszystkich możliwych do uniknięcia szkód w opiece medycznej.

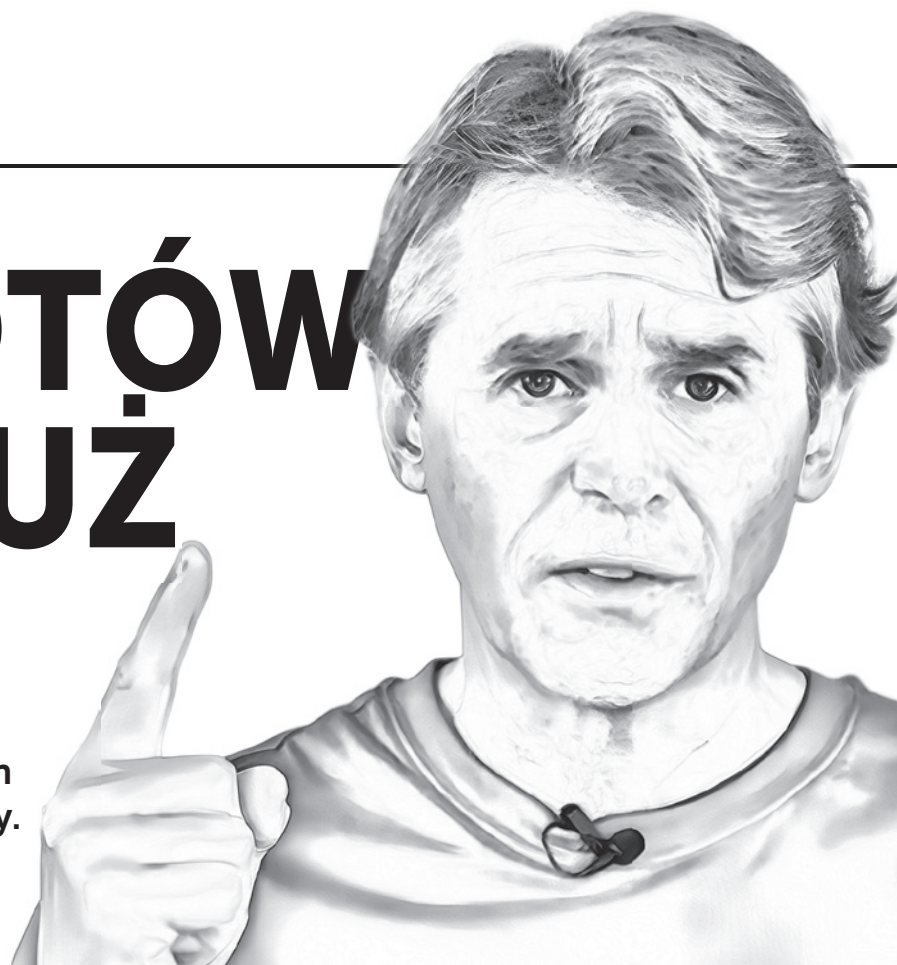
Zalecenia powstały w ramach prac Grupy Roboczej ds. Zarządzania przepływem produktów medycznych w szpitalach, działającej w ramach Koalicji na rzecz Bezpieczeństwa Szpitali. Rekomendacje są odpowie-

dział na problemy szpitali związane z dużą liczbą czynności dublujących się, błędami wynikającymi z ręcznego wprowadzania danych do systemu komputerowego, jak również wydłużonym czasem reakcji na potrzeby pacjenta, koniecznością obsługi dużej liczby dokumentów papierowych i brakiem automatyzacji wybranych czynności. Rekomendacje pomogą szpitalom w skutecznym wdrażaniu przepisów, np. „dyrektywy fałszywkowej”.

Światowa Organizacja Zdrowia oszacowała koszty związane z błędami w stosowaniu leków na świecie na 41,4 mld euro rocznie, nie licząc utraconych zarobków i produktywności personelu medycznego. W Unii Europejskiej, która liczy 447 milionów mieszkańców, błędy w stosowaniu leków odpowiadają za 163 tys. zgón rocznie.

KOSZT ROBOTÓW NIE BĘDZIE JUŻ BARIERĄ

Obecnie działa prawie 10 tysięcy robotów chirurgicznych na całym świecie. Za 10 lat ta liczba wzrośnie do 30 tysięcy. Kapitał inwestycyjny związany z kupnem nowego robota nie będzie już stanowił bariery dla szpitali — mówi Steve Bell, były szef CMR Surgical Ltd.



Jaki przewidujesz kierunek rozwoju rynku robotów chirurgicznych?

Firma Intuitive wyprodukowała prawie 10 tys. operujących robotów, a druga co do wielkości firma CMR Surgical — 160. W USA rynek robotów jest w znacznym stopniu nasycony. Szpitale dokonują zakupu jedynie w sytuacji nowego zapotrzebowania na sprzęt lub wymiany starego. Większość amerykańskich szpitali jest zaopatrzona w roboty Intuitive, co oznacza że ich kolejne zamówienie będzie złożone także w Intuitive. Zamówienie nowego robota u konkurencji wymagałoby zaadaptowania przez szpital nowych systemów, zamiany procesów sterylizacji oraz zbudowania nowej infrastruktury.

Z uwagi na ograniczenia rynku oraz fizyczne ograniczenia biznesu, za 10 lat to Intuitive będzie nadal liderem. Robiłem pewne kalkulacje i uważam, że Johnson&Johnson oraz Medtronic mają najlepsze zaplecze do podjęcia walki o rynek. Moim zdaniem Medtronic może osiągnąć nawet 15 proc. udziałów w rynku światowym, Johnson&Johnson — 10 proc. Intuitive będzie nadal liderem, z udziałami 60 proc., a pozostałe 15 proc. podzielą między siebie mniejsi gracze. 15 procent rynku oznacza około 4 tys. operujących robotów — to bardzo dużo! Uważam, że za 10 lat liczba produkowanych robotów przez Medtronic będzie odpowiadała wielkością jej obecnej produkcji mechanicznej. Będzie ją można porównać do obecnego poziomu Intuitive.

Masz na myśli, że udziały na rynku zdobędą firmy z dużym kapitałem?

Mam na myśli podstawowe możliwości, infrastrukturę i finanse. Stworzenie organizacji, która sprzedaje, obsługuje i wdraża klinicznie systemy robotowe zajmie co najmniej pięć lat. Te firmy mają kapitał, ale wprowadzenie produktu na rynek jest dla nich wyzwaniem. Do tego niezbędna będzie poprawa infrastruktury, zebranie zespołów specjalistów i rozpoczęcie sprzedaży zanim kapitał inwestycyjny się skończy.

Aby osiągnąć 10 proc. rynku trzeba sprzedać około 3 tys. robotów. Koszt produkcji tylu sztuk — to około 1,5 mld dolarów. Taki kapitał musi zebrać firma zanim zobaczy jakiegokolwiek przychody. Ten biznes jest kapitałochłonny. Może pograżyć niektóre mniejsze firmy. Nawet Johnson&Johnson i Medtronic mogą chcieć zredukować straty w perspektywie czasu. Udział w rynku będzie za-



Za 10 lat koszt kapitału nie będzie istotny. Znaczenie będzie miało jedynie koszt wyleczenia pacjenta.



leżał od zdolności finansowych — jak szybko i jak wysoki kapitał będą mogli zaangażować.

Czy Chiny lub Japonia są potencjalnym źródłem konkurencji dla Intuitive?

Na każdego sprzedanego chińskiego robota przypada 10 sprzedanych przez Intuitive. Do tej pory Intuitive akceptowała jedynie transakcje z przedpłatą co stanowiło sporą barierę dla chińskich szpitali. Wszystko zmieniło się po wprowadzeniu umów leasingowych. Szpitale, których nie było stać na zakup robota, zamawiały nawet po 15 sztuk na raz.

W Japonii ich rodzimy system Hinotori, firmy Medcaroid, sprzedał się dotychczas może w kilkuset egzemplarzach. Hinotori na pewno odniesie sukces w Japonii jak i w całej południowo wschodniej Azji. Jest finansowany i wspierany przez Kawasaki — lidera w branży robotycznej. Problem tkwi w tym, że Medcaroid jest firmą niezależną i ostatecznie może jej zabraknąć pieniędzy. Brak zysków może zniechęcić firmę macierzystą, która zacznie kwestionować racjonalność dalszego finansowania.

Przewiduję zatem, że za 10 lat Intuitive będzie realizował większość sprzedaży na rynku w towarzystwie 5 producentów, spośród 34 małych firm obecnie działających. Kluczem do przetrwania tych samodzielnych podmiotów jest konsolidacja z większymi firmami.

Czy cena robotów Intuitive jest zbyt wygórowana, przy kosztach produkcji na poziomie 300-500 tys. dolarów?

300 tys. dolarów — to koszt jedynie materiałów. Całkowity koszt robota zawiera również wydatki na szkolenia, edukację i wykwalifikowany personel medyczny. Cena musi być wyższa, aby pokryć wszystkie koszty. Nie ma tanich robotów, koszt produkcji jednego — to około pół miliona dolarów.

Oczywiście, firma Intuitive miała monopol na rynku od 24 lat i na pewno chce wycisnąć z rynku co tylko się da.

Prócz kosztu, dla szpitala robot jest również sporą wartością dodaną. Przede wszystkim obniża koszt wyleczenia każdego pacjenta. Administracja szpitala będzie narzekać na wysokość inwestycji, natomiast płatnik publiczny, system opieki socjalnej, obsługa szpitala i ubezpieczyciele wiele zyskają. To też trzeba brać pod uwagę mówiąc o cenach.

Czy cena robota na poziomie 2 milionów dolarów jest rozsądna?

Ostatnie kontrakty sprzedaży opiewały na 600-700 tys. dolarów. W Polsce cena robota jest na pewno nadmuchana przez dystrybutora — jako jedyny na rynku może windować ceny. Niemniej, ta sytuacja się niebawem zmieni, ponieważ Intuitive wprowadza opcje leasingowe. W pierwszym kwartale 2024 roku aż 83 proc. światowej sprzedaży nowego modelu da Vinci było zrealizowane właśnie w leasingu. Na koniec roku spodziewam się 100 proc.

Obecnie Intuitive produkuje najtaniej — Kawasaki ma potencjał, ale Intuitive ma korzyści skali. Do tej pory Hinotori zrealizował 3 tys. procedur, natomiast w tym samym czasie roboty Intuitive — 4 miliony. Kiedy na globalny rynek wejdzie chiński robot Toumai, ceny się dostosują, mimo to uważam, że da Vinci Xi będzie najczęściej kupowanym robotem. Chirurgzy wybiorą dobrze już im znane rozwiązanie, ze sprawdzonym serwisem i wsparciem.

Za 10 lat koszt kapitału nie będzie istotny. Znaczenie będzie miało jedynie koszt wyleczenia pacjenta. Ile kosztuje operacja robotyczna, na przykład przepukliny, a ile laparoskopowa? Kiedy operuję laparoskopowo, używam siatkę za 500 dolarów i zszywacze za 600. Kiedy operuję robotem, używam jedynie szwu za 800 dolarów. Tak więc demontuję mit o drogich zabiegach robotycznych. Jeżeli w Polsce 46 szpitali kupiło Intuitive a tylko 13 używa Versiusa, jest to dowód na to, że cena nie stanowi bariery. Jeżeli oba te systemy pracują jednakowo i mają jednakowe wyniki kliniczne, to dlaczego rząd polski i ubezpieczyciel godzą się na zakup Intuitive — robota droższego o 20 proc.?

Ponieważ lekarze chcą pracować na robotach Intuitive.

W Brazylii Versius też był bardziej ekonomicznym wyborem, ale szpitale nadal zamawiały u Intuitive. Tam chirurdzy często zmieniają szpitale i zabierają ze sobą biznes prywatny. Posiadanie sprzętu, który chirurg zna, eliminuje koszty zmiany systemu. Chciałbym widzieć konkurencję na tym rynku bardziej niż ktokolwiek. Robię wytyki firmom, jak Medtronic czy Johnson&Johnson tylko po to, aby zrezygnowały z arogancji która może niebawem doprowadzić ich na dno. Tracą czas, wkrótce będzie już za późno. Staram się je zmobilizować do prężnego działania.

FLEXCARE, CZYLI ELASTYCZNIE

Model Flexcare wpisuje się w zaproponowany przez resort zdrowia projekt odwrócenia piramidy świadczeń. Jakie korzyści odniełoby pacjenci, a jakie system – wyjaśnia dr hab. Monika Raulinajtys-Grzybek, prof. SGH.

Na czym polega Flexcare w opiece medycznej?

Flexcare jest autorskim pomysłem zaproponowanym przez Koalicję na Rzecz Opieki Pozaszpitalnej. To po prostu opieka elastyczna, dopasowana do potrzeb pacjenta. Wyglądałaby ona tak, że wtedy, kiedy stan pacjenta by na to pozwalał, świadczenia udzielane byłyby jak najbliżej jego miejsca zamieszkania, czy wręcz w domu. W sytuacji, gdy potrzeby chorego są większe ze względu na gorszy stan jego zdrowia, opieka byłaby świadczona w pobliskim szpitalu czy placówce specjalistycznej. A więc Flexcare nie jest zawężeniem miejsca opieki, tylko stworzeniem wachlarza możliwości z sugestią, że świadczenie powinno być realizowane w miejscu najbliższym pacjentowi i w sposób najprostsz systemowo, ale z zachowaniem najwyższej jakości i bezpieczeństwa.

W jakim obszarze opieki zdrowotnej można by najszybciej i najprościej wprowadzić model Flexcare?

Szukając rozwiązań, które wpisywałyby się w reformę Ministerstwa Zdrowia określaną jako odwrócenie piramidy świadczeń, zidentyfikowaliśmy obszar, w którym taką opiekę można by w łatwy sposób zorganizować. Tym obszarem wskazanym przez klinicystów są m.in. programy lekowe. Ze względu na formułę programy lekowe są kontraktowane głównie w szpitalach specjalistycznych, dlatego ich dostępność jest najczęściej mocno uwarunkowana geograficznie.

Leki stosowane w programach lekowych mają różne formy podania. Postacie doustne, podskórne, a nawet niektóre dożylnie podawane za pośrednictwem infuzorów odpowiednio przeszkolony pacjent jest w stanie zaaplikować sobie sam, ewentualnie z pomocą członka rodziny. Oczywiście pozostałaby w kontakcie z klinicystą, który co pewien czas weryfikowałby jego stan zdrowia. Dzisiaj częściowo już to działa, leki są wydawane chorym do domu, ale w zbyt małym zakresie (głównie doustne). Poza tym co kilka miesięcy pacjent musi pojechać do ośrodka, który realizuje program, żeby je odebrać. A można to uprościć organizując wysyłkę leku do chorego.

Jak wspominałam, w większości przypadków pacjenci mogą sobie sami zaaplikować lek w domu. Nawet jeśli będą potrzebowali pomocy, udzieli jej pielęgniarka w placówce POZ czy w opiece długoterminowej albo nawet farmaceuta w aptece, który od jakiegoś czasu



Część pacjentów w programach lekowych to chorzy leczeni długo, nawet kilka lat, dobrze znani lekarzowi.



ma już przecież kompetencje do wykonywania szczepień. W ujęciu systemowym wydają się to być bardziej odpowiednie miejsce do zapewnienia wsparcia stabilnym pacjentom aniżeli szpital specjalistyczny, kliniczny, czyli placówki przeznaczone do realizowania bardziej zaawansowanych procedur. Ich zasoby można wykorzystać do innego celu, spożytkować z większą wartością dla chorych. Stąd pomysł, żeby przesuwać podania leków w programach lekowych, kiedy tylko jest to możliwe, bliżej domu chorego.

Tak więc na razie skupiamy się na podaniu leków poza szpitalem, oczywiście tylko wtedy, gdy jest to bezpieczne dla chorego. Chodzi o to, żeby wizyta pacjenta w ośrodku specjalistycznym nie była tylko w celu odebrania leków, lecz by miała miejsce wtedy, kiedy wymaga tego jego stan lub zachodzi potrzeba wykonania specjalistycznych badań kontrolnych. Chcemy też powrotu teleporad w większym zakresie. Część pacjentów w programach lekowych to chorzy leczeni długo, nawet kilka lat, dobrze znani lekarzowi. Są wyedukowani na temat swojej choroby i zaangażowani w proces terapeutyczny. W ich przypadku nie ma ryzyka związanego z teleporadą pierwszorazową. Wydaje się, że to dobrodziejstwo technologii, jakim jest teleporada, można i trzeba wykorzystać.

Jakie korzyści odniełoby chorzy, a jakie system opieki zdrowotnej?

Dla chorego główna korzyść jest taka, że ma możliwość uzyskania świadczenia w warunkach domowych. Słowo „możliwość” jest tutaj kluczowe. Nie będzie tak, że wszyscy chorzy objęci programami lekowymi przyjmowałoby leki w domu. Decyzja o miejscu podania musi być wspólna – lekarza i pacjenta. Będą na pewno osoby, które wybiorą starą ścieżkę, bo z różnych względów nie będą się czuły bezpiecznie przyjmując leki w domu.

Chorzy aktywni zawodowo nie będą musieli brać wolego dnia,

żeby pojechać do szpitala po leki, nie będą musieli reorganizować swojego życia, nie będą ponosić kosztów podróży, a czasem i noclegu. Z drugiej strony nie tracą kontaktu ze szpitalem specjalistycznym, bo cały czas będą objęci opieką poprzez regularne, choć rzadsze wizyty kontrolne i telekonsultacje. Szpital specjalistyczny nie straci kontroli nad chorym, ale odzyska zasoby, które może skierować na opiekę nad kolejnymi ciężko chorymi, którzy aktualnie oczekują w kolejce na leczenie.

Po wstępnych kalkulacjach wydaje nam się, że możliwe jest ustawienie systemu w taki sposób, żeby ta zmiana była neutralna dla płatnika. Czyli z jednej strony żeby szpitale miały poczucie, że wycena odpowiada ich zaangażowaniu, a z drugiej strony, żeby była możliwość wygoszpodarowania środków finansowych na wysyłkę leków, ewentualne podania ich przez personel spoza szpitala specjalistycznego. Dla systemu na pewno będzie to też oszczędność kadry, pozwalająca na wykorzystanie jej tam, gdzie jest potrzebna najbardziej. Jeżeli chodzi o korzyści dla ośrodków, to wszystko zależy od finansowania. Wiemy, że zaczęły się prace nad ponowną wyceną świadczeń w programach lekowych, które dawno nie były walooryzowane. Są podnoszone głosy, że świadczenia w programach lekowych są wycenione zbyt nisko. Mamy przy tym świadomość, że nasza propozycja nie może być obciążająca dla systemu, bo jest przeprowadzanych wiele reform i one wymagają środków finansowych, więc na każdą złotówkę patrzymy. Wydaje nam się, że można korzystnie zaprojektować tę reformę.

Czy w Polsce jest już przygotowany grunt pod takie przemodelowanie piramidy świadczeń?

Myślę, że pandemia nas trochę do tego przygotowała, bo wtedy leki stosowane w programach lekowych były wydawane do domu. Czyli to nie jest rozwiązanie, które wymyślamy od zera. Co więcej, mamy dużo zagranicznych przykładów, że to funkcjonuje. Podstawowe usługi są świadczone w najbliższych przychodniach albo w warunkach domowych. Wpisuje się to we właściwie ułożoną piramidę świadczeń.



Dr hab. Monika Raulinajtys-Grzybek, prof. Szkoły Głównej Handlowej, kierowniczką Katedry Rachunkowości Menedżerskiej SGH i Think Tanku #SGH dla ochrony zdrowia.

Kieruje studiami Executive SGH-WUM MBA w ochronie zdrowia. Ekspertka w zakresie finansów i zarządzania w ochronie zdrowia oraz polityki zdrowotnej. Członkini Rady Taryfikacji I kadencji przy Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji.

SZPITALA POTRZEBUJĄ WARTOŚCI, NIE PIENIĘDZY

Zanim zaczniemy wprowadzać kolejne zmiany i wydawać ogromne sumy na dofinansowanie szpitali, warto zadać pytanie, jakiego modelu opieki potrzebujemy, w jakim zakresie, jakiej wielkości? W placówkach bonifratrów opieka medyczna jest oparta o cztery kluczowe wartości, tak ważne z punktu widzenia pacjenta — jakość, odpowiedzialność, szacunek i duchowość. W praktyce oznacza to, że wprowadzając nową technologię czy procedurę, powinniśmy zadać sobie główne pytanie, w jaki sposób poprawi ona opiekę nad pacjentem i jego bliskimi? To jest często wyznacznikiem decyzji, które podejmujemy — mówi Jacek Graliński, od 10 miesięcy prezes Bonifraterskiego Centrum Medycznego.

— **Bonifraterskie Centrum Medyczne to jeden z największych prywatnych świadczeniodawców w polskim systemie.**

Jacek Graliński — Nie uczestniczymy w konkursie na to, kto jest większy. Dla nas najistotniejsza jest odpowiedź, jakie korzyści nasze działanie przynosi pacjentom, co dobrego dla nich robimy. Prowadzimy naszą działalność w siedmiu ośrodkach w Polsce. Prowadzimy 3 duże szpitale (Kraków, Katowice, Łódź), dwa szpitale rehabilitacyjne (Wrocław oraz Piaski w Wielkopolsce), ośrodek całodobowej opieki hospicyjnej we Wrocławiu. Prowadzimy przychodnie specjalistyczne oraz POZ. Mamy bardzo mocne ośrodki rehabilitacji funkcjonujące w trybie ambulatoryjnym i domowym, hospicjum domowe, a także rehabilitacyjny dom geriatryczny finansowany z funduszy niepublicznych.

— **Dodatnie wyniki finansowe, inwestycje w rozwój, innowacje, rozbudowę infrastruktury. Jak to się robi?**

— Nie czuję się kompetentny, aby komukolwiek doradzać. Ale jeśli strategia rozwoju jest oparta o wartości, to nawet w trudnych sytuacjach, konformistycznych, kiedy jedna odgórna decyzja zmienia zasady finansowania, a potem kolejna je pogarsza — łatwiej jest zachować spójność i ciągłość działania. Oparcie o wartości ma bardzo istotne znaczenie. Daleki jestem od porównywania dorobku naszej organizacji, naszych dzieł — jak je nazywamy — z innymi. W naszym przypadku to jest przede wszystkim skupienie się na czterech wartościach w opiece nad pacjentem, na jakości, odpowiedzialności, szacunku i duchowości. Pacjent jest najważniejszy.

— **Co najbardziej wyróżnia strategię biznesową BCM?**

— Na pierwszym miejscu wymienię śmiałość podejmowania decyzji w warunkach ciągłości i stabilnej, długofalowej strategii. Nasze decyzje możemy też podejmować bardzo szybko, korzystając z trwałej relacji z właścicielem. Na pewno wyróżnia nas personel — bardzo wiele osób pracuje u nas 10-20 lat, często dłużej. Bardzo duża grupa osób deklaruje, że pracuje w Bonifraterskim Centrum Medycznym dlatego, że tutaj jest inaczej. Wskazują, że pieniądze to nie wszystko i że w pracy bardzo ważne są wartości.



Pracujemy nad tzw. „funduszem miłosierdzia”, wewnętrznym funduszem, który pozwoli kompensować wydatki ponoszone na opiekę, za którą ani NFZ, ani pacjent nie zapłaci.



— **Jakie wartości?**

— Jakość, odpowiedzialność, szacunek i duchowość — te wartości deklarujemy i staramy się w praktyce je realizować. Bonifratrzy — to zakon szpitalny z wielowiekową tradycją. Szpitalnictwo wywodzi się przecież z idei opieki nad chorymi, zakony szpitalne funkcjonowały od czasów średniowiecza. Mamy głębokie przekonanie i dokładamy starań, aby nasza działalność była oparta o te wartości, które płyną z dziedzictwa zakonnego, bonifraterskiego. Co to oznacza w praktyce? Na przykład, wprowadzając nową technologię czy procedurę, zadajemy sobie pytanie, w jaki sposób zmieni ona opiekę nad pacjentem i jego bliskimi. To jest często wyznacznikiem decyzji, które podejmujemy. Zdarza się również, że przyjmujemy i opiekujemy się pacjentami, którymi nikt inny nie chce się zaopiekować, którzy w jakiś sposób wymykają się poza system publiczny, funkcjonują na jego marginesie. I nie zaczynamy od pytania o ubezpieczenie ani o płatności.

— **W jaki sposób dajecie sobie radę z ciągłymi zmianami, wprowadzanymi do naszego systemu, których muszą przestrzegać placówki podpisujące kontrakty z NFZ?**

— Bardzo wiele jest takich sytuacji, kiedy urzędnicy narzucają jakieś niefortunne rozwiązania systemowe, ale chciałbym ich w tym miejscu bronić. Sam wiele lat pracowałem w sektorze publicznym i zdaję sobie sprawę, że w kształtowaniu systemu chodzi o zapewnienie pewnego minimum. Tworzy się minimalne wymagania, które wszyscy muszą spełnić. Dla niektórych może to oznaczać postawienie poprzeczki znacznie niżej niż ich aktualna praktyka i umiejętności. Jeśli przy tym zabraknie wrażliwości wobec pacjenta, to wprowadzanie nowych rozwiązań może doprowadzić do poprawy w jednym miejscu, a jednocześnie do pogorszenia sytuacji gdzie indziej. Zawsze trzeba stawiać pytanie, co chcemy osiągnąć i nie wymagać rozwiązań, które oznaczają równanie w dół. Na przykład warunkiem optacenia wielu świadczeń rehabilitacyjnych przez NFZ jest obecność lekarza, mimo że nie jest do tego potrzebny, ponieważ całą pracę wykonują pielęgniarki czy rehabilitanci. Może to prowadzić do ograniczenia liczby wykonywanych przez nas świadczeń. Dlatego pytamy, co z takiej regulacji ma pacjent, czy regulacja przynosi więcej pożytku czy więcej szkody? Wydaje mi się, że aby uniknąć

nieprawidłowości, w znacznej mierze moglibyśmy odejść od płacenia za wykonane świadczenia i płacić za cały proces, za zestaw czynności wykonanych na ścieżce pacjenta. Konsekwencją dzisiejszych regulacji jest rozczłonkowanie opieki, które na pewno nie jest komfortowe dla pacjenta.

— **Resort zdrowia mówi o odwróceniu piramidy świadczeń.**

— Jeśli rzeczywiście chcemy zrealizować taki paradygmat, to trzeba zacząć od analizy potrzeb, a dopiero potem wydawać pieniądze na dofinansowanie szpitali lub innych form opieki. Wydane dziś miliardy z KPO spetryfikują nasz system na długie lata. Dobrze wyposażymy szpitale, tylko czy mamy pewność, że nie będą stały puste?

— **Które elementy systemu najbardziej wymagają zmiany?**

— Nie ma jednego narzędzia, który rozwiąże wszystkie problemy. System rozliczeniowy, zbieranie danych, ucyfrowienie — wszystko jest potrzebne. Jednym z mierników, czy system dobrze działa, jest też czas oczekiwania na świadczenie. Ale tak naprawdę najważniejszy jest pacjent i jego potrzeby. Dlatego chciałbym, aby podstawowym kryterium podejmowania decyzji była ocena dostępu do opieki i jej jakości — wartość odczuwana przez pacjenta.

— **Wartości dla pacjenta — jakość, odpowiedzialność, szacunek i duchowość.**

— Wspólnym mianownikiem dla tych wartości jest szpitalnictwo, w którym osoba cierpiąca może otrzymać taką pomoc, jakiej potrzebuje. Pacjent jest pełen obaw i potrzebuje bezpiecznej przystani. Tymczasem jest zagubiony w systemie, nie rozumie go, otrzymuje cząstkowe informacje w hermetycznym języku. Naszą odpowiedzią jest szpitalnictwo postrzegane kategoriami gościnności, w której mieszczą się nasze wartości. Jakość — czyli umiejętność rozpoznawania, co jest wartościowe dla pacjenta. Odpowiedzialność — to umiejętność dotrzymania słowa, dotrzymania terminów. Szacunek — to, że dostrzegamy w pacjencie nie numer statystyczny, nie świadczeniobiorcę, ale człowieka z jego obawami i wątpliwościami. Duchowość — czyli wrażliwość, poczucie wartości.

— **Otwarcie na drugiego człowieka.**

— Tak, cieszę się że dzieląc te wartości, mam możliwość uczestniczenia w przedsięwzięciach, w dziełach, które są na nich zbudowane.

Alarm dla chirurgii

Kolejni prezesi Towarzystwa Chirurgów Polskich od lat alarmują o zapaści krajowej chirurgii, która wynika nie tylko z uwarunkowań finansowych, ale również społecznych – warunków pracy, kwestii jakości i dostępności do nowoczesnych procedur. Nie tylko alarmują, ale ostatnio przygotowali własny pakiet niezbędnych rozwiązań.

Na co zwracają uwagę chirurdzy? Wartość punktów płaconych przez NFZ na pacjenta jest niższa niż waloryzacja, którą wyliczono na podstawie tylko i wyłącznie wskaźnika inflacyjnego. Tymczasem koszty stale rosną. Dyktuje je inflacja, wzrost kosztów energii, wynagrodzeń oraz postęp technologiczny. „Zmiana wyceny procedur poprzez dołożenie ok. 20 proc. nie jest podwyżką, ale tak naprawdę częściową kompensatą wzrostu kosztów leczenia, w dużej mierze tych stałych. To nadal nie pokrywa realnych kosztów wykonania dużej części procedur, zwłaszcza nowoczesnych i specjalistycznych, których wykonanie wymaga nawet 100 proc. wyższych nakładów od przewidzianych wyceną” – tłumaczy prof. Tomasz Banasiewicz, członek zarządu głównego TChP.

Równocześnie z podwyżką pod koniec czerwca NFZ wprowadził „przecenę” niektórych procedur. Niezwykle bolesne dla środowiska było zmniejszenie finansowania procedur związanych z nowotworami przewodu pokarmowego, przetyku, żołądka, jelita grubego oraz części zabiegów endoskopowych.

„W przypadku pięciu procedur chirurgicznych i endoskopowych wyceny z niezrozumiałych dla nas przyczyn zostały obniżone. Jeśli nie zostaną odpowiednio i szybko prawidłowo wycenione, to ucierpią na tym chorzy. Tak być nie może. Pacjent i prawidłowe postępowanie medyczne zgodne z najnowszą wiedzą powinno być najważniejsze” – komentuje prof. Krzysztof Zieniewicz, prezes TChP.

„Systematyczny rozwój technologii chirurgicznych powoduje narastanie kosztów zarówno diagnostyki, jak i procedur chirurgicznych. Cały czas uprawiamy chirurgię klasyczną, otwartą, ale standardem są obecnie techniki minimalnie inwazyjne – laparoscopia czy torakoscopia – i od pewnego momentu: chirurgia robotowa. W większości przypadków bloki operacyjne to sale hybrydowe, w których łączy się różne techniki obrazowania, operowania, utrzymuje komunikację z pracownią patologiczną, laboratorium i tak dalej” – wyjaśnia prof. Grzegorz Wallner, konsultant krajowy w dziedzinie chirurgii ogólnej.

Młodzi lekarze nie garną się do chirurgii

Średnia wieku chirurga w Polsce to 58 lat, przy czym aż 15 proc. z nich jest w wieku emerytalnym. Młodzi chirurdzy stanowią zaledwie 10-15 proc. wszystkich specjalistów. Młodych lekarzy wybierających tę specjalizację jest coraz mniej i nic nie wskazuje, by to się miało zmienić. Każdego roku liczba chirurgów w Polsce maleje – w ciągu ostatnich 10 lat w sumie aż o 15 proc. Są takie oddziały chirurgiczne, w których zatrudniony jest jeden chirurg, w dobrej sytuacji trzech.

W $\frac{3}{4}$ oddziałów chirurgicznych dyżur jest łączony z izbą przyjęć – chirurg musi zajmo-



Adam Dziński



Krzysztof Zieniewicz



Grzegorz Wallner



Wiesław Tarnowski



Zofia Orzeszko

wać się chorymi na oddziale, wykonać operacje jak i zaopatrzyć pacjentów chirurgicznych w izbie przyjęć. Zgodnie z przepisami, po dyżurze lekarz powinien pójść do domu. Jak pokazała ankieta przeprowadzona wśród członków TChP, tego obowiązku dopełnia tylko 8 proc. chirurgów, bo pracy jest tak dużo.

Sytuacji nie poprawia zbyt duże nasycenie oddziałami chirurgicznymi – jest ich ok. 500. „To rozdrobnienie sił i środków. Z jednej strony mówimy, że chirurgów mamy mało, a z drugiej strony mamy jednostki, które są mało efektywne w liczbie wykonywanych zabiegów operacyjnych. Takie rozdrobnienie jest nieuzasadnione ekonomicznie, prowadzi do utraty jakości, trudności w kształceniu kadr. Te 4 tys. chirurgów, którymi dysponujemy, mogłoby być zatrudnionych nie w 500 oddziałach, gdzie bardzo często teraz jest tylko jeden specjalista, nawet w szpitalu wojewódzkim, tylko w mniejszej liczbie. Wtedy na oddziale byłoby ich pięciu-ośmiu” – proponuje prof. Wallner.

Według liderów TChP, system nie jest zainteresowany tym, aby ocenić, czy oddział chirurgiczny leczy dobrze, czy źle. Każdy jest finansowany tak samo, niezależnie od tego, ile wykonuje operacji oraz po jak wielu z nich pacjenci mają powikłania.

„Nasz kraj jest jednym z nielicznych w Europie, gdzie nie ocenia się jakości leczenia chirurgicznego. Brak rejestrów i audytów odpowiada między innymi za to, że wyniki leczenia chirurgicznego nowotworów w Polsce znacznie odbiegają od średniej europejskiej. Do tego brak kontroli systemu ustawicznego kształcenia kadr medycznych jest ewenementem w skali światowej w budowaniu właściwej ochrony zdrowia i odpowiada za złe wyniki leczenia. Co prawda istnieje obowiązek zbierania punktów za udział w konferencjach, pisanie artykułów itd., ale nikt tego nie respektuje. Są dziesiątki, setki lekarzy, nie tylko chirurgów, którzy od kilkadziesiąt lat nie wzięli udziału w żadnym kongresie, którzy uprawiają medycynę na poziomie sprzed kilkadziesiąt lat. W Indiach, jeśli lekarz nie ueziera odpowiedniej liczby punktów za udział w kongresach, ma odbieraną licencję lekarza” – alarmuje prof. Adam Dziński, sekretarz generalny TChP.

Potrzebny jest dobry program specjalizacji

O słabościach w kształceniu specjalistów mówi również prof. Wiesław Tarnowski, prezes elekt Towarzystwa Chirurgów Polskich. „Podstawą systemu, poza pieniędzmi, powinien być dobrze wyszkolony chirurg, który przeprowadzi operację na najwyższym światowym poziomie. Do tego potrzebny jest dobry program specjalizacji. Ten, który mamy, nie spełnia światowych standardów. Wielokrotnie próbowaliśmy doprowadzić do jego modyfikacji, niestety, ani razu nasze

uwagi nie zostały uwzględnione. Jednym z elementów szkolenia są symulacje. W programie specjalizacji nie ma żadnego obowiązkowego kursu opartego na symulacji medycznej”.

Prof. Tarnowski podkreślił, że dobrze wyszkolony na symulatorach młody lekarz od razu „wchodzi w nowoczesne techniki, przede wszystkim w chirurgię laparoskopową”. Korzyści dla pacjentów są z tego ogromne. Niestety nie ma systemu motywacyjnego ze strony NFZ, ponieważ nie płaci dodatkowo za chirurgię laparoskopową.

„Nowoczesne metody wymagają dodatkowego sprzętu, który jest drogi. Koszt sprzętu do wykonania operacji laparoskopowej, chociażby jelita grubego, kilkakrotnie przewyższa koszt operacji otwartej, jednak korzyść dla pacjenta jest oczywista i bardzo dobrze udokumentowana w badaniach naukowych. Jeszcze większe różnice są oczywiście w chirurgii robotowej. Szkolenie w zakresie nowoczesnych technik też wymaga inwestycji. Aby nasi pacjenci mogli otrzymać opiekę chirurgiczną na najwyższym, światowym poziomie, lekarze muszą się uczyć, muszą praktykować. Chirurgii nie da się nauczyć z podręcznika” – podkreśla Zofia Orzeszko, prezes elekt Koła Młodych Chirurgów Towarzystwa Chirurgii Polskiej.

Co postulują chirurdzy

Według ekspertów Polskiego Towarzystwa Chirurgów, w celu uzdrowienia sytuacji w ich specjalności niezbędne są następujące działania:

1. Monitorowanie jakości leczenia chirurgicznego poprzez ocenę efektów leczenia.
2. Poprawa dostępności nowoczesnych metod operacyjnych.
3. Zmniejszenie obciążeń administracyjnych lekarzy na rzecz większej ilości czasu dla pacjentów.
4. Reforma szkolenia podyplomowego i specjalizacyjnego.
5. Wsparcie systemu szkolenia lekarzy w zakresie nowoczesnych metod leczenia chirurgicznego.
6. Pilne urealnienie wyceny procedur chirurgicznych w oparciu o ścieżkę opieki nad pacjentem.
7. Uwolnienie limitów na zabiegi chirurgiczne.
8. Powołanie zespołu z udziałem przedstawicieli Towarzystwa Chirurgów Polskich, Ministerstwa Zdrowia, Narodowego Funduszu Zdrowia oraz Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji na rzecz poprawy opieki chirurgicznej.

NFZ będzie potrzebował dotacji

Autorzy raportu „Luka finansowa systemu ochrony zdrowia w Polsce — perspektywa 2025-2027” wskazują, że przez najbliższe trzy lata (2025-2027) NFZ będzie potrzebował ok. 90-160 mld zł dofinansowania. Taka ma być różnica pomiędzy przychodami ze składki zdrowotnej a rosnącymi wydatkami płatnika publicznego. „Decyzje podejmowane w ostatnich dwóch latach doprowadziły do niemal całkowitej likwidacji rezerw finansowych Narodowego Funduszu Zdrowia, a zobowiązania wynikające przede wszystkim ze wzrostu płac w ochronie zdrowia mają trwałe i rosnące skutki” — piszą współautorzy: Sławomir Dudek, Łukasz Kozłowski, Bernard Waśko i Wojciech Wiśniewski.

Wydatki publiczne na ochronę zdrowia wyniosły w 2023 roku 186,5 mld zł, czyli 5,44 proc. PKB. W tym znalazło się 165 mld wydatków NFZ, sfinansowanych ze składki zdrowotnej (144 mld) oraz funduszu zapasowego (21 mld). Pierwotny plan NFZ na 2024 roku zakładał wydanie 165 mld zł, a w połowie roku został podniesiony do 171 mld zł. Po raz pierwszy potrzeby wydatkowe płatnika publicznego przekraczają jego możliwości finansowe i będzie potrzebował dotacji z budżetu, prawdopodobnie ok. 9 mld zł.

Autorzy raportu piszą, że według scenariusza „minimalnego”, który zakłada ograniczenie zobowiązań NFZ w postaci wstrzymania finansowania świadczeń ponadlimitowych (tzw. nadwykonań w zakresach limitowanych), braku finansowania nowych technologii medycznych oraz aktualizacji wycen w najbardziej priorytetowych dziedzinach, płatnikowi publicznemu zabraknie 92,5 mld zł:

- 22 mld zł w 2025 r.,
- 29,5 mld zł w 2026 r.,
- 41 mld zł w 2027 r.

Scenariusz „bazowy”, zgodnie z którym obecny poziom sprawności systemu ochrony zdrowia zostanie utrzymany, oznaczać będzie lukę finansową w wysokości 129,5 mld zł. Natomiast zwiększenie dostępu do świadczeń lub poprawa ich jakości (np. skrócenie kolejek do specjalistów, lepszy dostęp do nowoczesnych technologii medycznych), wymagać będzie jeszcze większej dotacji z budżetu, na poziomie 159 mld zł przez trzy lata. Wielkość deficytu może jeszcze wzrosnąć, jeśli na przykład zostanie obniżona składka zdrowotna lub przyjęte zostaną propozycje obywatelskim projektu ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych.

„Scenariusz minimalny — to w praktyce zamrożenie taryfikacji nowych świadczeń na 3 lata, brak refundacji nowych leków, czy programów polityki zdrowotnej, narastanie kolejek, czy wreszcie znaczący wzrost zadłużenia szpitali” — mówi dr Bernard Waśko, dyrektor Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego-PZH.

„Udział nakładów budżetowych (dotacji) w całości wydatków na ochronę zdrowia wzrośnie kilkukrotnie. W skrajnym scenariuszu ponad 1/3 wydatków NFZ będzie finansowana z dotacji pochodzącej z budżetu państwa. To oznacza wydolność składkową NFZ na poziomie niższym niż 67 proc., podczas gdy obecnie wydolność systemu emerytalnego w ZUS to ponad 85 proc. Okazuje się, że „mityczna dziura w ZUS” to nie jedyny problem finansów publicznych. Wyrósł poważny konkurent, system ochrony zdrowia, który z impetem będzie po-



Wojciech Wiśniewski

większą swoją dziurę finansową” — podkreśla dr Sławomir Dudek, prezes Instytutu Finansów Publicznych.

Wyższe składki finansują jedynie wzrost wynagrodzeń

Autorzy raportu wskazują także na przyczyny złej sytuacji finansowej Narodowego Funduszu Zdrowia — to m. in. wykorzystanie wszystkich rezerw, obciążenie NFZ nowymi zadaniami, koszty ustawy z 2022 roku o minimalnym wynagrodzeniu. W efekcie doszło do gwałtownego wzrostu wydatków, które przekraczają już przychody ze składki na ubezpieczenie zdrowotne. Wszystkie dodatkowe środki finansowe pochodzące ze zwiększonych składek na ubezpieczenie zdrowotne płacone przez obywateli są przeznaczane na większe wynagrodzenia personelu medycznego.

„W stanowisku Trójstronnego Zespołu ds. Ochrony Zdrowia z listopada 2021 r. rząd, pracodawcy i związki zawodowe zgodziły się, że potowa wzrostu nakładów na ochronę zdrowia powinno trafić na poprawę wynagrodzeń, a reszta na zwiększenie dostępności świadczeń i nowe technologie. Kilka lat później jesteśmy w sytuacji, w której pacjenci nie odczuwają poprawy w dostępie do opieki zdrowotnej pomimo kierowania dodatkowych środków do systemu” — przypomina Wojciech Wiśniewski, członek Trójstronnego Zespołu ds. Ochrony Zdrowia z ramienia Federacji Przedsiębiorców Polskich.

„Skończyły się możliwości odkładania problemu na później. Jeśli nie podejmiemy konkretnych działań, w kolejnych latach problem będzie coraz większy” — przestrzega dr Łukasz Kozłowski z Federacji Pracodawców Polskich.

Według szacunków autorów raportu, ochrona zdrowia w 2027 r. stanie się jedną z trzech dziedzin — obok systemu ubezpieczenia społecznego i obronności — otrzymujących najwięcej pieniędzy z budżetu państwa. Przystanie być systemem samofinansującym się (ze składki zdrowotnej).

Rekomendacje zmian

Aby ustabilizować finansowanie systemu ochrony zdrowia, autorzy raportu proponują szereg działań, m. in.:

1. Przesuwanie pieniędzy z Funduszu Medycznego do NFZ na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej.
2. Wprowadzenie rozwiązań umożliwiających nieuwzględnianie wzrostu wynagrodzeń kontraktowych w taryfikacji świadczeń opieki zdrowotnej w przypadku, gdy poziom wynagrodzenia danego pracownika (w przeliczeniu na etat) przekracza określoną wie-

lokrotność średniego wynagrodzenia w gospodarce.

3. Wstrzymanie prac nad obywatelskim projektem ustawy o sposobie ustalania minimalnego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych w części, która będzie zwiększać zobowiązania NFZ.
4. Nowelizacja ustawy o sposobie ustalania minimalnego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych poprzez:
 - a. zmianę przepisów w taki sposób, aby zagwarantowane ustawowo płace minimalne wchodziły w życie 1 stycznia zamiast 1 lipca;
 - b. zastąpienie kwoty bazowej przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia brutto w gospodarce narodowej inną wypracowaną we współpracy z partnerami społecznymi stawką bazową, indeksowaną w podobny sposób jak świadczenia emerytalne i rentowe.
5. Weryfikacja wymogów dotyczących minimalnych zasobów kadrowych dla świadczeniodawców określonych w koszyku świadczeń gwarantowanych..

Autorami opracowania, pt. „Luka finansowa systemu ochrony zdrowia w Polsce — perspektywa 2025-2027” są Bernard Waśko (Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego — Państwowy Zakład Higieny), Sławomir Dudek (Instytut Finansów Publicznych), Wojciech Wiśniewski (Federacja Przedsiębiorców Polskich) i Łukasz Kozłowski (Federacja Przedsiębiorców Polskich).



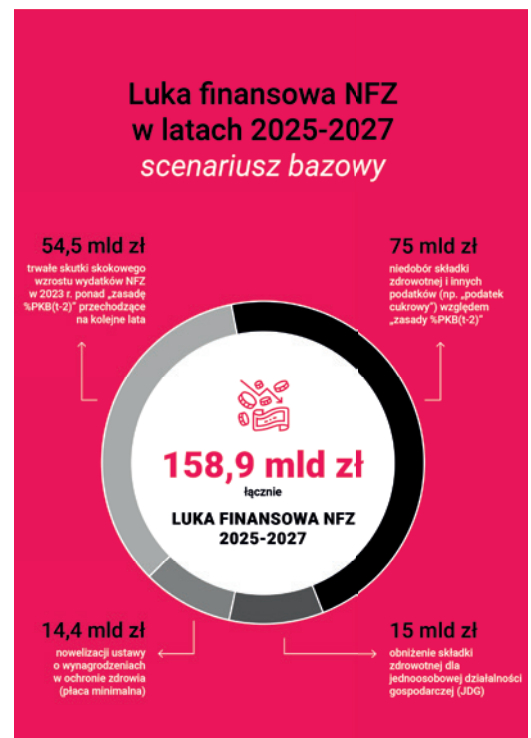
Łukasz Kozłowski



Sławomir Dudek



Bernard Waśko



MZ zapowiada reformę szpitalnictwa

Mapa świadczeń powiązana z finansowaniem i inwestycjami, a także warunkowa zamiana długów szpitali na kredyty udzielone przez BGK – to elementy reformy, którą zapowiada minister Izabela Leszczyna. Filary koncepcji Ministerstwa Zdrowia – to deregulacja, transformacja i odwrócona piramida świadczeń. Transformację zaplanowano na 10 lat.

Reformę sieci szpitali, w tym zasad kwalifikacji oraz rozwiązania umożliwiające konsolidację podmiotów leczniczych przewiduje projekt nowelizacji ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Proponuje się m.in. rezygnację z kwalifikowania do poszczególnych poziomów zabezpieczenia na rzecz kwalifikowania wszystkich świadczeniodawców mających przynajmniej jeden tzw. profil kwalifikujący.

W przypadku profili zabiegowych zostanie wprowadzone dodatkowe kryterium kwalifikacji. Będzie to progowy udział świadczeń zabiegowych w przyjętym okresie referencyjnym.

Kolejne rozwiązania dotyczą tworzenia i zatwierdzania programów naprawczych tworzonych przez samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej, które mają stratę netto. Sporządzenie programu mają poprzedzać analizy obejmujące bieżącą działalność. Program naprawczy ma zawierać m.in. ocenę dostosowania działalności szpitala do regionalnych i krajowych potrzeb zdrowotnych, propozycję współpracy z innymi szpitalami, by lepiej wykorzystywać kadry i inne zasoby.

MZ proponuje także utworzenie map świadczeń (MZS – mapa zabezpieczenia szpitalnego), które określą, jakie świadczenia i w jakim zakresie powinny być na danym obszarze zabezpieczone. Mapa świadczeń będzie powiązana ze strumieniem finansowania świadczeń zdrowotnych, inwestycjami i instrumentami pomocowymi, w tym dla zadłużonych szpitali.

Zmiany w szpitalnictwie mają umożliwić absorpcję pieniędzy z unijnego Krajowego Planu Odbudowy. 17 mld zł z KPO zostanie wydane na m. in. modernizację, cyfryzację, rozwój badań, doposażenie ośrodków dydaktycznych. W najbliższym czasie resort zdrowia planuje nabór wniosków o pieniądze z KPO dla szpitali. Na rozwój i modernizację infrastruktury centrów opieki wysokospecjalistycznej i innych podmiotów leczniczych przewidziano 7,9 mld zł z podziałem na trzy dziedziny: onkologię, kardiologię i szpitale ogólne. Pieniądze na onkologię – to 5,2 mld zł. Na kardiologię i szpitale ogólne razem – 2,7 mld zł. Na przyspieszenie transformacji cyfrowej ochrony zdrowia poprzez dalszy rozwój usług cyfrowych przewidziano 4,3 mld zł. Natomiast 1,3 mld zł ma trafić na rozwój i moder-

nizację infrastruktury podmiotów leczniczych w powiatach.

* * *



Jerzy Gryglewicz, Instytut Zarządzania w Ochronie Zdrowia Uczelni Łazarskiego

Z wielu opracowań, również ministerialnych, jak np. Krajowy Plan Transformacji, wynika, że mamy zbyt dużo i czasem zupełnie niepotrzebnych hospitalizacji.

Każdy z nas jest w stanie podać przykłady, kiedy pacjenci w dobrym stanie zdrowotnym są hospitalizowani często tylko po to, żeby wykonać jakieś badanie diagnostyczne. Podczas rozmów przedstawiciele Polski z Komisją Europejską w ramach zatwierdzania Krajowego Planu Odbudowy zgodziliśmy się, że należy odwrócić piramidę świadczeń i przejść na tryb ambulatoryjny. Polska na bardzo złą strukturę udzielania świadczeń, gdzie ponad 50 proc. wydatków NFZ idzie na leczenie szpitalne. W żadnym państwie europejskim tak nie jest.

Gdybyśmy chcieli weryfikować zasadność leczenia pacjentów, to musielibyśmy bardzo wzmocnić pion kontrolny NFZ, który byłby niestety bardzo kosztowny, żeby móc analizować praktycznie każdy przypadek. Można wprowadzić również systemy ryczałtowe, ale najważniejszą kwestią do zreformowania jest zbyt duża liczba szpitali w Polsce. Często te szpitale, żeby zrealizować umowę z NFZ i zyskać finansowanie, muszą zapełnić swoje łóżka pacjentami, z których duża część nie powinna tam trafić. Dlatego istotne jest, aby nastąpiła konsolidacja szpitali. Są bowiem takie oddziały chirurgiczne, gdzie większość pacjentów to wcale nie ci, którzy poddawani są zabiegom, ale ci leczeni zachowawczo, np. na ból brzucha czy drętwienie kończyn, podczas gdy na oddziałach zabiegowych powinno przebywać ponad 80 proc. pacjentów poddawanych procedurom operacyjnym."

* * *



prof. Jarosław Fedorowski, prezes Polskiej Federacji Szpitali

Reforma podstawowego systemu szpitalnego zabezpieczenia, czyli sieci szpitali to dobra okazja do wypracowania zasad współpracy i referencyjności szpitali (zamiast poziomów zabezpieczenia) oraz do stworzenia mechanizmów kooperacji podmiotów leczniczych szpitalnych i ambulatoryjnych. To szansa na konsolidację i opiekę koordy-

nowana przez duże „K”. Jest możliwość terapii bólczek organizacyjnych naszego systemu ochrony zdrowia, jak np. fragmentaryzacja, brak koordynacji

Na początek wizja: zrównoważony system ochrony zdrowia ponad podziałami – to akurat wizja Polskiej Federacji Szpitali. Docelowo: organizacje koordynowanej ochrony zdrowia konkurujące o wynik leczenia pacjentów według zasad opieki opartej na wartości dla pacjentów – to znane postulaty polskiej Federacji Szpitali oraz Polskiego Towarzystwa Koordynowanej Ochrony Zdrowia. Nikt na świecie nie wymyślił nic lepszego w ochronie zdrowia od VBHC.

Jak to osiągnąć? Najnowsze propozycje Ministerstwa Zdrowia to m. in. konsolidacja zasobów szpitali SPOZ samorządowych, nowe zasady kwalifikacji do sieci szpitali oparte o tzw. profile, uelastycznienie obszaru medycyny ratunkowej oraz nocnej i świątecznej opieki lekarskiej, restrukturyzacja i programy naprawcze dla szpitali ze stratą finansową netto, poprawa jakości

Czy to wystarczy? Na początek chyba musi.

* * *



Robert Mołdach, Instytut Zdrowia i Demokracji

Dyskusja podczas spotkania wysokich przedstawicieli Ministerstwa Zdrowia z samorządowcami i kierownictwem szpitali 11 lipca 2024 r., w której uczestniczyło paręset osób, mogłaby być pożytywna jako sukces dialogu społecznego, gdyby nie to, że obie strony pojawiły się na tym spotkaniu z odmiennymi zamierzeniami i oczekiwaniami. Celem strony ministerialnej było przedstawienie zakrojonej na 10 lat koncepcji zmiany systemowej polegającej na deregulacji, transformacji i odwróceniu piramidy świadczeń. Strona samorządowa oczekiwała natomiast rozwiązania problemów, z którymi mierzy się tu i teraz.

Po wystąpieniu prezentacji zespołu ekspertów Ministerstwa Zdrowia pierwszy głos w dyskusji, dyrektora ZOZ w Oławie Andrzeja Dronsejko, głośno poparty przez zgromadzonych, pokazał jak ogromnie różni się perspektywa lokalna od centralnej. Ustyszeliśmy, że gdyby procedury medyczne były od dawna prawidłowo wycenione, takie spotkanie nie byłoby potrzebne. Procedury powinny być tak samo waloryzowane jak wynagrodzenia, a ustawa o wynagrodzeniach minimalnych w ochronie zdrowia, która najbardziej boli szpitale, powinna być zawieszona lub ograniczona. Patrząc zaś na kierunki rozwoju, odwrócone mapy potrzeb zdrowotnych, czyli mapy koniecznych świadczeń, powinny powstać jak najszybciej, gdyż ina-

czej samorząd i dyrektorzy szpitali nie wiedzą co robić. W odpowiedzi, od zastępcy prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia Jakuba Szulca dowiedzieliśmy się, że te elementy daleko wykraczają poza prace zespołu, który przygotował omawianą propozycję.

* * *



Waldemar Malinowski, prezes Ogólnopolskiego Związku Pracodawców Szpitali Powiatowych

Największą porażką systemu jest brak koordynowania opieki medycznej nad pacjentem. Trzy filary – POZ, AOS, szpital – muszą ze sobą ściśle współpracować, przynajmniej na poziomie powiatu. Musimy zmienić system ochrony zdrowia, bo inaczej czeka nas katastrofa. Zespół ekspertów wypracowujący koncepcję reformy przedstawił dziesięcioletnią perspektywę reformy. Od dawna mówiliśmy, że albo będzie ponadpartyjna, długofalowa strategia, albo nigdy nie odbijemy się od dna. Mam nadzieję, że będzie tu zgoda polityczna. Będziemy rozmawiać ze starostami, czyli na tym podstawowym politycznym poziomie.

* * *



Rafał Janiszewski, Kancelaria Doradca Rafał Piotr Janiszewski

Jakkolwiek by nie przebudowywać struktury sieci PZS to z próżnego i Salomon nie należy. Obecne potrzeby zdrowotne pacjentów przewyższają liczbę personelu medycznego niezbędnego do ich zaspokojenia. Zatem konsolidacja zasobów nic tu nie zmieni. Zmniejszenie liczby oddziałów poprzez nowy system kwalifikacji do PZS, by tym samym przenieść ciężar zaopatrzenia świadczeń na opiekę otwartą, również nie da pozytywnego efektu. Odwrócenie piramidy świadczeń powinno się zacząć od wzmocnienia AOS. Obecne działania budujące kompleksowość i koordynację w POZ – to właściwe działanie, które powinno w pierwszej kolejności pociągnąć za sobą reformę otwartej opieki specjalistycznej. Trzeba inwestycji w nową konstrukcję świadczeń. Uważam, że działania powinny w pierwszej kolejności być skupione na AOS. Będzie to skutkowało kosztami, ale stworzy się przestrzeń, która – odciążając szpitale z niekoniecznie zasadnych hospitalizacji – pozwoli na racjonalizację ich zasobów. Wówczas przebudowa sieci szpitali będzie ukierunkowana na koordynację z opieką otwartą, słowem – będzie z kim i po co się koordynować.

Stopy zdrowieją w Szamotułach



Piotr Liszkowski

Pilotaż nowego modelu leczenia stopy cukrzycowej, prowadzony w SPZOZ w Szamotułach, przyniósł bardzo dobre efekty. Specjaliści apelują o jak najszybsze rozszerzenie programu na inne placówki lub przedłużenie kończącego się pilotażu, tak aby chorzy mieli szansę na skuteczną opiekę do czasu wprowadzenia programu ogólnopolskiego.

Piotr Liszkowski, lekarz ze Szpitala Powiatowego w Szamotułach, zaprezentował w Sejmie wyniki programu pilotażowego leczenia stopy cukrzycowej w tej placówce – „Spośród chorych przyjętych do programu pełny cykl leczenia, czyli hospitalizację i wizyty kontrolne ukończyło 82 pacjentów. W tej grupie pełne wygojenie rany uzyskano u 48 chorych, czyli u blisko 60 proc. Jest też grupa chorych, którzy odnieśli pozytywny efekt leczenia, u których rana ze względu na jej rozległość nie uległa pełnemu wygojeniu, ale rokowanie jest dobre. Zatem pozytywny efekt leczenia uzyskaliśmy w sumie u 62 na 82 pacjentów, czyli u 76 proc. chorych”

Przeciwbólowe algorytmy



Dominik Mazur

Platforma TakesCare od 2022 roku realizuje nowatorski projekt wsparcia dla kobiet chorych na raka piersi. Polega on na zarządzaniu bólem i trosce o samopoczucie. Dzieci wykorzystaniu najnowszych technologii uczenia maszynowego (ML) i głębokiego (DL), system informatyczny nie tylko przewiduje ból, ale także wspiera dobrostan psychiczny pacjentek w trakcie choroby.

„Dzięki wykorzystywaniu tych technologii jesteśmy w stanie realnie wpłynąć na życie pacjentów, poprawiając jakość życia i pomagając w życiu z chorobą. Dla pacjenta liczy się przede wszystkim niezawodność i dostęp do opieki wtedy, kiedy jest mu najbardziej potrzebna, bez zbędnego czekania. Cyfrowe rozwiązania potrafią te potrzeby zaspokoić w dużo większym stopniu niż tradycyjna opieka, gdzie największym problemem jest konieczność oczekiwania, szukanie pomocy przez dłuższy czas a często trudność z dotarciem do odpowiedniego specjalisty. Jako TakesCare mamy ambicje, aby rozwiązania oparte na ML i sztucznej inteligencji zostały szeroko wprowadzone do opieki nad pacjentami, którym dolega ból. Planujemy, że jeszcze w tym roku TakesCare.ai będzie dostępna w wybranych placówkach medycznych, zarówno publicznych jak i prywatnych. Cyfryzacja pomaga podnosić efektywność opieki. Przy ograniczonych zasobach finansowych i kadrowych możemy – dzięki takim rozwiązaniom jak TakesCare.ai – lepiej pomagać pacjentom” – tłumaczy Dominik Mazur, prezes spółki TakesCare.

W Krakowie dzieci nie boli



Magdalena Kocot-Kępska

Skuteczna walka z bólem powinna być standardem. Szpitalne procedury postępowania przeciwbólowego oraz szkolenie w tym zakresie pracowników szpitala podnoszą jakość świadczeń i zmniejszają koszty. Szpitalny Zespół Leczenia Bólu działający w Uniwersyteckim Szpitalu Dziecięcym w Krakowie zwiększył poczucie bezpieczeństwa pacjentów, opiekunów oraz personelu. Doktor Ilona Batko, inicjatorka powoła-

nego zespołu i dr Magdalena Kocot-Kępska, prezes Polskiego Towarzystwa Badania Bólu przedstawiły opis działalności i korzyści z powołania ZLB w szpitalu dziecięcym w publikacji pt. „Szpitalny zespół leczenia bólu u dzieci”.

W skład szpitalnego ZLB wchodzi koordynator, lekarze oraz pielęgniarki. Rolą koordynatora jest planowanie, organizowanie oraz nadzorowanie działań związanych z walką z bólem u pacjentów na wszystkich oddziałach szpitala. Wsparcie ze strony pielęgniarek ZLB jest dostępne przez cały czas. Konsultacje lekarskie odbywają się od poniedziałku do piątku. W czasie nieobecności lekarza ZLB, jeżeli sytuacja nagła tego wymaga, zadania przejmują dostępni wówczas anestezjologodzy.

- Zespół pracuje na podstawie następujących założeń:
- ▶ wprowadzenie jednolitego schematu oceny, monitorowania i dokumentacji natężenia bólu,
 - ▶ wdrażanie aktualnych wytycznych Polskiego Towarzystwa Badania Bólu oraz zaleceń Polskiego Towarzystwa Anestezjologii i Intensywnej Terapii w zakresie monitorowania i leczenia bólu ostrego i przewlekłego u dzieci, przez samokształcenie i organizowanie regularnych szkoleń personelu medycznego,
 - ▶ konsultacje i propozycje terapii przeciwbólowych u pacjentów szpitalnych z bólem trudnym do opanowania, mimo zastosowania standardowego leczenia analgetycznego,
 - ▶ merytoryczne wsparcie personelu medycznego w edukacji pacjentów i ich opiekunów z obowiązujących standardów postępowania przeciwbólowego.

Kodeks opieki onkologicznej



Jacek Jassem

Podczas Letniej Akademii Onkologicznej, która odbyła się w Warszawie w dniach 5-7 sierpnia br., zaprezentowano wyniki ankiety przeprowadzonej wśród lekarzy, dotyczącej szans na wdrożenie w Polsce praw pacjenta onkologicznego zawartych w Europejskim Kodeksie Opieki Onkologicznej (EKO). EKO definiuje 10 kluczowych

praw pacjenta, określając czego pacjent może oczekiwać od systemu opieki zdrowotnej w zakresie wyników leczenia i jakości życia na każdym etapie choroby – od rozpoznania, poprzez leczenie, aż do jego zakończenia.

„Realizacja tak ambitnego zamierzenia, jakim jest wdrożenie w Polsce Europejskiego Kodeksu Postępowania Onkologicznego, wymaga zmobilizowania do współpracy całego środowiska lekarzy zajmujących się tą grupą pacjentów. Wyniki ankiety pozwolą nam zaplanować i ukierunkować dalsze działania, ze szczególnym uwzględnieniem obszarów, które okazały się najtrudniejsze. Równocześnie rozpoczynamy szeroko zakrojoną ankietę skierowaną do pacjentów, aby zidentyfikować największe problemy w zaspokajaniu ich praw. Liczymy, że nasza akcja przyczyni się do zwiększenia roli pacjentów w polskim systemie opieki onkologicznej, co przetoży się na poprawę wyników leczenia. Jeśli udało się to w innych krajach, uda się także u nas” – uważa prof. Jacek Jassem, prezes Polskiej Ligi Walki z Rakiem, współautor EKO.

Mazovia kupuje trzeciego robota chirurgicznego

Grupa Mazovia, do której należą szpitale urologiczne w Warszawie, Katowicach i Częstochowie, wkrótce stanie się pierwszym podmiotem w Polsce wykorzystującym trzy roboty chirurgiczne.



Igal Mor

„Inwestycja w trzeci system da Vinci, który trafi do Szpitala Mazovia w Częstochowie, jest realizacją naszej wizji opartej na dostarczaniu pacjentom najbardziej zaawansowanych technologii medycznych. Dzięki nim zapewniamy skuteczność i bezpieczeństwo zabiegów urologicznych. Inwestujemy w technologie, które zmieniają życie pacjentów, podnosząc komfort i efektywność leczenia na najwyższym poziomie. Kiedy siedem lat temu przeprowadziliśmy pierwszą operację robotem da Vinci w naszym szpitalu w Warszawie, stawialiśmy pierwsze kroki w rewolucji chirurgii urologicznej w Polsce. Dziś jesteśmy dumni, że możemy kontynuować tę misję, i możemy być liderem nowoczesnej medycyny na poziomie Europy Centralnej” – mówi prof. Igal Mor, prezes zarządu Grupy Mazovia.

„Inwestujemy w technologie, które zmieniają życie pacjentów, podnosząc komfort i efektywność leczenia na najwyższym poziomie. Kiedy siedem lat temu przeprowadziliśmy pierwszą operację robotem da Vinci w naszym szpitalu w Warszawie, stawialiśmy pierwsze kroki w rewolucji chirurgii urologicznej w Polsce. Dziś jesteśmy dumni, że możemy kontynuować tę misję, i możemy być liderem nowoczesnej medycyny na poziomie Europy Centralnej” – mówi prof. Igal Mor, prezes zarządu Grupy Mazovia.

Algorytmy AI w ortopedii

Firma Smith&Nephew ogłosiła nawiązanie współpracy w zakresie cyfryzacji i zaawansowanej analityki z Healthcare Outcomes Performance Company (HOPCo) – największą na świecie firmą, zajmującą się wysokiej jakości opieką nad układem mięśniowo-szkieletowym i zarządzaniem wynikami pacjentów. Współpraca będzie dotyczyć systemu robotycznego CORI, stosowanego do zabiegów alloplastyki stawów kolanowych. Skoncentruje się na poprawie rozwiązań z zakresu obsługi pozabiegowej dla klientów, lekarzy i ich pacjentów poprzez cyfrowe platformy dla zdrowia i analiz myrecovery oraz Vitals.

Informacje pozyskiwane z systemu robotycznego CORI Surgical System, który jest stosowany do zabiegów alloplastyki, o możliwościach wykonywania operacji stawu kolanowego przy pomocy robota, zostaną teraz rozszerzone o zaawansowane analizy danych z HOPCo Vitals i o cyfrowe rozwiązania wsparte sztuczną inteligencją przez platformę myrecovery. Ta zintegrowana platforma cyfrowa będzie realizowała zaawansowane procedury i udostępni rozwiązania do analizy opieki zdrowotnej.

Profilaktyka przeciw demencji

Według raportu Lancet Commission, prawie połowie przypadków demencji można zapobiec dzięki kontroli kilkunastu aspektów stylu życia. Autorzy do profilaktyki demencji zarekomendowali włączenie następujących działań: zapobieganie oraz ograniczanie skutków ubytku słuchu, edukacja, wsparcie w rzucaniu palenia, aktywność fizyczna, kontrola ciśnienia i poziomu cholesterolu, leczenie otyłości, ograniczenie spożywania alkoholu, przeciwdziałanie izolacji społecznej, badania wzroku i wspieranie narządu wzroku dotkniętego deficytami, redukcja zanieczyszczenia powietrza.

Wsparcie online w onkologii

Onkofundacja Alivia stworzyła jedyną w Europie kompleksową platformą online dla osób chorych na raka. Dzięki rejestracji na stronie Fundacji pacjenci otrzymają darmowy dostęp do spersonalizowanych informacji o swojej chorobie oraz najkrótszej kolejce do badań, mapy polecanych ośrodków i lekarzy, a także możliwość założenia zbiórki oraz skorzystania z dodatkowych benefitów, jak np. porada psychologa, dietetyka czy bezpłatny przejazd taksówką. Wszystko w jednym miejscu, dostępne online.

Aby uzyskać dostęp do platformy, użytkownik musi się zarejestrować. Dzięki informacjom wpisanym w momencie rejestracji zawartość platformy jest dostosowana do konkretnego użytkownika, rodzaju raka, z jakim się zmagają oraz etapu choroby. Zatem osoby np. z rakiem piersi w trakcie diagnostyki otrzymają inne informacje oraz wskazówki niż osoby w trakcie leczenia. Platforma umożliwi także w kilku prostych krokach założenie zbiórki na pokrycie nierefundowanych kosztów leczenia czy kontakt z innymi chorymi. Ponadto dla użytkowników dostępnych jest wiele dodatków i usług, z których mogą skorzystać. Wśród benefitów znajdują się m.in. darmowe konsultacje z psychologiem, dietetykiem, trychologiem, tłumaczenie dokumentacji medycznej czy porady z zakresu prawa medycznego i prawa pracy. Dodatkowo partnerzy Onkofundacji oferują również rabaty na badania genetyczne, suplementy, kosmetyki, peruki, audiobooki, e-booki, karnety na siłownię czy catering dietetyczny. Pakiet benefitów, który Alivia oferuje wraz ze swoimi partnerami, jest bardzo atrakcyjny i stale się poszerza.

Komputery kwantowe na zdrowie



Jean-Philippe Piquemal

Komputery kwantowe mogą przyczynić się do największej rewolucji w medycynie na przestrzeni ostatniego stulecia. Kwantowe przetwarzanie danych gwałtownie przyspieszy odkrycia nowych farmaceutyków leków oraz umożliwi terapię spersonalizowaną.

„Wraz z wejściem na rynek komputerów kwantowych branża farmakologiczna przejdzie transformację” — mówi Jean-Philippe Piquemal, dyrektor Theoretical Chemistry Laboratory na Sorbonne University oraz French National Centre for Scientific Research (CNRS), założyciel firmy Qubit Pharmaceuticals.

Pierwsze komputery kwantowe dopiero wchodzić do użytku. Technologia nie jest jeszcze dopracowana i rezultaty nie są jeszcze wystarczająco konkurencyjne w stosunku do klasycznych komputerów. „Konkretny przełom dopiero nastąpi” — zapowiada dr Piquemal. Jego zdaniem trzeba będzie na to poczekać jeszcze kilka lat a w pierwszej kolejności zastosowanie nowej technologii zaobserwujemy w medycynie i bankowości. Komputer kwantowy zapewni szybszy postęp w dochodzeniu do nowych odkryć, na przykład w przewidywaniu interakcji molekuł, które mogą się stać nowymi lekami.

Dr Piquemal jest zdania, że główną podstawą rozwoju farmacji jest digitalizowanie biologii i chemii — „Wszystkie samochody i samoloty są projektowane przez komputery — dobierane są parametry i przeprowadzane symulacje zanim zostanie wyprodukowany prototyp. Teraz robimy to samo z molekułami. Chcemy stworzyć molekuły w komputerze, a nie w laboratorium z uwagi na koszt i czas realizacji badań”.

Ponad 2000 zabiegów robotowych w Szpitalu Medicover



Paweł Salwa

Szpital Medicover jako pierwszy w Polsce przekroczył barierę 2000 zabiegów wykonanych w asyście robota. System da Vinci w Szpitalu Medicover jest wykorzystywany od 2018 roku, w coraz większym zakresie zabiegów chirurgicznych. W Szpitalu Medicover pracuje dr Paweł Salwa, który jest najbardziej do-

świadczonym operatorem da Vinci w Polsce, a na podstawie swojej pracy stworzył autorską metodę operacji „SMART Prostatektomia”, z której mogą korzystać pacjenci urologiczni. Jej zastosowanie pozwala na osiągnięcie szczególnie dobrych wyników w trzech kluczowych aspektach leczenia raka prostaty tj. doszczętność onkologiczna, trzymanie moczu i sprawność seksualna. Szpital Medicover ustanowił w 2019 roku polski rekord 423 zabiegów wykonanych w ciągu roku przy pomocy jednego robota, nie pobity do dzisiaj.

Polski przełom w transplantologii



Maciej Kosieradzki

Zespół pod kierownictwem prof. Macieja Kosieradzkiego z Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego przeszczepił narząd, który przez około 30 minut pozostawał bez krążenia, a następnie przechowywany był przez 12 godzin w temperaturze nieco tylko niższej od normalnej temperatury ciała, bez użycia krwi.

Udany eksperyment przeprowadzony przez naukowców Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego polegał na pobraniu jednej nerki od zwierzęcia po 30-minutowym zatrzymaniu krążenia, przeprowadzeniu jej perfuzji płynem NanOX i przechowaniu — z wykorzystaniem urządzenia NanOX Recovery Box w warunkach pozaustrojowych w subnormotermii, tj. w temperaturze 25 stopni Celsjusza — przez 12 godzin.

„To był prawdopodobnie jeden z najbardziej skomplikowanych i zaawansowanych technologicznie zabiegów, jaki obecnie przeprowadza się w naszym kraju w ramach badań przedklinicznych i klinicznych. Jednocześnie należy podkreślić, że jako pierwsi z powodzeniem wykonaliśmy zabieg autotransplantacji nerki z wykorzystaniem syntetycznego płynu prezerwacyjnego pozbawionego hemoglobiny w warunkach subnormotermii. W praktyce była to udana próba przedkliniczna, ale pacjentem nie mógł być jeszcze człowiek, więc przeprowadziliśmy ją u świni domowej” — tak o eksperymencie mówi prof. Maciej Kosieradzki, który pracę przy projekcie łączy z obowiązkami kierownika Kliniki Ogólnej i Transplantacyjnej w Szpitalu Klinicznym Dzieciątka Jezus w Warszawie.

Torakochirurgia z robotem u dziecka

W Uniwersyteckim Szpitalu Dziecięcym w Krakowie odbyła się pierwsza w Polsce operacja w obrębie klatki piersiowej u dziecka, wykonana z asystą robota. U pacjenta po leczeniu onkologicznym wykorzystano system robotyczny do usunięcia pozostałości guza śródpiersia.

W torakochirurgii wykorzystanie technik małoinwazyjnych — torakoskopii lub medycyny robotycznej — wiąże się z uniknięciem dużego otwarcia klatki piersiowej. Ogranicza się wówczas dolegliwości bólowe, zmniejsza się ryzyko tworzenia się zrostów kostnych i deformacji rosnącej klatki piersiowej. W konsekwencji wykorzystanie robota podczas operacji przyspiesza rekonwalescencję i pozwala uniknąć wad postawy. Dodatkowo precyzja ruchów narzędzi robotycznych i doskonałe uwidocznienie zmiany umożliwia uzyskanie najbardziej doszczętnego wycięcia zmiany nowotworowej.

Wzory do walki z otyłością



Marta Pawłowska

Uczenia Łazarskiego przeanalizowała strategię walki z otyłością w 13 krajach Europy. Marta Pawłowska (Instytut Zarządzania w Ochronie Zdrowia UŁ) podkreśla, że w żadnym z tych krajów nie istniał model kompleksowej opieki dla pacjentów z nadwagą. O ile zabiegi bariatryczne są refundowane prawie wszędzie, to osoby zmagające

się z otyłością rzadko mają zapewnioną pomoc psychologiczną na każdym etapie drogi do zdrowia. Jednym z częstszych problemów jest także brak ewaluacji wdrożonych rozwiązań.

Pierwszym z wymienionych krajów wzorcowych jest Wielka Brytania. Otyłość dotyka tam 13 proc. dzieci w wieku 4-9 lat i 8 proc. młodzieży w wieku 10-19 lat. W dokumentach strategicznych wymienione są takie działania, jak kontrola wagi w ramach opieki zdrowotnej (od kilku lat również w przypadku dzieci i młodzieży) czy ograniczenie promowania żywności o wysokiej zawartości tłuszczu, cukru lub soli. Istnieją również programy regionalne podporządkowane strategii krajowej. Nacisk kładzie się m.in. na zwiększenie edukacji w szkołach. W przypadku wykrycia zagrożenia rozwojem choroby otyłościowej pacjent otrzymuje różnego rodzaju pomoc, aczkolwiek nie jest to nadal model kompleksowej opieki.

Kolejny kraj wzorcowy — to Francja, gdzie z otyłością zmagają się 10 proc. dzieci w wieku 5-9 lat i 7 proc. młodzieży w wieku 10-19 lat. Istnieje tam aktualizowany co kilka lat Plan Zarządzania Otyłością oraz Narodowy Program Żywienia i Zdrowia. Nie brakuje też międzysektorowych działań na rzecz poprawy aktywności fizycznej i jakości spożywanych posiłków przez dzieci i młodzież w placówkach edukacyjnych. Podejmowane są próby ograniczenia dostępności do niezdrowych przekąsek i napojów. Funkcjonuje podatek od słodzonych niealkoholowych napojów. W przypadku konieczności leczenia nadwagi i jej powikłań refundacją nie są tam objęte porady psychologa. Istnieją wyspecjalizowane ośrodki zajmujące się leczeniem cięższych przypadków otyłości, w tym również chirurgią bariatryczną. Środki na diagnostykę i terapię pochodzą z odrębnego narodowego funduszu.

Także Hiszpania stawia na strategię międzysektorową w walce z otyłością u najmłodszych obywateli. Aktualnie problem z nadmierną masą ciała dotyka tam 15 proc. dzieci w wieku 4-9 lat i 9 proc. młodzieży w wieku 10-19 lat. Interwencje mające na celu zmniejszenie odsetka osób mających nieprawidłową masę ciała są opłacane nie tylko ze środków rządowych czy regionalnych, ale również w ramach partnerstwa publiczno-prywatnego. Duży nacisk kładzie się na wyrównywanie szans w dostępie do profilaktyki. Podejmowane są działania mające na celu ograniczenie tzw. „biedootyłości”, gdyż z badań wynika, że otyłość głównie dotyczy regionów o najniższym statusie socjoekonomicznym. Osoby mające problemy z utrzymaniem prawidłowej masy ciała mogą skorzystać z różnych świadczeń, w tym refundowanych porad psychologa. Dodatkowo w Hiszpanii funkcjonuje ciekawe rozwiązanie mające na ograniczyć spożycie soli — obowiązuje norma zawartości soli w pieczywie.

Portugalczyki z kolei mogą się pochwalić modelem kompleksowej opieki dla osób zagrożonych otyłością, czyli mających 25-29,9 BMI. Ze środków publicznych utrzymywane są multidyscyplinarne zespoły, których celem jest zapobiegnięcie osiągnięciu i przekroczeniu przez pacjentów poziomu 30 BMI. W Portugalii z problemem nadmiernej masy ciała zmagają się obecnie: 9 proc. dzieci poniżej 5 r. ż., 15 proc. dzieci w wieku 5-9 lat oraz 9 proc. młodzieży w wieku 10-19 lat.



„Od dawna badania opinii publicznej wskazują, że zdaniem Polaków największym wyzwaniem dla systemu ochrony zdrowia są kolejki do specjalistów. Tymczasem widzimy, że liczba realizowanych świadczeń w zasadzie nie zwiększa się, a kolejki rosną. Sprawozdania kwartalne Narodowego Funduszu Zdrowia wskazują, że liczba pacjentów oczekujących na wizytę u specjalisty w trybie pilnym przekroczyła 560 tysięcy osób. To ponad 70 proc. więcej niż dwa lata temu. Niezmiennie będziemy zabiegać, żeby wzrost finansowania ochrony zdrowia był racjonalnie dzielony pomiędzy zagwarantowane ustawowo podwyżki oraz wzrost dostępności świadczeń i nowe technologie” – mówi **Arkadiusz Pączka**, wiceprzewodniczący Federacji Przedsiębiorców Polskich.



„Deklaracje resortu finansów jasno wskazują, że na etapie projektowania planu finansowego NFZ oraz prac nad ustawą budżetową instytucje publiczne będą zakładać wydatki na poziomie zbliżonym do minimum określonego w ustawie »7 proc. PKB na zdrowie«. Zamrożenie poziomu wydatków w stosunku do bieżącego PKB może oznaczać, że nie będzie przestrzeni na zwiększenie dostępności ochrony zdrowia przez kolejny rok” – uważa **Łukasz Kozłowski**, główny ekonomista FPP.



„Z pilotażu nie dowiedzieliśmy się, co działa, a co nie w KSO. Testowaniu poddano zaledwie kilka z kilkudziesięciu mechanizmów zapisanych w ustawie. Koncepcja działania Krajowej Sieci Onkologicznej jest więc mocno teoretyczna. A wdrażana jest głównie dlatego, że tego wymaga od nas Komisja Europejska, wiążąca wypłatę środków z KPO od realizacji tego, co zostało w tym planie zadeklarowane” – uważa **dr Adam Kozierkiewicz**, ekspert ds. ochrony zdrowia.



„Podstawowym założeniem KSO jest to, żeby m.in. przez współpracę ośrodków onkologicznych poprawić jakość i koordynację opieki. W pilotażu sieci ta współpraca jednak nie zaistniała. Szpitale monitorujące tylko sporadycznie organizowały konsylia dla omówienia przypadków pacjentów z podlegających im szpitali niższych poziomów. Oznacza to, że w ramach sieci ośrodki działały tak samo, jak przed włączeniem do tego programu. Nie zbadano jednak, dlaczego tak się stało” – podkreśla **Anna Andrzejczak**, prezes Fundacji Onkologia 2025.



„Chorych na raka będzie coraz więcej. Jeśli do tego przytoczymy bardzo złe wskaźniki śmiertelności z powodu nowotworów, powinniśmy zdawać sobie sprawę z tego, że jako społeczeństwo powinniśmy robić więcej w zakresie edukacji, profilaktyki i wsparcia, jeżeli cho-

dzi o dostępne metody i formy leczenia onkologicznego” – podkreśla **dr Michał Seweryn**, prezes EconMed, wykładowca na Wydziale Lekarskim i Nauk o Zdrowiu Krakowskiej Akademii im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego.



„Z nowotworami w końcu sobie poradzimy, wyzwanie to zachowanie funkcji poznawczych. W idealnym świecie studentów medycyny będzie uczyło się przede wszystkim komunikacji z pacjentem zostawiając diagnozę potęgde sztucznej inteligencji analizującej w sekundę dane medyczne” – uważa **dr Adam Kruszewski**, prezes i założyciel Orphinic Scientific.



„Obserwujemy niekorzystną tendencję, jeśli chodzi o zwiększanie się przypadków czasowej niezdolności do pracy z powodu problemów psychicznych. Rok do roku liczebność, w ciągu trzech lat wzrosła o 100 tysięcy. Rośnie też liczba pozostających na rencie z powodu problemów ze zdrowiem psychicznym” – wskazuje **prof. Janusz Heitzman**, wiceprezes Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego.



„Rozpoczęcie przez Ministerstwo Zdrowia prac nad rejestrem nowotworów dziecięcych wychodzi naprzeciw potrzebom środowiska onkologów i hematologów pediatricznych, które od lat postuluje o jego utworzenie. Celem jest wzrost efektywności diagnozowania i zwiększenie skuteczności leczenia dzieci chorych onkologicznie. Powstanie Rejestru przyczyni się również do rozwoju naukowego i badawczego, a połączenie w przyszłości danych medycznych i diagnostyki molekularnej oraz zastosowanie algorytmów sztucznej inteligencji do ich analizy umożliwi tworzenie spersonalizowanych planów leczenia, zwiększając szanse dzieci na przeżycie” – mówi **prof. Jan Styczyński**, krajowy konsultant w dziedzinie onkologii i hematologii dziecięcej, kierownik Kliniki Pediatrii, Hematologii i Onkologii Szpitala Uniwersyteckiego im. dr Antoniego Jurasza w Bydgoszczy.



„Przedstawiany materiał sprawozdawczy z roku 2023 i plany na następujące lata wykazują, że strategia jest skuteczna i potrzebna. Narodowa Strategia Onkologiczna była dobrą inicjatywą, bo jest wieloletnim działaniem z bardzo ambitnymi i bardzo dobrymi, postawionymi celami. Priorytety i rozwiązania rozpoczęte w 2023 roku chcemy kontynuować, tak aby stale poprawiać poziom opieki onkologicznej. Dalej planowane jest także rozszerzanie wykazu leków refundowanych w obszarze onkologii, uruchomienie narodowego portalu onkologicznego oraz kontynuacja prac mających na celu poprawę sytuacji kadrowej i jakości

w opiece onkologicznej. Będziemy kontynuowali działania edukacyjne oraz działania mające na celu wspieranie nauki i badań klinicznych poprzez ABM. Będziemy też kontynuować pracę na rzecz kadr i jakości kształcenia we wszystkich dziedzinach onkologicznych” – zapowiada **Marek Kos**, wiceminister zdrowia.



„Mamy wciąż wiele chorób, dla których nie ma żadnego leczenia lub dostępne leczenie nie jest wystarczająco skuteczne. Wśród nich są choroby onkologiczne, autoimmunologiczne, neurologiczne i wiele chorób rzadkich. Polska ma odpowiednie zasoby, aby rozwijać leki i terapie w tych obszarach. Aktualna sytuacja każe się zastanowić, czy rządzący chcą wypisać rodzimych naukowców działających w powołanie w laboratoriach prężnie rozwijających się innowacyjnych spółek biomedycznych z prac nad przełomowymi rozwiązaniami, które mogą ratować życie tysięcy pacjentów?” – podkreśla **Marta Winiarska**, prezes Związku BioInMed.



„Braki w aptekach dotyczą przede wszystkim leków na choroby najczęściej dotykające Polaków. W interesie państwa leży więc wsparcie projektów mających na celu opracowanie metod ich produkcji w Polsce. To zabezpieczy nas przed niedoborami leków, a dofinansowane projekty przyniosą wymierną korzyść polskiemu pacjentom i polskiej gospodarce” – dodaje **Grzegorz Rychwal-ski**, wiceprezes PZPPF – Krajowych Producentów Leków.



„Zaproponowane kryteria jakościowe w poszczególnych obszarach nie dają rękojmi sprawiedliwego porównania i oceny poszczególnych jednostek. Co więcej, część kryteriów jest niejednolicie oceniana i rozumiana przez poszczególnych ekspertów. Wśród wskaźników klinicznych największą obawę budzi fakt braku wzięcia pod uwagę specyfiki populacji pacjentów, jakich ma pod swoją opieką dana jednostka. Świadczeniodawcy prowadzący leczenie trudnych pacjentów, z wielochorobowością, starszych, według zaproponowanych wskaźników będą oceniani zdecydowanie gorzej, niż prowadzący pacjentów młodszych, czy też mniej z mniejszą liczbą powikłań. Wyniki jakościowe mogą różnić się w zależności od, chociażby, liczby domów opieki społecznej, czy zakładów opiekuńczo-leczniczych znajdujących się na danym terenie. W tej sytuacji wskaźniki mogą służyć jedynie do porównywania danej jednostki rok do roku, ale w żadnym wypadku nie powinny służyć do porównywania jednostek pomiędzy sobą. Zauważalna jest próba oceny szpitala jako izolowanej jednostki od zjawisk budujących efektywność systemową. Brak wskaźników dotyczących współpracy koordynacji i integracji poziomej i pionowej np. z lekarzami rodzinnymi, AOS czy też innymi szpitalami” – mówi **Marcin Karolewski**, prezes Polskiego Towarzystwa Lekarzy Menedżerów.