

W ochronie zdrowia podstawą powinno być uświadamianie i edukacja od najmłodszych lat. Tymczasem dziś ze środków publicznych finansowane jest przede wszystkim leczenie.

- *Warto, abyśmy zadbali o zdrowie publiczne, przesuwając środki na profilaktykę, bo to się opłaca* – proponował **Rudolf Borusiewicz**, dyrektor Biura Związku Powiatów Polskich podczas konferencji „Wyzwania innowacyjności dla ekonomii i prawa w ochronie zdrowia”, która odbyła się 21 maja br. na Uniwersytecie Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie. Jak mówił dyrektor, dziś mamy raczej „Ministerstwo choroby a nie zdrowia”.

Rudolf Borusiewicz moderował panel dyskusyjny pt. „Wdrażanie rozwiązań innowacyjnych w administracji ochrony zdrowia”. Jednym z jego uczestników był dr hab. **Andrzej Śliwczyński** z Narodowego Funduszu Zdrowia, który przypomniał, że w latach 90. Oddzielono system zabezpieczenia społecznego od systemu ochrony zdrowia. – *Tak naprawdę zdrowiem zajmuje się nie jedno ministerstwo – Ministerstwo Zdrowia, ale również w określonych zakresach- chociażby dotyczących zasiłków chorobowych – Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej. Ten podział kompetencji powoduje określone problemy ze skoordynowaniem czy też ujednoliceniem działań związanych ze zdrowiem.*

Andrzej Śliwczyński mówiąc o nowoczesności zwracał uwagę na problemy, które niosą za sobą innowacje w medycynie. Jak podawał, sprawdzają się zakupy nowoczesnych i drogich leków dla określonej grupy pacjentów – ale nie nieletnich. Jak wskazywał, na razie wykonywanie operacji przez roboty - w medycynie opartej na faktach - nie wykazuje przewagi na operacjami wykonywanymi laparoskopowo. Natomiast koszt operacji przeprowadzanej przez robota jest gigantyczny w porównaniu do laparoskopii. Do tego nie ma znaczących efektów klinicznych.

Ostatnio ustawodawca wyszedł naprzeciw postępowi w medycynie i zdefiniował pojęcie programu pilotażowego, który jest programem zdrowotnym. Stosuje się go, aby zrobić doświadczenie, czy oczekiwany efekt zdrowotny w połączeniu z finansowym jest opłacalny. Nie zawsze koszt jest do poniesienia. Nie zawsze drogi lek wyleczy pacjenta. Czasem jedynie go zaleczy.

Programy może powoływać minister zdrowia, ale i prezes NFZ. Ten pierwszy może włączyć do programu technologię, która nie jest świadczeniem gwarantowanym, po to aby ją sprawdzić pod względem klinicznym i ekonomicznym. Prezes NFZ wdrażając programy zdrowotne w formie pilotażu zmienia organizację tych świadczeń, po to, żeby zobaczyć, czy to co dziś robimy w sposób bardziej ergonomiczny i lepszy dla pacjenta. – *To narzędzie, które dopiero zaczynamy wykorzystywać. Mamy cztery takie programy, np. w zakresie zdrowia psychicznego* – mówił Andrzej Śliwczyński. Dziś np. NFZ płaci gminie za to, aby zrobiła wszystko, co może w zakresie zdrowia psychicznego pacjenta.

Jacek Krajewski ze Związku Pracodawców Ochrony Zdrowia Porozumienie Zielonogórskie zwracał uwagę na słabość struktury polskiej służby zdrowia. W opiece zdrowotnej jest za mało lekarzy. Dotyczy to nie tylko podstawowej opieki zdrowotnej, ale i opieki na poziomie szpitali powiatowych. Potwierdził to **Waldemar Malinowski** z Dolnośląskiego i Ogólnopolskiego Konsorcjum Szpitali Powiatowych. - *Nie ma i geriatrów, i internistów. Cały czas apelujemy o to, aby tworzyć zawody pomocnicze – dietetyk, terapeuta* – mówił. - *Niedługo w szpitalach powiatowych będziemy zamykać internę – z powodu braku personelu. A jak jej nie będzie, to i chirurgii za jakiś czas też nie* – dodawał Waldemar Malinowski.

Jacek Krajewski wskazywał na pozytywne projekty opieki skoordynowanej - POZ plus, który działa od lipca 2018 r. Jest to jedyny taki projekt na poziomie POZ. Jego zdaniem główny wniosek z

funkcjonowania programu jest taki, że pacjenci są bardzo zadowoleni, bo dostają to, czego oczekują. - *Czyli po prostu są przebadani. Są wzywani do bilansu i czują, że są zaopiekowani. Mają lepszy dostęp do świadczeń, do specjalistów i mają, co jest hitem, dietetyka. POZ plus jest w dużej mierze finansowany ze środków unijnych.*

Kusząca jest myśl o telemedycynie, np. do wykorzystania na wsi. Ale jej koszty są na tyle wysokie, że skłaniają raczej do myślenia o rozwoju opieki domowej. Jacek Krajewski proponował takie skoordynowanie pacjenta w domu (małe miejscowości), aby dobrze funkcjonował, aby miał np. zapewnione wychnienie w domu.

Waldemar Malinowski oceniał, że w leczeniu, np. pilotażu onkologicznym podstawą powinien być POZ. *Pewne badania powinny być prowadzone przez medycynę pracy, bo ona wymusi ich wykonywanie.*

Liczy się także zmiana trybu życia pacjenta. Zdaniem Waldemara Malinowskiego gmina musi zaktywizować społeczność lokalną, bo np. osoby w grupie senioralnej będą spędzały czas na chodzeniu do lekarza. Natomiast domy opieki dziennej powinny zmienić nazwy na bardziej zachęcające. Wtedy będą przyciągały podopiecznych. Byłoby to dobre, ponieważ właśnie w takich miejscach można wykonywać niektóre badania.

Andrzej Śliwczyński zwracał także uwagę na aspekt brania odpowiedzialności pacjenta za swoje zdrowie. Proponował sankcje w postaci podwyższania składek zdrowotnych tym, którzy nie zgłaszają się na badania profilaktyczne

Z kolei prof. Irena Lipowicz z Wydziału Prawa Administracyjnego i Samorządu Terytorialnego wskazywała, że NFZ powinien stosować pozytywną motywację i informować pacjentów, jakie środki na nich wydaje. - *Brakuje ciepłego listu informującego o wydanych pieniądzach. My ciągle tylko narzekamy.*