

01_2017 | WYDANIE SPECJALNE

Pacjent w centrum skoordynowanej opieki zdrowotnej
26 maja 2017

biuletyn

 **Swiss**
Chamber Poland

Spis treści

01	<i>Edytorial</i>
02	<i>VII Polsko-Szwajcarskie Forum Dialogu</i> Wstęp do debaty
03_12	<i>Pacjent w centrum skoordynowanej opieki zdrowotnej</i> Relacja z debaty
13_14	<i>Skoordynowana opieka w raku piersi</i> dr hab. n. med. Renata Duchnowska
15_16	<i>Skoordynowana opieka w kardiologii</i> prof. dr hab. n. med. Jadwiga Nessler
17	<i>Polsko-Szwajcarskie Forum Dialogu</i> Zrealizowane tematy

Polsko-Szwajcarska Izba Gospodarcza

Al. Niepodległości 69 / 02-626 Warszawa
tel. +48 22 322 76 25 / fax +48 22 322 76 26
www.swisschamber.pl / swisschamber@swisschamber.pl

Redakcja

Małgorzata Kalińska, Katarzyna Kołowiecka,
Aleksandra Taciak, Ulrich Schwendimann

Projekt i skład

Pracownia Projektowa Danuta Stomczyńska
www.ptasia30.pl

Edytorial

Szanowni Państwo,

stoimy u progu zmian w polskiej służbie zdrowia. Temat zdrowia odzyskuje swoje właściwe – priorytetowe – miejsce w dyskusji publicznej. Choć, jak w przypadku każdej dziedziny naszego życia, pomysłów na uzdrowienie sytuacji jest wiele, cel łączy wszystkich interesariuszy – jest nim polepszenie sytuacji polskiego pacjenta. Ten szczytny cel sprawia, że nie jesteśmy odosobnieni w naszych staraniach. Cenimy sobie chęć dzielenia się swoimi doświadczeniami ze strony Szwajcarów – państwa, którego służba zdrowia, choć tak różna od innych europejskich systemów, stawiana jest za wzór. Dlatego cykliczne spotkania organizowane przez Polsko-Szwajcarską Izbę Gospodarczą – Forum Dialogu na stałe wpisały się już do kalendarzy przedstawicieli służby zdrowia oraz wszystkich osób zainteresowanych zmianami w systemie opieki zdrowotnej w Polsce.

Pacjent w centrum skoordynowanej opieki zdrowotnej – to główny temat siódmego już spotkania ekspertów z Polski i Szwajcarii, które odbyło się 26 maja 2017 roku. Wydarzenie poświęcone było opiece zdrowotnej zorientowanej na potrzeby pacjenta w zakresie leczenia chorób przewlekłych, w tym w szczególności chorób kardiologicznych i onkologicznych.

Obecnie w polskim systemie opieki zdrowotnej realizacja wyznaczonych procedur w znacznym stopniu przeważa nad skutecznym i skoordynowanym zarządzaniem leczeniem pacjenta. Tymczasem koncentracja na potrzebach pacjenta, kompleksowe zarządzanie procesem leczenia oraz dostęp do nowoczesnych i innowacyjnych technologii medycznych to główne elementy, które składają się na nowoczesny i skuteczny system opieki zdrowotnej.

Pacjent w centrum uwagi, pacjent, który umie poruszać się w systemie opieki zdrowotnej, pacjent, który otrzymuje właściwą opiekę we właściwym czasie – to marzenie każdej służby zdrowia. Rozwiązaniem może być skoordynowana opieka zdrowotna –



skuteczna i efektywna kosztowo – zarówno dla pacjenta, jak i dla państwa. Do tego dążymy, to cel także obecnego Rządu, który za priorytet postawił sobie „uleczenie” systemu opieki zdrowotnej w Polsce. Idea jest słuszna, lecz jej realizacja niezmiernie trudna.

W Europie funkcjonują systemy zdrowotne, na których warto się wzorować. Nie wszystkie rozwiązania z sukcesem stosowane w innych państwach można przenieść na grunt Polski. Efektywniejszym rozwiązaniem jest więc wzajemna wymiana doświadczeń, która pozwala wypracować podobny skutek, lecz z uwzględnieniem lokalnych warunków. Temu służy debata, która zbiera głosy różnych stron, pozwala na analizę argumentów i wypracowanie rozwiązań. Dlatego do dyskusji o głównych wyzwaniach opieki zdrowotnej skoncentrowanej na pacjencie – w ramach Polsko-Szwajcarskiego Forum Dialogu – zostali zaproszeni zarówno przedstawiciel Ministerstwa Zdrowia, jak i eksperci z dziedziny medycyny i ekonomii. O tym, że warto postawić na skoordynowaną opiekę zdrowotną przekonywali szwajcarscy goście, którzy podzielili się z nami swoim doświadczeniem związanym z procesem wdrażania tego rozwiązania w swoim kraju. Podzielili się także uniwersalnymi wskazówkami – to ewolucja a nie rewolucja, która zapewnia stabilność inwestycyjną jest metodą na wprowadzenie wszelkich zmian.

Niezmiernie cieszy mnie fakt, że z roku na rok przekonujemy się, że dialog jest najlepszą formą publicznej debaty – nastawiony jest bowiem nie na rywalizację, lecz czerpanie wiedzy z wzajemnych doświadczeń. Każda edycja gromadzi znamienitych gości, reprezentujących wszystkie strony systemu opieki zdrowotnej – parlamentarzystów, przedstawicieli samorządów lekarskich i pielęgniarskich, organizacji pacjentów, organizacji branżowych, instytucji ubezpieczeniowych i firm farmaceutycznych. Tylko dyskusja, w której udział biorą wszystkie zainteresowane strony może przelożyć się na wymierne efekty.

Zachęcamy do lektury relacji z VII Polsko-Szwajcarskiego Forum Dialogu.

Lukas Schifferle,
Radca Handlowy
Ambasady Szwajcarii

Ulrich Schwendimann,
Dyrektor Polsko-Szwajcarskiej
Izby Gospodarczej

VII Polsko-Szwajcarskie Forum Dialogu



1

Już po raz siódmy eksperci z Polski i Szwajcarii spotkali się podczas wspólnej debaty

Polsko-Szwajcarskie Forum Dialogu to inicjatywa, której celem jest dyskusja o kształcie i kierunku reform w polskim systemie ochrony zdrowia oraz wypracowanie modelu relacji między interesariuszami opartego na otwartym dialogu, czerpiącym z doświadczeń szwajcarskich. Wydarzenie organizowane cyklicznie przez Ambasadę Szwajcarii oraz Polsko-Szwajcarską Izbę Gospodarczą umożliwia wymianę poglądów oraz wspólną dyskusję osób zaangażowanych w system opieki zdrowotnej w Polsce nad rozwiązaniami dopasowanymi do potrzeb polskiego społeczeństwa.

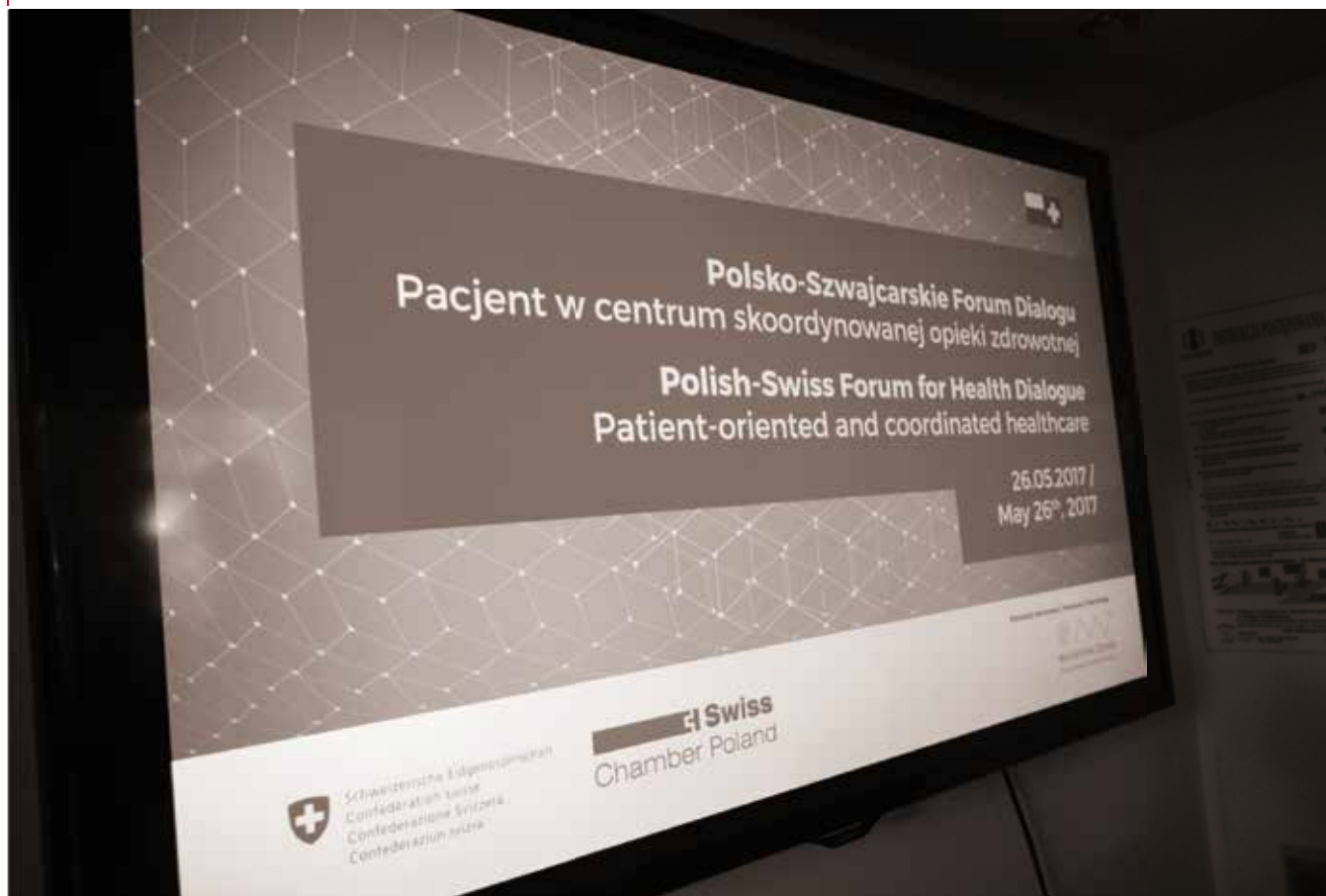
Tegoroczna – siódma już edycja Polsko-Szwajcarskiego Forum Dialogu odbyła się 26 maja w Warszawie. Forum zgromadziło znamienitych gości – ekspertów w dziedzinie zdrowia. W dyskusji udział wzięli: dr n. med. Zbigniew Król, wiceminister zdrowia,

prof. Ewelina Nojszewska, specjalista w zakresie ekonomii zdrowia, Szkoła Główna Handlowa w Warszawie, dr med. Ignazio Cassis, lekarz, Członek Parlamentu Konfederacji Szwajcarskiej oraz Przewodniczący Komisji Zdrowia i Polityki Społecznej, prof. Mirosław Wysoccki, Dyrektor Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego oraz prof. Gregor Zünd, profesor chirurgii, Przewodniczący Komitetu Wykonawczego Szpitala Uniwersyteckiego w Zurychu.

Cykliczny dialog między interesariuszami z Polski i zagranicy ma na celu wypracowanie rekomendacji dla systemu opieki zdrowotnej w Polsce. W tym roku dyskusja dotyczyła skoordynowanego systemu opieki zdrowotnej, w którym pacjent byłby w centrum uwagi.

Pacjent w centrum skoordynowanej opieki zdrowotnej

Relacja z debaty



2

Dyskusja rozpoczęła się od wystąpienia dr med. Ignazio Cassisa, członka Parlamentu Konfederacji Szwajcarskiej, który przedstawił, jak w Szwajcarii zmieniało się podejście do pacjenta. Ekspert skupił się nie tylko na sukcesach, ale opowiedział również o wymagającej drodze, fiasku programów nakierowanych na upodmiotowienie pacjenta, wreszcie na skoordynowanej opiece zdrowotnej, którą w Szwajcarii objęte jest już 25% społeczeństwa. Perspektywę Polski przybliżył Minister Zdrowia, który wskazał dziedziny (onkologia, kardiologia), w których także możemy pochwalić się wdrażaniem modelu opieki skoordynowanej.

Dr med. Ignazio Cassis, Członek Parlamentu Konfederacji Szwajcarskiej:

Już w latach 80. XX w. Szwajcarzy zdali sobie sprawę, że pacjenci jak najwięcej powinni wiedzieć o tym, jak poruszać się w systemie opieki zdrowotnej. W latach 80. w części szwajcarskich kantonów pojawiły się programy upodmiotowienia pacjenta oparte o wytyczne WHO. Wyniki pierwszych takich programów nie spełniły swoich oczekiwań. Dlatego 10 lat później podjęto ponowną próbę ich wdrożenia, ale już pod inną nazwą. Działając w myśl ówczesnych wytycznych WHO, wprowadziliśmy programy „wiedzy o zdrowiu”, które również nie odniosły sukcesu. W 2005 roku zdecydowaliśmy się na mniej inżynierskie, a bardziej ekonomiczne podejście. Staramy się pracować nad zachętą finansową dla każdego pacjenta, która zmotywuje go do podejmowania jak najlepszych wyborów i pomoże w uniknięciu marnowania zasobów w systemie. Szwajcarzy są bardzo zadowoleni z funkcjonującego systemu opieki zdrowotnej, ale podobnie jak inne kraje borykają się z wyzwaniami finansowymi. Dzisiaj 25% szwajcarskiej populacji objęta jest ubezpieczeniem



3

zdrowotnym, co ogranicza koszty i zwiększa jakość opieki. Popieramy zmianę na ten właśnie system, ale zmianę postępującą powoli, a nie rewolucyjnie.

Dr n. med. Zbigniew Król, wiceminister zdrowia:

Szwajcarzy są zdecydowanie szczęśliwszym narodem niż my, Polacy. To szczęście powinniśmy stymulować. Wyniki badań, którymi dysponujemy, wskazują na to, że zadowolenie pacjentów z korzystania z systemu nie jest tak niskie, jak podaje opinia publiczna, i jak wskazują niektóre inne przytaczane wyniki.

W Polsce możemy wskazać kilka pozytywnych przykładów, wprawdzie bardziej skoordynowanej niż zorientowanej na pacjencie, opieki. Pierwszym z takich elementów jest opieka kardiologiczna w przypadku zawałów – od tego wiele lat temu rozpoczęliśmy skokową zmianę. Jest ona bardzo istotna. Drugi przykład to opieka onkologiczna, szczególnie wczesna diagnostyka. W obu obszarach mówimy o manage care – części zarządzania chorobą, a nie opieki skoordynowanej, zorientowanej na pacjenta.

Wśród rozwiązań systemowych, które planujemy wdrożyć, są zarówno ustawa o podstawowym zabezpieczeniu szpitalnym, jak i ustawa o podstawowej opiece zdrowotnej. W ich końcowym efekcie, pacjent będzie miał zadeklarowanego lekarza, który zdiagnozuje rzeczywiste problemy zdrowotne, pokieruje, skoordynuje opiekę na wyższych poziomach, a gdy pacjent trafi do szpitala – będzie miał zapewnione wykonanie wszystkich procedur, a nie jedynie sfinansowanie konkretnych świadczeń. Opieka skoordynowana zdecydowanie bardziej będzie opieką zorientowaną na pacjenta niż business management.

Zgodnie z danymi WHO, w 2015 roku w Szwajcarii 284 osoby na 100000 zmarły z powodu chorób przewlekłych – to redukcja o ¼ w stosunku do roku 2000. Na tle innych, także zaawansowanych gospodarczo państw, to bardzo niski wskaźnik. Z kolei w Polsce z powodu chorób przewlekłych, rocznie umiera 2 razy więcej osób – 470 na 100000. To mniej niż jeszcze w 2000 roku, kiedy liczba ta wynosiła 643 osoby. Udział „kodów śmieciowych” w Polsce kształtuje się na poziomie 25-28%, czasem 30%. Są to dane na poziomie Egiptu, Sri Lanki, Bułgarii.

Prof. dr med. Gregor Zünd, profesor chirurgii, Przewodniczący Komitetu Wykonawczego Szpitala Uniwersyteckiego w Zurychu:

Szwajcaria ma tę przewagę, że jest krajem małym i dane statystyczne gromadzone są w sposób scentralizowany. Jednak także mamy do czynienia z tzw. „śmieciowymi przyczynami zgonów”, czego przyczyna tkwi nierzadko w automatyzacji wypełniania formularzy przez lekarzy i pojawiających się pytań, czy rzeczywiście postawiono słuszną diagnozę. Dane, którymi dysponujemy nie zawsze odzwierciedlają rzeczywistość. Bez wątpienia jednak gromadzenie danych statystycznych warto scentralizować. Należy także rozmawiać nie tylko o sposobie gromadzenia tych danych, ale także o ich jakości.

Prof. dr hab. n. med. Mirosław Wysocki, Dyrektor Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego, Krajowy Konsultant w dziedzinie Zdrowia Publicznego:

W Polsce rocznie umiera ok. 390 tysięcy osób, dziennie ok. 1070-1080. Główny zabójca to w dalszym ciągu choroby układu krążenia (45%), drugi – nowotwory złośliwe (25%). To, że współczynnik ten jest o wiele wyższy od Szwajcarii znajduje przyczyny w historii. Odzyskaliśmy niepodległość tak naprawdę w 1989 roku. Ostatnie 10 lat życia w socjalizmie negatywnie wpłynęło na zdrowie.

O ile kardiologia to obraz sukcesu, to w nowotworach nie zawsze jest tak dobrze. Późno rozpoznajemy chorobę, screening nie działa prawidłowo, niekorzystne są też wskaźniki 5-cio letniej przeżywalności. W onkologii jest dużo do zrobienia już dzisiaj i Ministerstwo i towarzystwa onkologiczne działają.

Kody śmieciowe – tzw. „garbage codes” w Polsce stanowią od 25 do 29%. Są to kody dot. nieokreślenia rodzaju nowotworu, różnych objawów, nieokreślonych chorób serca, chorób starczych, jak również niewydolności serca. Wysoki wskaźnik wynika m.in. z tego, że w kartę zgonu często błędnie wpisywana jest przyczyna zgonu. Trzeba też wiedzieć, że wśród kodów śmieciowych są również te choroby przewlekłe, które nie są ujmowane w oficjalnej statystyce, czy też dopiero w kolejnych etapach analiz do niej zaliczane. Takim niewątpliwym dużym i rosnącym zjawiskiem epidemiologicznym jest niewydolność serca.

Prof. dr hab. Ewelina Nojszewska, Szkoła Główna Handlowa w Warszawie:

Jako ekonomista zajmujący się od lat ochroną zdrowia, bardzo chciałabym by podejście koordynowane i skoncentrowane na pacjencie zostało osiągnięte. Podniesie ono zarówno skuteczność kliniczną, jak i poprawi efektywność ekonomiczną.



4 prof. Mirosław Wysocki, Dyrektor Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego



5 po lewej: prof. dr med. Gregor Zünd, profesor chirurgii, Przewodniczący Komitetu Wykonawczego Szpitala Uniwersyteckiego w Zurychu

Pierwszym problemem we wdrożeniu takiego podejścia są silne ograniczenie budżetowe. Drugim – struktura budżetu. Dużymi błędami systemowymi są bez wątpienia wydatki „out of pocket” ze strony pacjentów (ok. 1/3 wydatków), fakt, że nie ma ubezpieczeń komercyjnych, które skanalizowałyby i uporządkowały te kwestie. Możemy bardzo dużo nauczyć się od Szwajcarii, jednak to jest podstawa do zastanowienia się, a nie do mechanicznego przekładania rozwiązań z uwagi m.in. na skrajnie różne uwarunkowania. Jako ekonomista muszę podkreślić, że najważniejsze jest liczenie, używanie analizy ilościowej, która jest podstawą do prawidłowej analizy jakościowej. Do tego potrzebne są dane.

W ramach współpracy z Instytutem Innowacyjna Gospodarka policzyliśmy koszty bezpośrednie i pośrednie trzech wybranych chorób ginekologiczno-onkologicznych – raka piersi, raka jajnika i raka szyjki macicy. Z raportu wynika, że koszty pośrednie są 6-cio krotnością kosztów bezpośrednich.

Jeśli mówimy o kosztach bezpośrednich, czyli o kosztach leczenia, to bierzemy pod uwagę koszty ponoszone przez chorych i ich niefor-



6

malnych opiekunów, a więc absenteizm i prezenteizm, czyli zmniejszenie wielkości produkcji spowodowanej nieobecnością i mniejszą produktywnością. Dane te obrazują ile tracimy PKB na skutek chorowania i opiekowania się bliskimi, ile osób nie pracuje i wychodzi z rynku pracy. Są to konsekwencje dwojakie dla finansów publicznych – ponieważ zmniejsza się dochód osób chorych i ich opiekunów, a więc zmniejszają się konsumpcja i oszczędności, które są motorem inwestycji. Ponadto sektor finansów publicznych ponosi koszty rent inwalidzkich, świadczenia rehabilitacyjne dla osób będących na zwolnieniach lekarskich. To jest koszt, którego też można by uniknąć, lecząc skutecznie droższymi metodami.

Zagadnienie kosztów pośrednich może być rozpatrywane w krótkim i długim okresie. Jak podają statystyki średnio 75% leczenia onkologicznego jest nieskuteczna. Więc w leczeniu bezpośrednim warto również popatrzeć strategicznie, w długim okresie i dążyć do modelu medycyny personalizowanej, która jest „szyta na miarę”, gdzie leczy się nie chorobę, a pacjenta.

Jeśli chcemy reformować system, budować tę koordynację, koncentrować się na pacjencie, to przede wszystkim trzeba policzyć wszelkiego rodzaju koszty związane ze zdrowiem i z chorobą, w tym także sposób wyceny procedur medycznych.

Drugi sposób liczenia kosztów w gospodarce, to spojrzenie na szpital jak na przedsiębiorstwo, w przypadku którego należy badać efektywność jego funkcjonowania. W polskich szpitalach wykorzystywanych jest średnio 70% łóżek, 30% stoi pustych, a za nimi – zgodnie z regulacją prawną – stoją koszty. W okulistyce, gdzie pacjenci masowo wyjeżdżają do Czech i do Niemiec na operację zaćmy, wykorzystanie łóżek jest na poziomie 50%. Więc mogą tylko poprosić, aby korzystali Państwo z wyników naszych analiz ekonomicznych, jako jednych z ważniejszych elementów do podejmowania racjonalnych decyzji w zdrowiu publicznym i polityce zdrowotnej.



7 dr med. Ignazio Cassis, lekarz, Członek Parlamentu Konfederacji Szwajcarskiej, Przewodniczący Komisji Zdrowia i Polityki Społecznej

Dr n. med. Zbigniew Król, wiceminister zdrowia:

W polskim systemie ochrony zdrowia mamy koszmarny problem z ilością informacji i danych, które są generowane, przesyłane i przez nikogo nie analizowane. Mamy też problem finansowy dotyczący wykonywania świadczeń – narzucenie przez kasy chorych, a potem NFZ systemu płacenia za konkretną usługę, co zdeterminowało koszty świadczeń w Polsce.

W kwestii statystyki wykorzystania łóżek – kiedyś średni czas pobytu pacjenta w polskim szpitalu wynosił 11,2 dnia, w tej chwili – to jest ok 5, a nawet mniej niż 5 dni. Odnosząc się do okulistyki – w tej sytuacji mamy do czynienia z wpływem sposobu finansowania, który determinuje konieczność położenia pacjenta w szpitalu. Tymczasem nasi pacjenci jeżdżą do Czech i wracają wieczorem. Mogliby tak samo robić w polskich jednostkach, ale kontraktowanie determinuje to, że pacjent musi przebywać w szpitalu.

Dr med. Ignazio Cassis, Członek Parlamentu Konfederacji Szwajcarskiej:

Na całym świecie mamy ten sam problem dotyczący statystyk zgonów. Musimy edukować lekarzy, żeby wypełniali formularze w poprawny sposób. Statystyki są bardzo ważne – polegamy na nich, tworząc przyszłość dlatego należy zainwestować w to, żeby zbieranie danych było jak najlepsze.

W Szwajcarii też mamy „cmentarze danych” – dane, które zbieraliśmy w latach 80. i 90. XX wieku. Gromadziliśmy dane na uniwersytecie czy w ośrodkach badawczych, które były niewykorzystywane, a 10 lat później były nieaktualne i nieprzydatne do analiz. Mamy więc te same problemy, ale w zależności od historii danego kraju, mamy je albo trochę wcześniej albo trochę później. Mamy więcej wspólnego niż sądzimy. Po prostu jesteśmy na innym etapie rozwoju.

Prof. dr med. Gregor Zünd, profesor chirurgii, Przewodniczący Komitetu Wykonawczego Szpitala Uniwersyteckiego w Zurychu:

Myślę, że dane dotyczące chorób są ważniejsze niż dane dotyczące zgonów i to na nich należałoby się bardziej koncentrować. Musimy zrozumieć tendencję, dlaczego dana choroba się pojawia, dlaczego się rozwija. Ważne jest to, abyśmy wdrażali leczenie dużo wcześniej, bo dzięki temu zmniejszylibyśmy poważnie koszty. Jestem przekonany, że musimy naprawdę zbierać te dane, aby jeszcze przed diagnozą zainterweniować z leczeniem. Dzięki temu, że będziemy mogli rozumieć tendencje choroby, będziemy mogli leczyć pacjenta na wczesnym etapie.

W dalszej części dyskusji powrócono do głównego tematu spotkania – skoordynowanej opieki zdrowotnej. W Szwajcarii jest ona w agendzie debaty publicznej od lat. Zagraniczni goście podzielili się swoimi doświadczeniami związanymi z jej wdrażaniem oraz rekomendacjami.

Dr med. Ignazio Cassis, Członek Parlamentu Konfederacji Szwajcarskiej:

W Szwajcarii nie mamy scentralizowanego systemu opieki zdrowotnej i nie jest to system zarządzany przez państwo. To istotne w zrozumieniu, w jaki sposób zintegrowana opieka zdrowotna została wdrożona na początku lat 90. XX wieku. Tak naprawdę obejmuje ona świadczeniodawców – lekarzy i szpitale oraz ubezpieczycieli, którzy mają swobodę we wprowadzaniu innowacji i nowych rozwiązań. Państwo jest regulatorem – nadzoruje system i rozwiązuje ew. pojawiające się problemy.

Na początku lat 90. młodzi lekarze chcieli usprawnić medycynę. Był to czas, kiedy system opieki zdrowotnej stawał się coraz bardziej

złożony i coraz więcej podmiotów działało wokół pacjenta. Zamiast jednego czy dwóch specjalistów, było ich ośmiu czy dwunastu. Tworzyło to problemy m.in. ze względu na zarządzanie informacjami. Młodzi lekarze, wspólnie z ubezpieczycielami, starali się stworzyć nową formę opieki zdrowotnej. Ubezpieczyciele odgrywali więc ważną rolę w opracowaniu zintegrowanej opieki zdrowotnej w Szwajcarii. Państwo natomiast, na poziomie federalnym czy kantonalnym, nie podejmowało działań. Była to inicjatywa oddolna, a nie odgórna. Teraz, 12-15 lat później obserwujemy, w jaki sposób zintegrowany model opieki zdrowotnej się rozwinął.

Szwajcarzy co roku muszą podejmować decyzję, jak będą ubezpieczeni. Muszą być ubezpieczeni, ale mają swobodę w wyborze rodzaju ubezpieczenia. 25% populacji ubezpieczona jest w zintegrowanym modelu (2,5 mln z 8,5 mln). Osoby te decydują się na niego, ponieważ jest tańszy i lepszy jakościowo.

Jako państwo mamy problem, bo wprawdzie wszyscy są zadowoleni z systemu opieki zdrowotnej, ale rosną koszty opieki zdrowotnej, które mogą sprawić, że system przestanie być wypłacalny. Zintegro-

wana opieka zdrowotna nabrała tempa. Mamy 2,5 mln osób ubezpieczonych w tym systemie. Nie jest to tzw. „zarządzana” opieka, ale jest to system podobny. Dysponujemy oczywiście opieką lekarza rodzinnego, pielęgniarki itd., ale istota tego modelu koncentruje się na tym, by pacjent otrzymał opiekę we właściwym miejscu i czasie, bez straty pieniędzy – za tym właśnie polega zintegrowana opieka zdrowotna.

Szczegółowemu opisowi tworzenia zintegrowanej opieki zdrowotnej w Szwajcarii przedstawionemu przez dr med. Ignazio Cassisa przysłuchiwał się polski wiceminister zdrowia. Zbigniew Król ustosunkował się do słów Szwajcara, odnosząc się do realiów polskiego systemu opieki zdrowotnej.

Dr n. med. Zbigniew Król, wiceminister zdrowia:

Obawiam się, że koordynowana opieka zdrowotna to kolejny wytrych w reformowaniu polskiego systemu opieki zdrowotnej. Mieliśmy już kontraktowanie, jakość, ubezpieczenia i inne podobne tezy. Dzisiaj mamy koordynowaną opiekę zdrowotną, która już nam



8 od lewej: prof. dr med. Gregor Zünd; Andrej Motyl, Ambasador Szwajcarii



9 dr n. med. Zbigniew Król, wiceminister zdrowia

się „wymyka”. Na pewno musimy popracować nad definicją, doprecyzować, o co nam konkretnie chodzi. W moim odczuciu opieka koordynowana nad pacjentem to coś, co można nazwać „zarządzaniem stanem chorobowym”. Dotyczy to sytuacji, w której mamy już rozpoznaną chorobę, kiedy znamy wszystkie problemy pacjenta. Tak mamy m.in. w kardiologii, onkologii, w opiece nad kobietą ciężarną. Przed nami koordynacja dotycząca psychiatrii.

Opieka skoncentrowana na pacjencie, dotyczy sytuacji, w której potrzeby zdrowotne nie zostały jeszcze zdefiniowane. Dążymy do tego, żeby ludzie trafiali ze swoimi problemami do profesjonalisty, który wskaże nam różne możliwości systemu. To jest właśnie koordynowana opieka, która ma być budowana wraz z ustawą o Podstawowej Opiece Zdrowotnej. Uważamy, że POZ jest tym elementem, gdzie powinno być postawione więcej zadań dotyczących zdrowia publicznego, związanych z koordynacją promocji i profilaktyką. Mamy niestety tendencję do niedokańczania reform.

Mamy dwa elementy, których nie możemy łączyć i musimy do nich inaczej podchodzić - kiedy mamy rozpoznaną chorobę i kiedy mamy podejrzenie, niezidentyfikowane potrzeby zdrowotne człowieka.

Dalszą część dyskusji zdominowała kwestia „stabilności systemu”. Szwajcarscy goście – dr med. Ignazio Cassis oraz prof. dr med. Gregor Zünd zwrócili uwagę, że jest ona podstawą dobrego funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej. Nie każdy pomysł na uzdrowienie służby zdrowia musi być wdrożony. Reformy powinny być wprowadzane mądrze – w odpowiednim odstępie czasowym. Nie rewolucja, a ewolucja jest kluczem do sukcesu.

Dr med. Ignazio Cassis, Członek Parlamentu Konfederacji Szwajcarskiej:

Stabilność jest absolutnie najważniejszym elementem każdego złożonego systemu. Bez zapewnienia stabilności nie byłoby możliwe wprowadzenie żadnej innowacji, która znalazłaby inwestorów. To bardzo ważne, aby zrozumieli to politycy. W Szwajcarii to nie politycy budowali system opieki zdrowotnej, ale zawodowcy i eksperci.



10

Jestem parlamentarzystą od 10 lat. Średnio co 2-3 lata obserwuję jak na scenę polityczną wkraczają nowi politycy z nowymi pomysłami. Jeżeli co miesiąc czy co rok staramy się coś zmienić w systemie opieki zdrowotnej, to niestety pacjentom, obywatelom, to nie pomaga. Po drugie, dajmy pacjentom, ubezpieczonym i obywatelom jak największą wolność. Poinformujmy ich również ile kosztuje ich opieka zdrowotna. W moim przekonaniu nie możemy stosować tylko podejścia inżynierskiego. To podejście ekonomiczne będzie odgrywało coraz większą rolę, ponieważ tworzymy cały system zachęt, na podstawie którego ludzie podejmują decyzje. Podejście inżynierskie i ekonomiczne muszą się równoważyć.

Prof. dr med. Gregor Zünd, profesor chirurgii, Przewodniczący Komitetu Wykonawczego Szpitala Uniwersyteckiego w Zurychu:

Nie mam wątpliwości, że stabilność jest niezwykle ważna. Państwo musi wziąć na siebie rolę dbania o stabilność. Jeśli państwo nie dba o stabilność, to pojawia się potencjał niestabilności. Myślę, że bardzo ważną odpowiedzialnością ministra zdrowia i państwa jest podjęcie tej rozmowy oraz dbanie o tę stabilność. Jeśli nie ma

stabilności, to nikt w ten system nie będzie inwestował, a wtedy pojawia się pułapka i niebezpieczeństwo.

Dr n. med. Zbigniew Król, wiceminister zdrowia:

Stabilność jest rzeczą niestychanie istotną w opiece zdrowotnej, szczególnie w kontakcie z pacjentem. Ale w naszym systemie politycznym, ekonomicznym i zdrowotnym jest marzeniem pokoleń, które dopiero aspirują do określonych rozwiązań. Nasza reforma jest przygotowywana na wiele lat, mamy pełną świadomość tego, w jaki sposób wpłynie to na życie obywateli oraz wspomnianych wcześniej inwestycji.

Prof. dr hab. n. med. Mirosław Wysocki, Dyrektor Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego, Krajowy Konsultant w dziedzinie Zdrowia Publicznego:

W pełni zgadzam się ze stwierdzeniem, że powinniśmy koncentrować się na chorych. Statystyka zgonów jest końcowym obrazem sytuacji zdrowotnej. Natomiast chorzy na choroby przewlekłe,

o których nie wiemy, to jest właśnie esencja zdrowia publicznego. Klasycznym przykładem są zgony z powodu raka szyjki macicy – 1 700 zgonów rocznie w Polsce. Gdybyśmy dysponowali dobrym screeniowaniem i szczepieniami HPV mielibyśmy ich 10 razy mniej.

Koordynowana opieka zdrowotna jest koniecznością. Cieszę się, że Ministerstwo Zdrowia podejmuje próby w tym zakresie, zwłaszcza w podstawowej opiece zdrowotnej, gdzie przeprowadzane są pilotaże, aby lekarz mógł m.in. kierować zespołem, mógł skonsultować się ze specjalistą czy szpitalem i aby pacjent nie musiał zbyt długo czekać na potrzebną opiekę. Podobnie w przypadku szpitali – aby, kiedy pacjent jest wypisywany miał zapewnioną wizytę czy rehabilitację. Jest jednak jeden, poważny warunek, potrzebny, by opieka zdrowotna była dobrze koordynowana – cyfryzacja a także dostęp, zabezpieczenie i przepływ danych. Dane, do których dostęp będą mieli lekarze z różnych poziomów opieki zdrowotnej.

Prof. dr hab. Ewelina Nojszewska, Szkoła Główna Handlowa w Warszawie:

Opieka skoordynowana jest absolutnie potrzebna, przede wszystkim dla pacjentów, by kontaktując się ze wszystkimi świadczeniodawcami nie czuli się zagubieni. My nie mamy systemu informatycznego, a więc również systemu informacyjnego. Jeżeli nie będzie przepływu informacji pomiędzy poszczególnymi świadczeniodawcami, a więc pełnego obrazu choroby i leczenia pacjenta, to koordynowana opieka zdrowotna nie ma szans. W dalszym ciągu nie wprowadzono jednolitego systemu informatycznego. Jest to pokłosie kas chorych, kiedy każde województwo miało swój system. Do tej pory, po tylu latach, nie udało się tej kwestii rozwiązać.

Digitalizacja i ucyfrowienie – cele, które Szwajcaria stawia sobie na najbliższe lata. Zadaniem odejście od leczenia szpitalnego na rzecz opieki ambulatoryjnej nad pacjentem np. w jego domu.



11 prof. Ewelina Nojszewska, specjalista w zakresie ekonomii zdrowia

Prof. dr med. Gregor Zünd, profesor chirurgii, Przewodniczący Komitetu Wykonawczego Szpitala Uniwersyteckiego w Zurychu:

Możemy mówić o dwóch tendencjach. Jedna to digitalizacja, czyli ucyfrowienie. Druga – pacjent musi być w centrum. Wierzymy, że musi to być oddolne podejście. Dlatego musimy stworzyć wyspecjalizowany system, który będzie gotowy do takiego podejścia.

Jeśli mówimy o digitalizacji, trzeba pomyśleć o tym, jak zgromadzić te wszystkie dane, jak je skoordynować i sprawić, że będą one efektywnie wykorzystywane. Tylko wtedy będziemy w stanie zbudować nowy system, który będzie łatwo podchodził do diagnozy i do leczenia.

Druga kwestia – jeśli pacjent ma być w centrum, to musimy się skupić na jego potrzebach. Chciałbym pogratulować Polsce ok. 5,5 dnia hospitalizacji. U nas wynosi ona ponad 6 dni. Chcielibyśmy skrócić ten czas, ponieważ, ze względu na wysokie koszty leczenia szpitalnego, chcemy leczyć pacjentów poza szpitalami. Patrząc zarówno na Szwajcarię jak i Polskę, to jest nasza przyszłość.

Dr med. Ignazio Cassis, Członek Parlamentu Konfederacji Szwajcarskiej:

Czeka nas w przyszłości ważna zmiana w kwestii hospitalizacji i leczenia ambulatoryjnego. Z jednej strony musimy zmienić perspektywę państwa – inaczej uregulować system zachęt tak, by większy nacisk kładziony był nie na hospitalizację, a właśnie na leczenie ambulatoryjne, ponieważ jest ono tańsze i lepsze dla pacjentów. Z drugiej strony musimy zastanowić się nad rozwojem zintegrowanych ośrodków medycznych.

Teraz w Szwajcarii przechodzimy z opieki zintegrowanej 1.0 do modelu 2.0. Oznacza to, że integracja dotyczy nie tylko gabinetów w układzie ambulatoryjnym, ale również domów opieki dla ludzi starszych, szpitali, ośrodków opieki, czy klinik. Kolejna kwestia to e-zdrowie, a więc element mający w Szwajcarii długą historię. Chcemy zawsze coś ulepszać – usprawniać systemy IT, bazy danych, systemy komputerowe.

Kilka tygodni temu weszła w życie ustawa o e-zdrowiu w Szwajcarii – nasze szpitale mają teraz 3 lata na koordynację działań, domy opieki dla osób starszych 5 lat, natomiast lekarze nie są objęci tą ustawą. Nie wiem, czy uda nam się zbudować transparentność tego systemu bez lekarzy. Za 10 lat, zgodnie z nowymi przepisami, będziemy mieli bardzo dobry system zbierania informacji, który pozwoli nam poszerzyć naszą obecną wiedzę oraz będzie podstawą słusznych decyzji w przyszłości. Kolejnym dużym procesem jest digitalizacja. Jesteśmy w przededniu rewolucji w tym obszarze.

Prof. dr hab. n. med. Mirosław Wysocki, Dyrektor Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego, Krajowy Konsultant w dziedzinie Zdrowia Publicznego:

Sprawą oczywistą jest dla mnie to, że system powinien być skoncentrowany na pacjencie. Istnieje wskaźnik Światowej Organizacji Zdrowia, który przy ocenie systemu bierze pod uwagę responsywność czy wrażliwość. Oznacza to traktowanie pacjenta, jako człowieka i jako partnera w leczeniu. Często o tym zapominamy. Mam nadzieję, że te reformy spowodują powrót do tych elementów.

Prof. dr hab. Ewelina Nojszewska, Szkoła Główna Handlowa w Warszawie:

Rozpoczął się proces tworzenia także inicjatyw oddolnych. Przykładowo, w odniesieniu do raka piersi tworzą się tzw. „breast units”, różne pomysły, w jaki sposób skutecznie prowadzić pacjentki przez proces leczenia.

Skoordynowana opieka w raku piersi

dr hab. n. med. Renata Duchnowska

onkolog, Wojskowy Instytut Medyczny w Warszawie



12

Każdego roku u dziesiątek tysięcy polskich pacjentów zdiagnozowany zostaje nowotwór. Najczęściej:

- Rak płuca – u ok. 21 tys.
- Rak piersi – u ok. 17 tys.
- Rak jelita grubego – u ok. 16 tys.
- Rak gruczołu krokowego – u ok. 10 tys.

W celu przeciwdziałania rosnącej zachorowalności na nowotwory w Polsce zainicjowano opracowanie i wdrożenie Strategii Walki z Rakiem na lata 2015-2024. Poprawa onkologicznych wskaźników epidemiologicznych w Polsce wymaga reformy organizacji opieki onkologicznej. Istotne znaczenie ma optymalizacja ścieżki chorego w systemie, standaryzacja i zarządzanie procesem rozpoznawania i leczenia, planowanie i monitorowanie skuteczności interwencji.

Strategia zakłada leczenie pacjentów w poszczególnych ośrodkach w zależności od rodzaju nowotworu. Nowy model opieki onkologicznej zakłada powstanie:

- gęstej sieci wyspecjalizowanych narządowych ośrodków kompetencji – rak jelita grubego, rak piersi, rak płuca, rak gruczołu krokowego,

- specjalistycznych ośrodków leczenia nowotworów – układu nerwowego, układu moczowego, narządów miednicy mniejszej,
- centra doskonałości – skomplikowane przypadki kliniczne, nowotwory rzadkie.

Działalność wyżej wymienionych ośrodków umożliwi poprawę specjalizacji poszczególnych szpitali, co pozwoli osiągnąć efekt skali, zwiększy dostępność pacjentów do wyspecjalizowanych ośrodków, wprowadzi zintegrowane podejście wielodyscyplinarne oraz ułatwi monitorowanie jakości.

Niezwykle istotne przy prowadzeniu tego typu ośrodków są również korzyści płynące dla pacjentów:

- lokalizacja w okolicach miejsca zamieszkania,
- powtarzalna jakość, która oznacza zaufanie,
- terminowość świadczeń i przewidywalność czasu poszczególnych etapów procesu diagnostyczno-terapeutycznego,
- skoordynowana opieka na każdym etapie ścieżki diagnostyczno-terapeutycznej,
- indywidualne podejście,

- wsparcie psychosocjalne dla pacjenta i rodziny,
- rehabilitacja,
- opieka paliatywna.

Specjalizacja przynosi także korzyści dla ośrodka oraz płatnika. Lepsza wycena za koordynację i jakość, przekłada się na bonus finansowy dla ośrodka, bezlimitowość świadczeń, prestiż oraz zwiększenie liczby udzielanych świadczeń. Płatnikowi gwarantuje zaś większą skuteczność leczenia, mniejsze ryzyko powikłań, zmniejszenie liczby hospitalizowanych oraz unikanie niepotrzebnych i powtarzanych świadczeń.

Odpowiedzią na problem fragmentacji opieki i braku instytucjonalnej odpowiedzialności za jej wynik ma być powstanie Breast Cancer Units (BCU), które docelowo tworzyć będą ok. 60-80 ośrodków obejmujących populację ok. 350-650 tysięcy kobiet z danego regionu. Ideą Breast Cancer Units jest umożliwienie konsultacji specjalistycznych w jednym ośrodku. BCU nie musi być strukturą fizyczną, może być jedynie wirtualnym połączeniem pomiędzy specjalistami, jednak z uwagi na odpowiedzialność za efekt leczenia i finansowanie, powinien być wydzieloną strukturą organizacyjną z dedykowanym kierownictwem i personelem.

Powstanie Breast Cancer Units pozwala wprowadzać w życie dwa fundamentalne kierunki działań w ramach opieki koordynowanej:

- zapobieganie konieczności leczenia szpitalnego,
- maksymalne skracanie czasu pobytu w szpitalu.

Osiągnięcie tych celów jest możliwe dzięki standardom, które muszą spełniać ośrodki BCU, które znacząco podnoszą jakość leczenia. M.in. BCU zobowiązany jest do organizacji wielospecjalistycznych spotkań (raz lub dwa razy w tygodniu), w celu omówienia wszystkich możliwości leczniczych dla co najmniej 90% chorych leczonych w danej jednostce. W spotkaniu biorą udział specjaliści: radiolog, patomorfolog, chirurg onkolog, chirurg plastyczny, onkolog kliniczny, radioterapeuta, wykwalifikowana pielęgniarka. Dodatkowo, ośrodek powinien zapewniać dostęp do: psychologa, rehabilitanta, genetyka klinicznego, specjalisty medycyny paliatywnej, dietetyka, ginekologa onkologa. Poza tym ośrodki zobowiązane są do prowadzenia baz danych umożliwiających przeprowadzenie audytów i kontroli jakości świadczonych usług medycznych.

Obecna sytuacja w Polsce

Pomimo funkcjonującego w Polsce pakietu onkologicznego, wiele ośrodków jest w trakcie procesu uzyskania akredytacji na tworzenie Breast Cancer Units. Obecnie akredytację Międzynarodowego Towarzystwa Senologicznego posiadają: Zachodniopomorskie Centrum Onkologii w Szczecinie, Świętokrzyskie Centrum Onkologii w Kielcach, Uniwersyteckie Centrum Leczenia Chorób Piersi w Krakowie.

Skoordynowana opieka w kardiologii

prof. dr hab. n. med. Jadwiga Nessler

kardiolog, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum

W Polsce prace nad wprowadzeniem opieki skoordynowanej w onkologii są na wyższym stopniu zaawansowania niż w obszarze kardiologii. Tymczasem pacjenci z niewydolnością serca w wielu aspektach przypominają chorych onkologicznych. Są tą chorzy należący do starszej grupy społeczeństwa, mają złe rokowania – 50% chorych po pięciu latach z zaawansowaną niewydolnością serca umiera. Jakość życia pacjentów z niewydolnością serca w wyższych stadiach zaawansowania jest porównywalna z jakością życia pacjentów onkologicznych.

Czym jest niewydolność serca?

Niewydolność serca spowodowana jest uszkodzeniem serca uniemożliwiającym odżywienie wszystkich pozostałych narządów. Główne przyczyny wystąpienia niewydolności serca związane są m.in. ze schorzeniami układu sercowo-naczyniowego, stanami zapalnymi, infekcjami, czy stylem życia. Niestety w społeczeństwie brakuje świadomości na temat niewydolności serca. Mało kto zdaje sobie sprawę, że każde schorzenie serca może prowadzić do jego niewydolności. Pacjenci, którzy przeszli zawał, nie zdają sobie też sprawy, że niewydolność serca może być konsekwencją źle leczonego zawału, czy niezażywania leków po zawale i nieleczeniu nadciśnienia tętniczego.



13

Epidemiologia

Niewydolność serca nazywana jest epidemią XXI wieku. Już dziś zmagają się z nią ok. 2% Europejczyków, a każdego roku diagnozowane są nowe przypadki. Jest to związane ze starzeniem się społeczeństwa. Szacuje się, że w Polsce jest ok. 750 tysięcy pacjentów chorych na niewydolność serca. Jakość życia pacjentów chorujących na niewydolność serca obniża świadomość, że narażeni są na niewydolność innych narządów. Każdego roku z powodu niewydolności serca w Polsce umiera prawie 60 tysięcy chorych, każdego dnia 164.

Niewydolność serca, a ekonomia

Rosnąca liczba zdiagnozowanych niewydolności serca wpływa na sferę ekonomiczną poszczególnych państw. Według europejskich danych 70% osób chorujących na niewydolność serca wymaga hospitalizacji, co znacznie zwiększa koszty leczenia pacjentów. Obecnie liczba hospitalizacji chorych na niewydolność serca w Polsce jest prawie dwukrotnie wyższa niż w innych krajach europejskich. Na leczenie rocznie przeznaczamy ok. 1,73 mld złotych, co stanowi 3,7% budżetu Narodowego Funduszu Zdrowia. 94% tych kosztów stanowią hospitalizacje, a jedynie 2% interwencje ambulatoryjne. Do tego należy doliczyć również koszty pośrednie. Szacuje się, że jedynie 23% chorych na niewydolność serca jest aktywnych zawodowo, co generuje koszty Zakładu Ubezpieczeń Społecznych rzędu ok. 151 mln złotych rocznie.

Główne cele zmian w systemie opieki nad chorymi z niewydolnością serca:

- Poprawa rozpoznawalności i lepszy dostęp do diagnostyki,
- Wdrażanie wytycznych/standardów postępowania wyznaczających optymalne postępowanie,
- Dostęp do kardiologicznej opieki specjalistycznej, kluczowa jest wizyta w 7-14 dni po hospitalizacji,
- Właściwe leczenie chorób współistniejących,
- Dostęp i przepływ informacji medycznej między specjalistami,
- Określenie roli i niezbędnych kompetencji i rola lekarza POZ,
- Dostęp do innowacyjnych terapii.

Skoordynowana opieka nad pacjentami z niewydolnością serca

Kompleksowa opieka nad chorymi z niewydolnością serca wymaga podejścia wielospecjalistycznego – powinna być koordynowana przez lekarza kardiologa wraz z lekarzem podstawowej opieki zdrowotnej oraz wyspecjalizowaną pielęgniarką, która jest bezpośrednim wsparciem zarówno dla pacjenta, jak i lekarza. Pełni ona funkcję edukacyjną dla chorych oraz zbiera dane w celu przekazania lekarzowi.



14

Według schematu, opracowanego przez grupę roboczą polskich specjalistów, pierwszym kontaktem chorego jest lekarz podstawowej opieki zdrowotnej, który w przypadku podejrzenia niewydolności serca kieruje pacjenta do kardiologa potwierdzającego lub wykluczającego diagnozę. Po diagnozie, w przypadku zaostrzenia, pacjent kierowany jest na konsultację do kardiologa lub na jednodniową hospitalizację. Takie rozwiązanie pozwala uniknąć dłuższego pobytu w szpitalu osób z lekkim zaostrzeniem, a umożliwia modyfikację prowadzonej terapii i ustabilizowanie stanu zdrowia.

Powstanie specjalistycznych ośrodków zajmujących się niewydolnością serca jest szansą na skrócenie czasu hospitalizacji. Celem takich

jednostek byłaby opieka nad pacjentami wymagającymi interwencji kardiochirurgicznej, elektrokardioterapii i innych wysokospecjalistycznych zabiegów. Po wyjściu z ośrodka pacjent przechodziłby pod opiekę długoterminową.

Dodatkowym narzędziem, które może zoptymalizować terapię i jej monitorowanie jest telemedycyna. Powołanie ośrodków z centrum telemetrycznym i pielęgniarką specjalizującą się w tematyce niewydolności serca, umożliwi przekazywanie danych do lekarza podstawowej opieki zdrowotnej i lepszą koordynację opieki zdrowotnej.

Polsko-Szwajcarskie Forum Dialogu

Polsko-Szwajcarskie Forum Dialogu to inicjatywa wspierana przez firmy LifeScience, która ma na celu inspirować dyskusję o kształcie i kierunku reform w polskiej ochronie zdrowia i przyczynić się do wypracowania modelu relacji między interesariuszami, opartego na prowadzeniu otwartego dialogu, zgodnie z doświadczeniami szwajcarskimi.

W ramach Polsko-Szwajcarskiego Forum Dialogu do tej pory odbyło się siedem spotkań:

- *Ile rynku, ile państwa w ochronie zdrowia? Konkurencja między płatnikami – doświadczenie szwajcarskie. (2011)*
- **Dr Eugen David**, Członek Komisji Bezpieczeństwa Społecznego i Zdrowia Rady Kantonów, były Prezes jednej z największych kasy chorych w Szwajcarii,
- **Dr Thomas Zeltner**, wieloletni Minister Zdrowia w Szwajcarii,
- **Marek Balicki**, były Minister Zdrowia,
- **Dr Andrzej Sońnierz**, były Prezes NFZ.
- *Profilaktyka i promocja zdrowia – nowe perspektywy dla państwa i samorządu. (2011)*
- **Dr med. Ignazio Cassis**, lekarz, Członek Komisji Zdrowia Zgromadzenia Federalnego Szwajcarii,
- **Dr Thomas Mattig**, Prezes Fundacji Health Promotion Switzerland,
- **Bolesław Samoliński**, Konsultant Krajowy ds. Zdrowia Publicznego,
- **Witold Tomaszewski**, Główny Inspektorat Sanitarny.
- *Dialog jako najlepszy sposób na osiągnięcie optymalnych rozwiązań w systemie ochrony zdrowia. (2012)*
- **Dr Thomas Zeltner**, wieloletni Minister Zdrowia w Szwajcarii,
- **Thomas Cueni**, Sekretarz Generalny szwajcarskiego stowarzyszenia branżowego Interpharma,
- **Prof. Witold Orłowski**, Główny Doradca Ekonomiczny PwC.
- *Polityka senioralna w Europie na przykładzie doświadczeń Szwajcarii. Wyzwania Międzyresortowe w Opiece Senioralnej w Polsce. (2013) – we współpracy z Sejmową Komisją Zdrowia pod przewodnictwem Posła Beaty Mateckiej-Libery*
- **Hans Groth**, Prezes World Demographic&Ageing Forum,
- **Dr med. Ignazio Cassis**, lekarz, Członek Komisji Zdrowia Zgromadzenia Federalnego Szwajcarii.
- *Jak wdrożyć strategię walki z rakiem? Wyzwania, przed którymi stoi Polska. Szwajcarskie doświadczenia – implementacja reform systemowych, rola dialogu między interesariuszami (2014) – we współpracy z Parlamentarnym Zespołem ds. Onkologii pod przewodnictwem Posła Alicji Dąbrowskiej oraz Polskim Towarzystwem Onkologicznym*
- **Prof. Jakob Passweg**, Prezes Szwajcarskiej Ligi do Walki z Rakiem, ordynator Kliniki Hematologii Uniwersytetu Medycznego w Bazylei,
- **Prof. Jacek Jassem**, Przewodniczący Zarządu Głównego Polskiego

Towarzystwa onkologicznego, Kierownik Kliniki Onkologii i Radioterapii Uniwersytetu Medycznego w Gdańsku,

- **Prof. Dr Beat Seiler**, Dyrektor Medyczny Helsana, największej kasy chorych w Szwajcarii.
- *Jak w Polsce leczymy raka? Dostępność nowoczesnego leczenia onkologicznego (2015)*
- **Prof. Francesco de Lorenzo**, Prezes Europejskiej Koalicji Chorych na Raka,
- **Martina Weiss**, Szefowa Działu Zakupów Leków i Usług Medycznych największej szwajcarskiej kasy chorych Helsana,
- **Bartosz Poliński**, Prezes Fundacji Alivia.
- *Pacjent w centrum skoordynowanej opieki zdrowotnej (2017)*
- **Dr n. med. Zbigniew Król**, Wiceminister Zdrowia,
- **Dr med. Ignazio Cassis**, Członek Parlamentu Konfederacji Szwajcarskiej,
- **Prof. dr hab. n. med. Mirosław Wysocki**, Dyrektor Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego, Krajowy Konsultant w dziedzinie Zdrowia Publicznego,
- **Prof. dr med. Gregor Zünd**, profesor chirurgii, Przewodniczący Komitetu Wykonawczego Szpitala Uniwersyteckiego w Zurychu,
- **Prof. dr hab. Ewelina Nojszewska**, Szkoła Główna Handlowa w Warszawie.

Organizatorzy:

 **Swiss Chamber Poland**



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Ambasada Szwajcarii w Polsce

Patronat Honorowy



Ministerstwo Zdrowia

Patronat Honorowy Ministra Zdrowia

Partnerami dotychczasowych siedmiu edycji Polsko-Szwajcarskiego Forum Dialogu byli:



