

biuletyn

Spis treści

01	<i>Edytoriał</i> Polsko-Szwajcarskie Forum Dialogu_Maj 2014
02	<i>Wstęp</i> V Polsko-Szwajcarskie Forum Dialogu_Wstęp do biuletynu_Maj 2014
03_04	<i>Do trzech razy sztuka,</i> prof. Jakob Passweg
05_07	<i>Nie trzeba wyważać otwartych drzwi,</i> prof. Jacek Jassem
08_09	<i>Sytuacja win-win,</i> dr. Beat Seiler
10_17	<i>Edukacja i dialog są priorytetami.</i> Zapis debaty z V Polsko-Szwajcarskiego Forum Dialogu

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

Barbara Szałwska, Katarzyna Kołowiecka,
Marta Czaplicka, Ulrich Schwendimann

Projekt i skład

Pracownia Projektowa Danuta Słomczyńska
www.ptasia30.pl

Edytoriał



Dialog pomiędzy wszystkimi zainteresowanymi stronami, analiza najlepszych przykładów ze świata, a następnie współpraca przy implementacji wypracowanych rozwiązań – właśnie tak powinien przebiegać proces wprowadzania zmian we wszystkich obszarach życia, w tym szczególnie w służbie zdrowia. Merytoryczna debata zawsze powinna być punktem wyjściowym do tworzenia kompleksowych rozwiązań. Tylko podjęcie rozmów na początkowym etapie reform gwarantuje tworzenie regulacji prawnych, które będą adekwatne, zrozumiałe i akceptowalne przez wszystkich interesariuszy. Czerpiąc ze szwajcarskiej tradycji debat publicznych, Polsko-Szwajcarska Izba Gospodarcza już od kilku lat, cyklicznie organizuje Forum Dialogu „21st Century Healthcare” – spotkanie, podczas którego licznie przybyli goście mają szansę debaty nad kondycją polskiego systemu opieki zdrowotnej, niezbędnymi usprawnieniami oraz rolą dialogu w procesie wprowadzania zmian.

O tym, że temat zmian w systemie opieki zdrowotnej jest złożony i newralgiczny dla każdej z zaangażowanych stron – nie trzeba nikogo przekonywać. Nie musimy jednak wyważać otwartych drzwi. Krajowi i zagraniczni eksperci są zgodni, że działania naprawcze w Polsce mogą i powinny czerpać z dobrych wzorców z zagranicy. Każdy jednak podkreśla, że bezpośrednie przeniesienie zagranicznych rozwiązań do Polski nie jest możliwe – trzeba zawsze uwzględniać polskie realia. Dlatego spotkania z cyklu Forum Dialogu są dla nas przestrzenią, w ramach której dyskutujemy nie tylko o wyzwaniach stojących przed polską służbą zdrowia, ale także o rozwiązaniach wdrożonych w Europie Zachodniej.

V Forum Dialogu, które odbyło się w maju 2014 r., zorganizowane zostało we współpracy ze znakomitymi partnerami – Zespołem Parlamentarnym ds. Onkologii oraz Polskim Towarzystwem Onkologicznym. Odbyło się też w wyjątkowych okolicznościach – w ramach prowadzonego przez Panią Posel Alicję Dąbrowską posiedzenia Zespołu Parlamentarnego ds. Onkologii w Sejmie RP.

Podczas tegorocznego Forum skupiliśmy się na niezwykle ważnym temacie wdrożenia strategii walki z rakiem. W dobie obserwowanych zmian cywilizacyjnych onkologia jest kwestią priorytetową niemal we wszystkich krajach świata. W Polsce zyskuje dodatkowo na znaczeniu ze względu na wyzwania związane z finalnym kształtem i wdrożeniem długo wyczekiwanej „Strategii walki z rakiem na lata 2015-2024”. Rozmawialiśmy o szwajcarskim systemie ochrony zdrowia oraz o doświadczeniach w zakresie implementacji cancer planu w kraju federacyjnym, w którym każdy z 26 kantonów ma inny system opieki zdrowotnej. Przybliżyliśmy także specyfikę systemu zdrowia w Polsce. Nakreśliśmy wyzwania, przed którymi stoi polska onkologia oraz omówiliśmy działania w zakresie wdrożenia polskiego cancer planu. Na przykładzie szwajcarskiego narzędzia MediScore przedstawiliśmy model finansowania leczenia, będący efektem wielostronnej współpracy w gronie interesariuszy. Trudno wyobrazić sobie realizację powyższych działań bez otwartej debaty. Jak podkreślali zgromadzeni eksperci – tylko dialog pomiędzy wszystkimi zaangażowanymi stronami pozwala wypracować najlepsze rozwiązania w systemie ochrony zdrowia.

Rozgorzała po wykładach dyskusja pokazała, że z każdym kolejnym spotkaniem z cyklu Forum Dialogu wzrasta otwartość, chęć i zaangażowanie do rozmów, a zaproponowana forma wydarzenia zyskuje uznanie coraz szerszego kręgu gości, reprezentujących wszystkie strony systemu opieki zdrowotnej – parlamentarzystów, przedstawicieli samorządów lekarskich i pielęgniarskich, organizacji pacjentów, organizacji branżowych, instytucji ubezpieczeniowych i firm farmaceutycznych.

Na kolejnych kartach biuletynu przedstawiamy szczegółową relację z tegorocznego wydarzenia. Mam nadzieję, że wydawnictwo to będzie dla Państwa inspirującą lekturą, a jednocześnie zaproszeniem do podjęcia dyskusji w ramach nadchodzących spotkań.

Życzę Państwu otwartości na dialog we wszystkich obszarach życia.

Ulrich Schwendimann,
Dyrektor Polsko-Szwajcarskiej
Izby Gospodarczej

Polsko-Szwajcarskie Forum Dialogu 21st Century Healthcare

Polsko-Szwajcarskie Forum Dialogu 21st Century Healthcare stwarza możliwość dyskusji, której celem jest wypracowanie optymalnego modelu systemu ochrony zdrowia w Polsce. Cykl spotkań organizowany jest przez Polsko-Szwajcarską Izbę Gospodarczą pod patronatem Ambasadora Szwajcarii. W ramach Forum Dialogu przedstawiciele polskiego systemu ochrony zdrowia omawiają wyzwania, przedstawiają swoje opinie oraz szukają rozwiązań dopasowanych do potrzeb polskiego społeczeństwa. Każdorazowo do udziału w spotkaniach zapraszani są polscy oraz zagraniczni eksperci, którzy dzielą się swoją wiedzą i doświadczeniami dotyczącymi funkcjonowania systemu ochrony zdrowia oraz mechanizmów skutecznego prowadzenia dialogu stosowanych w innych krajach.

Forum Dialogu – tematy i uczestnicy

Pierwsze Polsko-Szwajcarskie Forum Dialogu odbyło się w marcu 2011 r. w Klubie Polskiej Rady Biznesu. Spotkanie zostało zorganizowane we współpracy z Ambasadą Szwajcarii (patronat) oraz magazynem THINKTANK (patronat medialny). Temat spotkania brzmiał: *Ile rynku, ile państwa w ochronie zdrowia. Konkurencja między płatnikami – doświadczenie szwajcarskie*. W dyskusji uczestniczyli: Senator dr Eugen David, Członek Komisji Bezpieczeństwa Społecznego i Zdrowia Rady Kantonów, były Prezes jednej z największych kas chorych w Szwajcarii; dr Thomas Zeltner, założyciel Globalnego Forum ds. Bezpieczeństwa Pacjentów, były Szef Szwajcarskiego Federalnego Urzędu ds. Zdrowia; dr Marek Balicki, Minister Zdrowia w latach 2004-2005 oraz dr Andrzej Sośnierz, Prezes NFZ w latach 2006-2007.

Drugie spotkanie z cyklu Forum Dialogu odbyło się pod hasłem: *Prof-laktyka i promocja zdrowia – nowe perspektywy dla państwa i samorządu*. Spotkanie zostało zorganizowane w listopadzie 2011 r. w Pałacu Staszica w Warszawie. Swoje doświadczenia w obszarze finansowania i promocji zdrowia przedstawili: dr Ignazio Cassis, lekarz, polityk, parlamentarzysta, Członek Komisji Zdrowia Zgromadzenia Federalnego Szwajcarii, a także dr Thomas Mattig, Prezes Fundacji Health Promotion Switzerland. Z polskiej strony w dyskusji udział wzięli m.in. prof. dr hab. n. med. Bolesław Samoliński, Konsultant Krajowy ds. Zdrowia Publicznego oraz Witold Tomaszewski z Głównego Inspektoratu Sanitarnego.

Dialog, jako najlepszy sposób na osiągnięcie optymalnych rozwiązań w systemie ochrony zdrowia – pod takim hasłem odbyło się w listopadzie 2012 r. w Warszawie trzecie Polsko-Szwajcarskie Forum Dialogu. Wśród gości znaleźli się m.in. prof. Thomas Zeltner, specjalny wysłannik Dyrektora Generalnego Światowej Organizacji Zdrowia ds. Finansów i wieloletni Minister Zdrowia w Szwajcarii; Thomas Cueni, Sekretarz Generalny szwajcarskiego stowarzyszenia branżowego Interpharma, a także prof. Witold Orłowski, Główny Doradca Ekonomiczny PwC.

Podczas czwartego spotkania z cyklu Forum Dialogu skupiliśmy się na zmianach demograficznych oraz polityce senioralnej. Konferencja odbyła się w Sejmie RP w październiku 2013 r. pod hasłem *Polityka senioralna w Europie na przykładzie doświadczeń Szwajcarii*. Wyzwania międzyresortowe w opiece senioralnej w Polsce. Współorganizatorem spotkania była Podkomisja stała ds. Zdrowia Publicznego Komisji Zdrowia Sejmu RP pod przewodnictwem Pani Poseł Beaty Małeckiej-Libery. Swoimi szwajcarskimi doświadczeniami podzielili się m.in. Hans Groth, Prezes World Demographic & Ageing Forum, wykładowca Uniwersytetu w St. Gallen oraz Ignazio Cassis, Członek Komisji Zdrowia Zgromadzenia Federalnego Szwajcarii. Stronę polską reprezentowali m.in. Władysław Kosiniak-Kamysz, Minister Pracy i Polityki Społecznej oraz Igor Radziewicz-Winnicki, Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia.

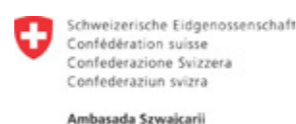
Piąte Polsko-Szwajcarskie Forum Dialogu odbyło się w maju 2014 r. w Sejmie RP w ramach posiedzenia Zespołu Parlamentarnego ds. Onkologii zorganizowanego we współpracy z Polsko-Szwajcarską Izbą Gospodarczą i Polskim Towarzystwem Onkologicznym. Ekspertki poszukiwali odpowiedzi na pytanie – *Jak wdrożyć strategię walki z rakiem?* Podczas posiedzenia pod przewodnictwem Poseł Alicji Dąbrowskiej prelekcje wygłosiło trzech ekspertów: 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 oraz dr Beat Seiler, Dyrektor medyczny Helsana, największej kasy chorych w Szwajcarii. W spotkaniu udział wzięli także Lukas Beglinger, Ambasador Szwajcarii w Polsce.

Na kolejnych stronach biuletynu przedstawiamy szczegółową relację z wydarzenia. Kolejne Polsko-Szwajcarskie Forum Dialogu planowane jest na początek II kw. 2015 r.

Polsko-Szwajcarskie Forum Dialogu realizowane jest we współpracy z:



Patronat:



Do trzech razy sztuka

prof. Jakob Passweg

Prezes Szwajcarskiej Ligi do Walki z Rakiem,
Ordynator Kliniki Hematologii Uniwersytetu Medycznego w Bazylei

Wprowadzenie w Szwajcarii narodowej strategii walki z rakiem było długotrwałym procesem. Dopiero trzeci z opracowanych dokumentów został zatwierdzony przez rząd federalny i jest obecnie wdrażany. Proces ten – choć czasochłonny – stanowi doskonały przykład, jak umiejętnie prowadzony dialog pomiędzy interesariuszami skutkuje wypracowaniem rozwiązań optymalnych dla każdej z zaangażowanych stron. Punktem wyjścia do zrozumienia tej kwestii jest poznanie złożoności systemu opieki zdrowotnej w Szwajcarii.



Szwajcaria to konfederacja 26 kantonów. Każdy z nich ma odrębny system zdrowotny, a tym samym – innego Ministra Zdrowia, którego kompetencje przewyższają uprawnienia Ministerstwa Zdrowia na poziomie narodowym.

System jest skomplikowany i kosztochłonny. Część wydatków ponosi państwo, część pokrywana jest z ubezpieczenia zdrowotnego, a część obciążen finansują prywatne fundusze. Przykładowo, wydatki na opiekę szpitalną regulowane są w większości ze środków budżetowych, a z kolei w przypadku opieki ambulatoryjnej dominuje finansowanie z ubezpieczeń zdrowotnych.

Całościowe wydatki na opiekę zdrowotną – stanowiące sumę wydatków federalnych, kantonalnych i prywatnych – wynoszą ok. 68 mld franków szwajcarskich (56 mld euro). Jednocześnie opieka zdrowotna pochłania coraz więcej środków. Procent wydatków na ochronę zdrowia w skali całego PKB stale rośnie – **obecnie wydatki na zdrowie wynoszą 11,5 proc. PKB**.

Choć nasz system opieki zdrowotnej nie jest doskonały, w pewnych obszarach mamy istotną przewagę nad innymi państwami. Szwajcaria plasuje się bowiem na 1. pozycji w raportach OECD dotyczących długości życia. W kraju Helwetów żyje 8 mln mieszkańców, a większość pozostaje aktywna do bardzo późnej starości. **Średnia długość życia wynosi 82,8 lat**.

Choć długość życia cieszy, medal ma dwie strony. Jak w wielu krajach rozwiniętych, borykamy się z problemem starzenia się społeczeństwa. W 1900 roku struktura społeczna miała kształt piramidy, w której dominowali ludzie młodzi. 50 lat później była już znacznie bardziej wyrównana. Obecnie w Szwajcarii żyje coraz więcej osób starszych, a znacząca grupa społeczeństwa jest w wieku 40-50 lat.

Ze starzejącym się społeczeństwem wiązą się również inne trudności. Wyzwaniem, przed którym stoi Szwajcaria – i myślę, że Polska również – jest spadająca liczba pracowników opieki zdrowotnej. W starzejącym się społeczeństwie starzeje się także siła robocza, a jednocześnie wzrasta zapotrzebowanie na lekarzy. Mamy zbyt mało absolwentów Uniwersytetów Medycznych. Z naszych estymacji wynika, że **w perspektywie najbliższych 10-20 lat zabraknie ok. 300 tys. pracowników opieki zdrowotnej**.

Im starsze społeczeństwo, tym również więcej chorób. Wśród nich bez wątpienia najważniejsze są nowotwory, określane często „plągą XXI w.”.

Plaga nie omija również Szwajcarii

Liczba zachorowań na nowotwory stale rośnie. **W Szwajcarii odnotowujemy obecnie ok. 38 tys. przypadków zachorowań rocznie.** Każdego roku 18 tys. osób umiera na raka. **Statystycznie 1 na 3 osoby w Szwajcarii zachoruje na raka w którymś momencie swojego życia.** Jest to zatem choroba zbierająca śmiertelne żniwo – niestety wśród coraz młodszych osób. W grupie kobiet i mężczyzn w średnim wieku (45-64 lata) już ponad połowa śmierci jest spowodowanych nowotworem. Z kolei, w grupie 65-84-latków ok. 1/3 przypadków śmiertelnych to skutek nowotworów.

Choć liczba osób nowo zdiagnozowanych rośnie, śmiertelność spada. Każdego roku coraz więcej osób udaje się wyleczyć. Wynika to z podejmowanych działań prewencyjnych oraz skuteczności leczenia. Najważniejsze jest jednak to, że aż 30 proc. nowotworów można zapobiec. Niestety nie każdy pacjent ma dostęp do wysokiej jakości opieki zdrowotnej. Nie wszystkie sposoby leczenia są optymalne w danym przypadku, nie zawsze też pacjent wyraża zgodę na rekomendowaną operację albo chemioterapię. Nie powinno być jednak różnic pomiędzy regionami. Jakość opieki powinna być na podobnie wysokim poziomie we wszystkich kantonach, a w tej chwili tak nie jest.

Stale jednak dążymy do tego, aby poprawiać jakość leczenia. Jak możemy to osiągnąć? Przede wszystkim uruchamiając specjalne centra onkologiczne, które zapewniają wysokiej jakości terapię i opiekę wszystkim pacjentom. Doskonałym przykładem jest południe Niemiec, gdzie liczba osób, które przeżyły nowotwór wzrosła o 2-3 proc. właśnie po uruchomieniu akredytowanych centrów leczenia nowotworów.

Jakość kosztuje

Kolejnym wyzwaniem, z którym musimy się zmierzyć, są rosnące ceny leków. Skuteczność medycyny bardzo się poprawiła. Wiele nowych leków można nawet traktować, jako przełomowe w medycynie. Jednak ceny leków rosną. W Szwajcarii otwieranych jest coraz więcej nowych oddziałów, w których leczeni są pacjenci onkologiczni. Istniejące oddziały są rozbudowywane. Zapotrzebowanie na leki rośnie i z pewnością będzie rosło. Ich skuteczność będzie się również poprawiać, ale to pociągnie za sobą dalszy wzrost cen.

W Szwajcarii zrealizowano ostatnio badanie, w którym przyglądano się pacjentom leczonym ambulatoryjnie. Porównana została klasyczna chemioterapia oraz nowoczesna terapia celowana. Szczególnie w terapii celowanej widoczny jest bardzo duży procent leczenia, w którym stosowane są leki poza wskazaniami rejestrowymi.

Choć leczenie nowotworów jest kosztowne, pacjenci nie zgadzają się na oszczędności w tym obszarze. W Szwajcarii przeprowadzona została ankieta, w której zapytano: „Jak Pan/Pani uważa, gdzie należy oszczędzać pieniądze w systemie opieki zdrowotnej?”. Z ankiety wynika, że Szwajcarzy nie chcą oszczędzać pieniędzy w tych obszarach, w których jest to po prostu niemożliwe. Takim obszarem jest opieka nad osobami chorymi na nowotwory. Innymi słowy, jeśli zapytamy, co jest priorytetem opieki zdrowotnej, będzie to właśnie opieka nad pacjentami onkologicznymi.

Szwajcarska droga do optymalnych rozwiązań

Odpowiadając na potrzeby społeczne i mając na uwadze, jak ważna jest walka z rakiem, wdrożyliśmy w Szwajcarii narodową strategię walki z rakiem. Pierwszy taki plan został opracowany w latach 2005-2010. Można go traktować, jako ciekawy dokument, ale de facto nic z niego nie wyniknęło – planu nie udało się wdrożyć. Później pojawił się drugi plan, sprowadzający się do opisu programu, który powinien zostać wprowadzony. Właśnie ten drugi dokument posłużył do opracowania trzeciego planu, który został zatwierdzony przez Federalne Biuro ds. Zdrowia Publicznego i jest aktualnie obowiązującą w Szwajcarii strategią walki z rakiem.

Strategia ta została opracowana przez OncoSuisse – zrzeszenie najbardziej aktywnych organizacji pozarządowych specjalizujących się w tematyce onkologicznej. W Szwajcarii to właśnie organizacje pozarządowe są w większości odpowiedzialne za tego typu działania – w przeciwieństwie np. do Francji, gdzie strategia walki z rakiem jest programem rządowym. Szwajcarski plan składa się z licznych dokumentów implementacyjnych. Wiele z nich istniało już wcześniej. Należało je jednak uporządkować, skoordynować, przypisać celom odpowiednie działania, aby z czasem móc ocenić, co udało się osiągnąć. W szwajcarskiej strategii skoncentrowaliśmy się na zapobieganiu, wczesnej diagnozie, opiece nad pacjentem, specjalnych ścieżkach dla pacjentów, a także kwestiach dotyczących badań nad nowotworami.

Na podstawie naszych doświadczeń mogę z całą pewnością stwierdzić, że wprowadzenie strategii walki z rakiem to długotrwały proces, wymagający dużo pracy, konsultacji i woli wszystkich interesariuszy do osiągnięcia porozumienia. Przez ten proces Polska również będzie musiała przejść. Trzeba będzie wybrać te cele, które są najważniejsze, a jednocześnie możliwe do zrealizowania. Zachęcam do tego, abyście wykorzystali Państwo istniejące zasoby, dostępną wiedzę. Nie ma potrzeby, aby od nowa wymyślać koło czy wyważać otwarte drzwi. Życzę Państwu powodzenia we wprowadzeniu polskiego planu walki z rakiem.

Nie trzeba wyważać otwartych drzwi

prof. Jacek Jassem

Przewodniczący Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Onkologicznego,
Kierownik Kliniki Onkologii i Radioterapii Uniwersytetu Medycznego w Gdańsku

Polskę, jak wszystkie kraje rozwinięte, czeka epidemia nowotworów. Starzejemy się. Pojawiają się choroby cywilizacyjne związane z wiekiem. Szacuje się, że w 2025 r. aż **175 tys. osób zachoruje na nowotwory**, podczas gdy obecnie liczba nowych zachorowań sięga 130. Nowotwory są zatem cichym zabójcą, z którym musimy walczyć. Do tej walki niezbędne jest jednak strategiczne podejście, które ujęliśmy w polskim cancer planie.



W całej Europie Zachodniej choroby nowotworowe wyprzedzają choroby układu sercowo-naczyniowego, które przez dekady były pierwszą przyczyną zgonów w większości krajów. W Polsce zmierzamy w tym samym kierunku.

Tendencjom tym towarzyszą niestety gorsze wyniki leczenia w Polsce. Dzieli nas duży dystans do Szwajcarii, ale też do całej Europy. Osiągamy o ok. 10 punktów procentowych gorsze wyniki, jeśli chodzi o przeżycia względne wobec średniej dla Unii Europejskiej. Te 10 punktów procentowych jest w zasięgu współczesnej medycyny. To są chorzy, których przy dobrej mobilizacji, dobrym finansowaniu, można byłoby już dzisiaj wyleczyć. Ktoś może powiedzieć „Polska jest znacznie uboższym krajem, a to jest przede wszystkim kwestia pieniędzy”. Odpowiadam: „Pieniądze tak, ale to nie wszystko”.

Czego brakuje polskiej onkologii?

Zdiagnozowaliśmy sytuację polskiej onkologii. Uważamy, że brakuje przede wszystkim całościowej, systemowej strategii obejmującej wszystkie aspekty diagnostyczne, terapeutyczne ścieżki chorego, ale również właściwe kształcenie kadr medycznych – zarówno przeddyplomowe, jak i podyplomowe.

Polska onkologia nie wykorzystuje swojego potencjału i w zbyt małym stopniu uczestniczy w międzynarodowym podziale pracy w nauce, co znajduje swój wyraz m.in. w liczbie grantów otrzymanych w konkursach europejskich.

Szwankuje też profilaktyka. Odsetek ludzi palących nadal plasuje nas w czołówce europejskiej. Nie ma poprawy w zakresie kształtowania właściwych nawyków żywieniowych. Na tle Unii Europejskiej, w Polsce odnotowujemy duże spożycie alkoholu. Te aspekty profilaktyki pierwotnej są w zasięgu społeczeństwa. Szwankuje jednak również profilaktyka wtórna. Badania przesiewowe zostały co prawda wdrożone w zakresie dwóch najważniejszych nowotworów – raka piersi i raka szyjki macicy, ale udział w nich jest wciąż znikomy.

Brakuje także nowoczesnego zarządzania opartego na wiedzy. Polski system walki z rakiem jest bardzo rozproszony i nieskoordynowany. Działania realizuje wiele podmiotów – poczynając od Ministerstwa Zdrowia, na samorządach kończąc.

Wyzwaniem jest też racjonalne i efektywne finansowanie. W dużej mierze środki przeznaczane są na działania, które nie służą ograniczeniu umieralności związanej z nowotworami. Część pieniędzy jest także marnowanych. Nie oznacza to, że onkolodzy zaczynają się teraz rozpychać łokciami i robić „skok na kasę”. Każdorazowo pokazujemy, gdzie w systemie pieniądze już są. Nawet nasze skromne

środki można alokować w innych obszarach – tam, gdzie przyniosą najszybsze i największe efekty.

Polska nadal należy do krajów Unii Europejskiej, które mają najniższe wydatki na onkologię. Szybko nie dogonimy liderów, ale musimy pamiętać, że istnieje zależność pomiędzy wynikami leczenia nowotworów, a wydatkami na opiekę zdrowotną.

Jeżeli mamy mniej środków to spróbujmy je przynajmniej sprawiedliwie wydawać. W tym obszarze też jest bardzo wiele do zrobienia. Według danych Narodowego Funduszu Zdrowia z 2012 r., wartość umów per capita na leczenie zaawansowanego raka jelita grubego w województwie warmińsko-mazurskim była czterokrotnie niższa niż w województwie mazowieckim. Jeśli chodzi o radioterapię, wartość umów per capita w województwie opolskim była trzykrotnie niższa niż w województwie zachodniopomorskim. Różnice są ogromne. W kraju o politycznym układzie centralnym zasady finansowania powinny być wszędzie takie same.

Polski cancer plan – między strategią a wdrożeniem

Pomysł opracowania narodowego programu walki z rakiem nie jest nowy. Programy takie zostały przyjęte w większości rozwiniętych krajów świata. Wszystkie państwa członkowskie Unii Europejskiej powinny były opracować strategię walki z rakiem do końca 2013 r. Obowiązuje nas również podpisana przez 150 krajów rezolucja Światowej Organizacji Zdrowia, która także zakłada przygotowanie narodowych cancer planów.

W Polsce takiego programu nigdy nie było. Nie był nim np. „Narodowy Program Zwalczania Chorób Nowotworowych”, choć należy przyznać, że dokument ten odegrał fantastyczną rolę. Dzięki niemu poprawił się poziom radioterapii, wdrożone zostały badania przesiewowe oraz opieka nad nosicielami mutacji związanych z chorobami nowotworowymi. Jest to jednak program typowo pomocowy, który finansuje wybrane projekty. Nie obejmuje on wszystkich problemów, które powinny być zawarte w narodowym planie walki z rakiem.

Krajowa strategia walki z rakiem powinna mieć znacznie szerszy wymiar. Zgodnie z definicją podawaną przez Europejskie Partnerstwo na Rzecz Walki z Rakiem (EPACC), narodowy cancer plan to program zdrowia publicznego, mający na celu zmniejszenie liczby zachorowań i zgonów z powodu nowotworów oraz poprawę jakości życia chorych, poprzez systematyczne i sprawiedliwe wdrażanie strategii w zakresie: profilaktyki, wczesnego wykrywania, rozpoznawania, leczenia, rehabilitacji, walki z bólem i opieki paliatywnej oraz poszukiwania innowacyjnych rozwiązań. Pragnę jednak zaznaczyć, że zmniejszenie

liczby zachorowań nie jest realnym celem, ale przyhamowanie liczby zachorowań i zgonów – można z pewnością osiągnąć.

Ponieważ Polska nie wdrożyła jeszcze cancer planu, postanowiliśmy oddolnie – poprzez ogromną mobilizację środowiska – program taki opracować. Nie zależało nam na wyważaniu otwartych drzwi. Rak jest podobną chorobą w każdym kraju. Przy tworzeniu strategii należy uwzględnić pewne różnice kulturowe czy finansowe, ale można i należy skorzystać z gotowych rozwiązań.

Naszym celem było poprawienie profilaktyki pierwotnej i wtórnej oraz poprawienie systemu zbierania informacji, który jest niedoskonały. Zależało nam również na osiągnięciu wysokiej efektywności ekonomicznej, poprawie skuteczności oraz jakości życia, co wysuwaliśmy na szczyt od momentu rozpoczęcia prac. Ważne, aby nie tylko uratować człowieka, ale także umożliwić mu powrót do życia społecznego, publicznego, zawodowego, rodzinnego – w sensie fizycznym i w sensie psychicznym. Naszym nadrzędnym celem było zatem zmniejszenie liczby niepotrzebnych zgonów. Są zgony nieuchronne i niepotrzebne – trzeba to rozróżnić. Chcieliśmy, aby opracowany przez nas dokument miał strategiczny charakter. Ponadto, zależało nam na wdrażalności rozwiązań. Sięgamy wysoko, mamy ambitne cele, ale każdy z nich jest możliwy do zrealizowania.

200 ekspertów, 20 spotkań, a pacjent zawsze w centrum

„Strategia walki z rakiem w Polsce 2015-2024” była wspólną pracą Polskiego Towarzystwa Onkologicznego, Polskiej Unii Onkologii, Polskiego Towarzystwa Onkologii Klinicznej, Polskiej Koalicji Pacjentów Onkologicznych, Polskiego Towarzystwa Radioterapii Onkologicznej, Polskiego Towarzystwa Patologów, Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce oraz Polskiego Towarzystwa Medycyny Rodzinnej. Od początku założyliśmy bowiem, że lekarze medycyny rodzinnej, lekarze POZ-ów muszą odgrywać bardzo ważną rolę w systemie walki z rakiem w Polsce. Onkologia jest jedną z węższych specjalizacji – w Polsce jest kilkuset onkologów klinicznych, kilkuset radio-terapeutów i kilkuset chirurgów onkologicznych. Wspólnie staramy się jak najlepiej wyrwać śmierci tych chorych, którzy do nas trafiają, ale cały system musi opierać się na znacznie szerszej bazie lekarzy. W sumie nad dokumentem pracowało ok. 200 osób, a każda z nich robiła to społecznie. W radzie projektu zasiadli także Podsekretarz Stanu Igor Radziejewicz-Winnicki oraz Marcin Pakulski, ówczesny Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia.

Jak przebiegały prace? W pierwszej kolejności powołaliśmy grupę ekspertów oraz zebraliśmy krajowe i międzynarodowe bazy danych. Przeanalizowaliśmy strategię z wielu krajów świata. Od stycznia do

marca 2014 r. odbyliśmy 20 spotkań. Spędziliśmy ponad 50 godzin na spotkaniach osobistych lub w formie telekonferencji. W naszym repozytorium można znaleźć ok. 300 dokumentów, z których na bieżąco korzystaliśmy. Konsultacje społeczne zostały zakończone 25 maja 2014 r. Do tego czasu wpłynęło ponad 220 opinii, co pokazuje ogromne zainteresowanie podjętą problematyką.

Dokument jest już gotowy. Został on udostępniony na stronie www.walkazrakiem.pl. Każdy może go przeczytać czy wydrukować. Od 2015 roku czeka nas najtrudniejszy moment, czyli okres 10 lat, kiedy będziemy realizować wypracowane rozwiązania. Jestem jednak zdania, że aby cały proces zakończył się powodzeniem, dokument musi nabrać charakteru państwowego. Nie może stanowić jedynie petycji środowiska.

Jako optymistą, wiem, że stan polskiej onkologii – choć obecnie daleki od ideału – może zmieniać się na lepsze. Wierzę, że opracowana przez nas strategia może być punktem zwrotnym w walce z rakiem w Polsce. Może ona być również dobrym modelem do podjęcia prac nad strategiami walki z innymi chorobami cywilizacyjnymi. Pragnę jednak podkreślić z całą mocą, że podmiotem wszystkich działań zawsze musi być pacjent. To chory jest w centrum uwagi.

5-7% wydatków na opiekę medyczną to koszty leczenia nowotworów

Założenia cancer planu, czyli co chcemy osiągnąć:

- Ograniczyć występowanie i wpływ czynników ryzyka (profilaktyka pierwotna)
- Zwiększyć skuteczność wczesnego wykrywania (profilaktyka wtórna)
- Poprawić system zbierania informacji
- Osiągać wysoką efektywność ekonomiczną prowadzonych działań
- Poprawić skuteczność leczenia
- Poprawić jakość życia chorych
- Znacznie zmniejszyć liczbę niepotrzebnych zgonów

Sytuacja win-win

Dr. Beat Seiler

Dyrektor medyczny Helsana – największej kasy chorych w Szwajcarii

MediScore – wprowadzone w Szwajcarii narzędzie oceniające korzyści terapeutyczne leków poza wskazaniami rejestrowymi – jest doskonałym przykładem wielostronnej współpracy pomiędzy interesariuszami. Razem z przedstawicielami instytucji ubezpieczeniowych oraz sektora farmaceutycznego wypracowaliśmy specjalny algorytm, za pomocą którego oceniamy korzyści terapeutyczne leków. W prace te zaangażowana była strona rządowa. Jeśli terapia jest efektywna, wówczas jest refundowana. To przykład sytuacji win-win. Promujemy innowacyjność w leczeniu, a jednocześnie zapewniamy każdemu równy dostęp do nowoczesnych terapii. Bez dialogu takie rozwiązanie nie byłoby możliwe.



W Szwajcarii jeszcze do niedawna tylko leki certyfikowane podlegały refundacji. Jednak wpisanie leku na oficjalną listę to złożona procedura. Najpierw Instytut ds. Leków Swissmedic opracowuje regulacje dotyczące wprowadzenia na rynek odpowiednich leków. Następnie Federalne Biuro ds. Zdrowia Publicznego – po zakończeniu długotrwałego procesu certyfikacji, w ramach którego analizowane są wyniki badań czy koszty leczenia – oficjalnie wpisuje lek na listę terapii akredytowanych.

Od trzech lat obowiązują również regulacje dotyczące refundacji leków, które nie znajdują się na liście albo mają zostać wykorzystywane w inny sposób niż ten, który został pierwotnie uzgodniony. Aby tak się stało, musi zaistnieć tzw. „sytuacja bez wyjścia”, w której nie ma innej terapii, nie istnieje żadne inne skuteczne, zarejestrowane leczenie. Lek musi również przynieść znaczącą korzyść terapeutyczną. Ponadto, poziom refundacji musi być współmierny z efektem leczenia. Jak mierzyć korzyść terapeutyczną dla pacjenta? W jaki sposób ustalić poziom refundacji danego leku?

MediScore – przykład dialogu pomiędzy interesariuszami

Jeszcze trzy lata temu, gdy zaczynaliśmy szukać odpowiedzi na powyższe pytania, sytuacja przedstawiała się dramatycznie. Usiedliśmy jednak wspólnie ze wszystkimi zainteresowanymi stronami m.in. ekspertami w zakresie ubezpieczeń, przedstawicielami przemysłu farmaceutycznego oraz stroną rządową. Wiedzieliśmy, że **jedyną drogą do wypracowania najlepszych rozwiązań – skutecznych i możliwych do przyjęcia przez wszystkie zaangażowane strony – jest dialog.**

Efektom naszych prac jest MediScore, narzędzie oceniające korzyści terapeutyczne leków poza wskazaniami rejestrowymi, które wykorzystujemy do oceny poziomu refundacji.

Od początku prac, naszym podstawowym założeniem było – medycyna musi być oparta na dowodach. Zależało nam także na praktyczności rozwiązań, czyli możliwości sprawnej oceny każdego przypadku indywidualnie. System oceny musiał być przejrzysty i uniwersalny – kluczowe było uzyskanie zbliżonych ocen w porównywalnych sytuacjach. Musieliśmy jednak również uwzględnić rzadkie przypadki kliniczne. Najważniejsza była obiektywność, transparentność oraz weryfikowalność.

MediScore – jak działa to narzędzie?

MediScore stanowi algorytm, według którego terapiom przyznawane są punkty, które system następnie zlicza. Pierwsza grupa oceny dotyczy jakości danych klinicznych. MediScore bierze pod uwagę dowody, wartość wyników, a także jakość publikacji w czasopiśmie

medycznych. Druga grupa oceny dotyczy skuteczności leku, w którym konkretne punkty kwantyfikowane są według obowiązujących wytycznych. W trzeciej grupie uwzględniamy punkty przyznawane przez MediScore za potencjalne skutki uboczne przyjmowania wybranego leku.

Każda kategoria korzyści odpowiada poziomowi zwrotu z ubezpieczenia i stanowi podstawę negocjacji kontraktu, zawieranego następnie z odpowiednią firmą farmaceutyczną. Zawsze staramy się wziąć pod uwagę różne możliwości. Jeżeli istnieje silny wskaźnik dla potencjalnych, istotnych korzyści – wówczas rekomendujemy terapię. Ubezpieczyciel może oczywiście nie wyrazić zgody na poniesienie wszystkich kosztów. W takiej sytuacji pacjent ma możliwość zawrzeć umowę z firmą farmaceutyczną osobiście. Jeżeli terapia będzie skuteczna, wówczas jej koszt zostanie zwrócony. Jest to przykład umowy, w której płaci się za wynik.

Proces rozpoczyna się od złożenia wniosku o zwrot kosztów leczenia. Następnie odpowiednie osoby, korzystając z MediScore, analizują badania i ustanawiają poziom zwrotu kosztów w danym przypadku. Następnie ubezpieczyciel rozpoczyna negocjacje z firmą farmaceutyczną, a po ich zakończeniu – informuje o decyzji w zakresie refundacji. Kontrakty oraz umowy z firmami farmaceutycznymi zostały już podpisane. Oznacza to, że decyzja o zwrocie kosztów może zostać podjęta w ciągu zaledwie kilku godzin.

Efekty wprowadzenia MediScore

W latach 2012-2013 otrzymaliśmy 1294 wniosków o refundację leków onkologicznych. Rozpatrzyliśmy sprawy 116 leków w 199 wskazaniach. Zawarliśmy kontrakty z 16 firmami farmaceutycznymi. Aż 70 proc. wszystkich wniosków o refundację zostało rozpatrzonych w ramach umów podpisanych z firmami farmaceutycznymi. Osiągnięte efekty są zatem bardzo zadowalające. Zarówno pacjenci, jak i lekarze mieli poczucie bezpieczeństwa w zakresie zwrotu kosztów.

Dwa lata funkcjonowania MediScore wykazały również interesujące tendencje dotyczące terapii celowanych. We wskazanym czasie otrzymaliśmy wiele wniosków o refundację innowacyjnych terapii celowanych. Co ciekawe, tylko 45 wniosków dotyczyło leków zarejestrowanych, z kolei aż w 189 wnioskach pacjenci zwracali się o refundację leków poza wskazaniami rejestrowymi. Analizując te dane, nie mam wątpliwości, że standardowy sposób certyfikacji leków nie będzie już optymalnym rozwiązaniem dla systemu opieki zdrowotnej, w szczególności w zakresie terapii celowanych. Wyzwaniem dla polityki cenowej będzie umożliwienie wykorzystania leków poza wskazaniami rejestrowymi m.in. w dziedzinie onkologii.

Warto jednak pamiętać, że z terapiami poza wskazaniami rejestrowymi wiąże się istotne wyzwania. Po pierwsze, dowody dotyczące

potencjalnych korzyści terapeutycznych nie są klarowne. Wynika to z faktu, że rozwój przemysłu farmaceutycznego następuje bardzo szybko. Żyjemy w czasach zmiany paradygmatu w zakresie leków. Urzędnicy nie mają jeszcze możliwości śledzenia tej zmiany w takim tempie, w jakim byłoby to wskazane. Ponadto, obserwuję bardzo duży wzrost zapotrzebowania na szybki dostęp do innowacyjnych terapii. Po trzecie, ceny rosną gwałtownie, a wraz z nimi pojawia się niepewność refundacji – trend ten będzie przybierał na sile. Trzeba jednak również pamiętać, że wczesne wejście na rynek oraz innowacyjność jest szczególnie ceniona i nagradzana. Jeżeli będziemy dysponować wiarygodnymi danymi, system refundacji będzie dostosowany.

Jestem przekonany, że nowe modele biznesowe będą niebawem niezbędne. Wraz z nimi potrzebne będą także nowe sposoby współpracy, których integralną częścią będzie dialog. Interesariusze będą musieli rozmawiać, na każdym etapie prowadzić negocjacje. Ważne jest zatem, aby możliwie wcześnie rozpocząć dialog i wspólnie wypracowywać najlepsze rozwiązania. Proces ten jest oczywiście niezwykle trudny. Odpowiednie umiejętności komunikacyjne i negocjacyjne są niezbędne, a emocje z reguły nie są najlepszym doradcą. Musimy jednak uczyć się od siebie nawzajem. MediScore jest przykładem dobrego narzędzia oceny korzyści terapeutycznych, ale przede wszystkim pokazuje, jak dobre efekty można osiągnąć, gdy wszyscy interesariusze podejmą współpracę.

Edukacja i dialog są priorytetami

Zapis debaty z V Polsko-Szwajcarskiego Forum Dialogu

Jak wdrożyć strategię walki z rakiem?

– na to pytanie polscy i zagraniczni eksperci poszukiwali odpowiedzi podczas V Polsko-Szwajcarskiego Forum Dialogu. Spotkanie było efektem współpracy Polsko-Szwajcarskiej Izby Gospodarczej z Polskim Towarzystwem Onkologicznym. Odbyło się w maju 2014 r. w Sejmie RP, w ramach posiedzenia Zespołu Parlamentarnego ds. Onkologii. Po wystąpieniach trzech ekspertów – prof. Jakoba Passwega, prof. Jacka Jassemę oraz dra Beata Seilera – rozgorzała żywa dyskusja pod przewodnictwem Poseł Alicji Dąbrowskiej, Członkini Komisji Zdrowia oraz Przewodniczącej Parlamentarnego Zespołu ds. Onkologii. Debata ta stanowiła potwierdzenie, że jedynie dialog pomiędzy interesariuszami gwarantuje tworzenie dokumentów i regulacji prawnych, które będą akceptowalne przez wszystkie strony zaangażowane w system opieki zdrowotnej. Zapraszamy do lektury zapisu debaty, która odbyła się w ramach V Polsko-Szwajcarskiego Forum Dialogu.

dr n. med. Igor Radziewicz-Winnicki, Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia, pediatra:

W odniesieniu do wystąpień naszych trzech ekspertów – prof. Jakoba Passwega, prof. Jacka Jassemę oraz dra Beata Seilera – myślę, że jesteśmy wszyscy zgodni co do generalnej tezy, że system opieki onkologicznej w Polsce wymaga daleko idących reform. Idee te powstały równolegle w środowisku akademickim i społecznym, które było inicjatorem opracowania cancer planu, jak również w Ministerstwie Zdrowia. Bardzo się cieszę, że mogliśmy połączyć nasze działania i jestem pełen nadziei, że szybko i sprawnie doprowadzimy ten projekt do końca. Nie ulega wątpliwości, że powinniśmy skupić się teraz na opracowaniu oraz wdrożeniu najwyższych standardów opieki onkologicznej. Polska jest krajem różnych prędkości. Dysponujemy ośrodkami wybitnymi, które gwarantują opiekę medyczną na światowym poziomie, ale także ośrodkami, w których jest słabsze przekonanie o słuszności stosowania międzynarodowych standardów. Obszar ten bezwzględnie wymaga poprawy.

dr n. med. Beata Małecka-Libera, Poseł na Sejm RP, laryngolog:

Postawmy sobie także pytanie – dlaczego Szwajcaria może pochwalić się tak dobrymi wynikami w leczeniu chorób nowotworowych? Oprócz finansów, jest to również kwestia świadomości i wyedukowania społeczeństwa. Musimy mówić o profilaktyce oraz o kompleksowej opiece nad pacjentami, ale powinniśmy także odpowiedzieć sobie na pytania: przed jakimi wyzwaniami stoi nasze społeczeństwo, jakie są priorytety?

Jacek Gugulski, Prezes Stowarzyszenia Chorych na Przewlekłą Białaczkę Szpikową, Wiceprezes Polskiej Koalicji Pacjentów Onkologicznych:

Edukacja społeczeństwa i wprowadzenie odpowiednich regulacji w szkołach jest koniecznością. Dzisiaj w szkolnych sklepikach dzieci kupują słodczyce zamiast kanapek. 40 proc. uczniów nie ćwiczy na WF-ach. Kiedyś było to nie do pomyślenia. Prowadzone są co prawda kampanie edukacyjne, ale – aby osiągnąć cel – konieczna jest koordynacja działań, która poprzez kształtowanie nawyków od najmłodszych lat poprawi zdrowie społeczeństwa. Powinniśmy dużo na ten temat rozmawiać i edukować Polaków.

Jerzy Ziętek, Poseł na Sejm RP, Członek Komisji Zdrowia, Wiceprzewodniczący Parlamentarnego Zespołu ds. Onkologii, ginekolog-położnik:

Pamiętajmy także o tym, że edukacja przekłada się na wykrywalność nowotworów. Jestem inicjatorem Śląskiej Koalicji na Rzecz Walki

z Rakiem Szyjki Macicy. Od wielu lat w praktyce klinicznej spotykam się z tym, że rak szyjki macicy czy rak jajnika wykrywane są na tak zaawansowanym etapie, że leczenie operacyjne jest niezwykle trudne, często nawet niemożliwe. Tymczasem nowotwór wykryty we wczesnym etapie może być wyleczony. Jakość wykonywanych badań poprawia się z każdym rokiem. Jednak na podstawowe badania cytologiczne w województwie śląskim zgłasza się zaledwie 27 proc. kobiet. Od lat prowadzę spotkania edukacyjne w szkołach i zakładach pracy, ale nadal nie odnotowuję poprawy. Dlatego chciałbym zapytać, jak kwestia edukacji i zgłaszalności na badania profilaktyczne przedstawia się w Szwajcarii?

prof. Jakob Passweg, Prezes Szwajcarskiej Ligi do Walki z Rakiem, Ordynator Kliniki Hematologii Uniwersytetu Medycznego w Bazylei:

W Szwajcarii nie obowiązuje ustrukturyzowany program walki z rakiem szyjki macicy. Jednak kobiety od lat edukowane są w tym zakresie.

Odsetek osób przychodzących na badania wynosi ok. 80-90 proc. W Szwajcarii wizyta u ginekologa stanowi część opieki podstawowej, analogiczne jak w przypadku wizyty u lekarza rodzinnego. Większość kobiet chodzi do ginekologów, przeprowadza coroczne badania. Jest to efekt wielu lat edukacji kobiet, które wiedzą, że konieczna jest regularna cytologia.

Krystyna Wechmann, Prezes Federacji Stowarzyszeń „Amazonki”, Wiceprezes Polskiej Koalicji Pacjentów Onkologicznych:

Nikogo nie trzeba przekonywać, że profilaktyka jest najważniejsza. To właśnie wiedza ratuje życie. Dopóki społeczeństwo nie będzie świadome i wyedukowane, dopóty kobiety nie będą zgłaszały się na badania, choćbyśmy nawet mieli najlepsze mammografy, najlepszy sprzęt. Dlatego, jako organizacja pozarządowa, od lat realizujemy liczne kampanie edukacyjne. Zawsze jednak apeluję, aby kampanie edukacyjne mogły być finansowane ze środków państwowych.



¹ od lewej: dr. Beat Seiler, Ulrich Schwendimann, Lukas Beglinger (Ambasador Szwajcarii), Alicja Dąbrowska, prof. Jacek Jassem, prof. Jakob Passweg



2 od lewej: Alicja Dąbrowska, prof. Jacek Jassem

Bożena Janicka, Prezes Porozumienia Pracodawców Ochrony Zdrowia, lekarz medycyny rodzinnej, pediatra:

Bez wątpienia edukacja jest jedną z najważniejszych kwestii. Polacy traktują zdrowie, jako rzecz prywatną. Czy dbam o zdrowie, czy się badam, czy się leczę – jest moją prywatną decyzją. Natomiast, gdy dotyka choroba, problem zdrowotny zaczyna być sprawą publiczną – lekarza rodzinnego, państwa, ministerstwa, NFZ-u. Dlatego edukacja powinna zaczynać się od najmłodszych lat. Jaki nacisk kładziony jest na edukację w Szwajcarii, aby 80 proc. społeczeństwa zgłaszało się na badania?

Chciałabym także zwrócić uwagę na drugą bardzo istotną kwestię – braki kadrowe. Wedle zmian, które są planowane zarówno w pakiecie kolejowym, jak i w onkologii, duża część zadań spadnie na podstawową opiekę zdrowotną. Tymczasem, w tym obszarze już teraz obserwujemy bieżące braki. Jak w Szwajcarii radzą sobie Państwo z tym problemem?

prof. Jakob Passweg, Prezes Szwajcarskiej Ligi do Walki z Rakiem, Ordynator Kliniki Hematologii Uniwersytetu Medycznego w Bazylei:

Jeśli chodzi o edukację ogółu społeczeństwa, myślę, że zdrowie nie jest jedynym problemem. Społeczeństwo potrzebuje edukacji na wszystkich płaszczyznach. Gdy poziom edukacji jest wysoki, wtedy przeważnie również poziom zdrowia jest wysoki.

Pytała Pani także, o to jak Szwajcaria rozwiązała problem braku personelu medycznego. Odpowiedź brzmi krótko – import. W Szwajcarii szkolimy 800 lekarzy rocznie, powinniśmy szkolić 1200. 50 proc. naszych pielęgniarek pochodzi spoza Szwajcarii, głównie z Niemiec, ale też z Polski. Nad tym obszarem musimy jeszcze z pewnością popracować.

Alicja Dąbrowska, Postem na Sejm RP, Członek Komisji Zdrowia, Przewodnicząca Parlamentarnego Zespołu ds. Onkologii, lekarz:



3



4

Rzeczywiście dużo kadry medycznej opuszcza Polskę w poszukiwaniu lepszych warunków pracy i wyższej płacy. Pielęgniarki i lekarze wyjeżdżają do Szwajcarii, ale także do innych krajów Europy. Należy się zatem zastanowić, jak te kadry zatrzymać w kraju.

Mirosław Stachowicz, Prezes think-tank Onkologia 2025:

W naszej dyskusji chciałbym również zwrócić uwagę na inne aspekty. W think tanku Onkologia 2025 porównaliśmy niedawno sposoby organizacji opieki medycznej i onkologicznej w Polsce, Wielkiej Brytanii, Francji, Norwegii, Czechach i Stanach Zjednoczonych. Wnioski z naszego studium dotyczyły przede wszystkim trzech obszarów. Po pierwsze, powinniśmy poprawić koordynację centralną w zakresie onkologii. Po drugie, powinniśmy lepiej wykorzystywać dane, zbierać je w jednym źródle i udostępniać publicznie – wówczas debatę moglibyśmy oprzeć na faktach, a nie na domysłach. Trzecia kwestia to opracowanie mapy potrzeb zdrowotnych w poszczególnych regionach kraju. Panie Profesorze, jak Pan postrzega te kwestie z punktu widzenia prac cancer planu?

prof. Jacek Jassem, Przewodniczący Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Onkologicznego, Kierownik Kliniki Onkologii i Radioterapii Uniwersytetu Medycznego w Gdańsku:

Państwa wnioski są w znacznym stopniu zbieżne z tym, co proponujemy w cancer planie. Zanim podjęliśmy prace nad naszym dokumentem strategicznym, zdiagnozowaliśmy również stan polskiej onkologii w odniesieniu do innych krajów europejskich. Z naszej analizy wynikało na przykład, że liczba łóżek szpitalnych nie koreluje z wynikami leczenia. Najlepsze wyniki w Europie odnotowują Finlandia i Szwecja – kraje, w których jest najmniej łóżek na liczbę mieszkańców. Wracamy zatem do kwestii niewłaściwego wydawania środków. 200 mln zł wydawane jest na hospitalizację w trakcie radioterapii, 700 mln zł – na hospitalizację w trakcie chemioterapii. W krajach Europy Zachodniej 95 proc. tych chorych leczonych jest ambulatoryjnie. Innym przykładem jest brak wdrażania standardów diagnostyczno-leczniczych. Często chorzy zwielokrotniają swoje wizyty, po leczeniu chodzą do kilku lekarzy, uważając, że to zapewni im lepszą opiekę. Tymczasem standardem jest jeden lekarz, który zajmie się pacjentem. Kwestie te trzeba uporządkować.

Zgadamy się, że potrzebna jest instytucja, która będzie centralnie koordynowała walkę z rakiem. Postulat ten budzi największe emocje, ale nie ma kraju, który wdrożyłby narodowy cancer plan bez instytucji, która weźmie za niego odpowiedzialność, będzie spełniała funkcje kontrolne, regulacyjne, będzie inicjatorem zmian, a jednocześnie stworzy aparat ich monitorowania. Kolejną kwestią są dane. Podczas prac nad cancer planem, jedna z grup roboczych zajmowała się wyłącznie danymi, czyli odpowiedzią na pytania, jak powinniśmy gromadzić dane, jak je analizować. W Polsce sytuacja jest idealna, ponieważ mamy jednego ubezpieczyciela, a bardzo mało pacjentów leczy się poza systemem ubezpieczeniowym. Jednak nasze bazy danych nie są spójne. W tym obszarze jest bardzo wiele do zrobienia. W cancer planie proponujemy konkretne rozwiązania. Podobnie, jak w kwestii mapy potrzeb i zasobów. Z tego, co wiem, takie mapy będą tworzone na szczeblu lokalnym, przez wojewodów. My jednak proponujemy, aby – niezależnie od działań regionalnych – podjąć trud i zainwestować w ogólnokrajowe bazy danych. Z pewnością zajmie to kilka miesięcy i pochłonie pieniądze, ale w naszej ocenie jest to konieczne, aby nie trzeba było działać intuicyjnie.

dr n. med. Igor Radzewicz-Winnicki, Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia, pediatra:

Szanowni Państwo, w naszej dyskusji trzeba rozdzielić dwa aspekty – bieżące działania i poprawę funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej od pewnej ogólnej strategii, o której mówił prof. Jacek Jassem.



5

Pan Profesor mówił o braku wymiany informacji pomiędzy lekarzami oraz duplikowaniu badań. Rzeczywiście tak jest – pacjenci trafiają do różnych poradni, krążą pomiędzy szpitalami, gdzie powtarzane są badania. Dlatego budujemy platformę wymiany danych informacyjnych, która już za 2-3 lata będzie w pełni funkcjonalna, a nasze dane medyczne będą gromadzone w ramach jednej chmury informacyjnej. Lekarze podstawowej opieki zdrowotnej, lekarze opieki specjalistycznej, lekarze szpitalni, pielęgniarki, pacjenci, ubezpieczyciel – wszyscy uczestnicy systemu będą mieli sprawny i szybki dostęp do najbardziej aktualnych danych pacjenta, informacji na temat jego stanu zdrowia, chorób przewlekłych czy zaleceń lekarskich, co ma fundamentalne znaczenie w ordynacji leków, przewidywaniu interakcji lekowych czy planowaniu terapii pacjenta. Utworzyliśmy koncepcję multidyscyplinarnych zespołów diagnostyczno-terapeutycznych oraz instytucję koordynatora opieki zdrowotnej nad pacjentami onkologicznymi. W pełni zgadzamy się również z tezą Pani Prezes Bożeny Janickiej dotyczącą kadr. Jestem przekonany, że dotychczasowe kadry podstawowej opieki zdrowotnej będą w przyszłości musiały zostać powiększone, bo medycyna rozwija się w kierunku medycyny ambulatoryjnej, a pacjenci chcą i mają do tego

prawo, aby bezpiecznie i skutecznie leczyć się pod opieką lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, który konsultuje terapię z lekarzem specjalistą. W 2014 r. Parlament uchwalił, a Pan Prezydent Bronisław Komorowski podpisał ustawę, której efektem jest zwiększenie liczby lekarzy pracujących w podstawowej opiece zdrowotnej. Nie mamy wątpliwości, że zarówno lekarze specjaliści medycyny rodzinnej, jak również lekarze specjaliści chorób wewnętrznych i pediatrzy są osobami, których profil wykształcenia doskonale pasuje do tego, aby pełnić rolę lekarza podstawowej opieki zdrowotnej. W tę stronę poszły nasze reformy. Proces ten już się toczy.

Jednak elementem oddzielnym, który chciałbym szczególnie podkreślić – nawiązując do słów Pani Posel Beaty Mateckiej-Libery oraz Pana Posła Jerzego Ziętka – są działania z zakresu zdrowia publicznego. Trendów epidemiologicznych nie możemy odwrócić, ponieważ wynikają one z transformacji demograficznej. Społeczeństwo się starzeje, wchodzimy w następne fazy rozwoju społeczno-ekonomicznego i demograficzno-cywilizacyjnego, czego efektem jest występowanie nowych chorób w Polsce. Jednak możemy opóźnić falę wzrostu zachorowań i wykształcić w Polakach nawyki prozdrowotne.



6

wotne. Wymaga to zorganizowanego wysiłku społecznego. Działania te nigdy nie będą odbywały się pojedynczymi inwestycjami Ministra Zdrowia czy samorządów – to musi być wypadkowa spójnej, wieloletniej strategii działań wszystkich sektorów państwa.

Łucja Bielec, założycielka Fundacji SOS Życie:

Zgadzam się z uwagami przedmówców. W dzisiejszej dyskusji warto także poruszyć tematykę NGO. W ramach organizacji pozarządowej SOS Życie od 20 lat prowadzimy referencyjny, modelowy screening raka piersi i raka szyjki macicy. Chciałabym zatem zapytać gości ze Szwajcarii, jak wygląda działalność NGO w Szwajcarii?

prof. Jakob Passweg, Prezes Szwajcarskiej Ligi do Walki z Rakiem, Ordynator Kliniki Hematologii Uniwersytetu Medycznego w Bazylei:

Przykładem NGO w Szwajcarii jest Liga do Walki z Rakiem. Liga jest organizacją pozarządową, która prowadzi szerokie spektrum działań informacyjnych i edukacyjnych dla pacjentów, ale także dla lekarzy. Pomagamy również na poziomie lokalnym pacjentom, którzy np.

nie mają pieniędzy, aby udać się do ośrodka diagnostyki i leczenia nowotworów. Ponadto, prowadzimy bardzo duży program badawczy oraz realizujemy liczne programy prewencyjne i wczesnego wykrywania raka. W porównaniu do Polski, w większym stopniu skupiamy się na opiece paliatywnej, na pomocy psycho-społecznej, pomocy psychologów. Jest to pewien luksus, na który możemy sobie w Szwajcarii pozwolić, ponieważ wszystkie pozostałe obszary działają sprawnie.

dr n. med. Krzysztof Bardadin, Sekretarz Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Patologów:

Byłem uczestnikiem pierwszej grupy roboczej, pracującej nad cancer planem, więc w pełni popieram ten projekt. Chciałem jednak zwrócić Państwu uwagę, że każda myśl musi być obudowana prawem. Niestety polskie prawo jest niedoskonałe albo w ogóle go nie ma. Przykładowo, w 1992 r. w ramach ustawy o zakładach opieki zdrowotnej usunięta została istotna część prawodawstwa zdrowotnego, które spowodowało, że polska patomorfologia, będąca istotnym elementem cancer planu, straciła normy prawne. Mija 20 lat,



7

złożyliśmy już 7 czy 8 projektów do Ministerstwa Zdrowia w sprawie patomorfologii oraz jakości w tym obszarze, ostatni 2 lata temu i do tej pory nic się nie zmieniło. Diagnostyka pacjentów onkologicznych jest oparta o wyobrażenia zwyczajowe, niemające kryteriów jakości ani nieoferujące pacjentom zabezpieczeń w przypadku fałszywych diagnoz. Obawiam się, Panie Profesorze, że to nie dotyczy tylko patomorfologii. W cancer planie trzeba będzie większość ustaw albo adaptować albo przerobić, żebyśmy byli w stanie ruszyć z miejsca.

prof. Jacek Jassem, Przewodniczący Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Onkologicznego, Kierownik Kliniki Onkologii i Radioterapii Uniwersytetu Medycznego w Gdańsku:

Zgadza się, dlatego zawsze podkreślam, że w tych obszarach, w których proponowane przez nas rozwiązania nie mieszczą się w polskich ramach prawnych, trzeba podjąć próbę zmiany prawodawstwa. Przykładem jest chociażby pakiet antykolejkowy, który właśnie stanowi próbę zmian prawnych. Jeżeli chcemy wdrożyć cały cancer plan, osoby i instytucje zajmujące się polskim ustawo-

dawstwem będą musiały zweryfikować ten dokument, wskazując na obszary, które będą wymagały zmian prawnych na poziomie ustawy, rozporządzenia, zarządzenia albo na szczeblu kontraktowania.

prof. dr hab. med. Wiesław Wiktor Jędrzejczak, Kierownik Kliniki Chorób Wewnętrznych, Hematologii i Onkologii Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego:

Chciałbym zapytać dra Beata Seilera, czy przedstawiony przez Pana algorytm dotyczy zarówno leków szpitalnych, jak i ambulatoryjnych?

dr Beat Seiler, Dyrektor medyczny Helsana – największej kasy chorych w Szwajcarii:

MediScore – wprowadzone w Szwajcarii narzędzie oceniające korzyści terapeutyczne leków poza wskazaniami rejestrowymi – dotyczy głównie pacjentów ambulatoryjnych. W szwajcarskim systemie leki stosowane w szpitalach refundowane są w inny sposób, a możliwość stosowania w szpitalach leków poza wskazaniami rejestrowymi jest



8

nowym rozwiązaniem. Docelowo, system MediScore będzie zatem obejmował również leki poza wskazaniami rejestrowymi stosowane w szpitalach.

prof. Jacek Jassem, Przewodniczący Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Onkologicznego, Kierownik Kliniki Onkologii i Radioterapii Uniwersytetu Medycznego w Gdańsku:

Zaskakuje mnie w Pana algorytmie brak kryterium „cena”. Punkty są przyznawane za wyniki, co jest oczywiście fantastyczne. Jednak w polskim systemie punkty przyznawane byłyby przynajmniej w połowie za cenę. Oczywiście rozumiem, że w Szwajcarii mają Państwo znacznie więcej funduszy do dyspozycji, ale czy nie uważacie Państwo, że cena jednak powinna być częścią tego algorytmu?

dr Beat Seiler, Dyrektor medyczny Helsana:

Rzeczywiście zastanawialiśmy się nad wprowadzeniem takiego kryterium, jednak finalnie zdecydowaliśmy się wyłącznie na ocenę korzy-

ści leczenia, bez ceny. Rolą ubezpieczyciela będzie negocjowanie cen bezpośrednio z firmą farmaceutyczną.

Alicja Dąbrowska, Posłem na Sejm RP, Członek Komisji Zdrowia, Przewodnicząca Parlamentarnego Zespołu ds. Onkologii, lekarz:

Bardzo dziękuję Państwu za owocną dyskusję. W ramach podsumowania chciałabym przypomnieć, że temat onkologii dotyczy nas wszystkich. Z danych statystycznych wynika, że co czwarty Polak, będzie chorował na nowotwór. W naszym wspólnym interesie – grupy parlamentarnej, Rządu, Narodowego Funduszu Zdrowia, Ministerstwa Zdrowia, organizacji pozarządowych czy pacjentów – jest wypracowanie wspólnego programu, który będzie służył wszystkim interesariuszom. Jestem przekonana, że zmierzamy w dobrym kierunku.