POLSKO-SZWAJCARSKIE
FORUM DIALOGU

BIULETYN

OPIEKA ZDROWOTNA OPARTA NA WYNIKACH LECZENIA PACJENTÓW DROGĄ DO INNOWACJI W OCHRONIE ZDROWIA

05_10_2018

Swiss Chamber Poland

Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Ambasada Szwajcarii w Polsce

Swiss Chamber Poland

www.swisschamber.pl

SPIS TREŚCI

Edytorial 3

VIII Polsko-Szwajcarskie Forum Dialogu pod patronatem Ministra Zdrowia 4

Globalne trendy w ochronie zdrowia na przykładzie Szwajcarii 6

DR GERHARD PFISTER

Czym jest ochrona zdrowia nakierowana na wartość zdrowotną (value-based healthcare) i jakie narzędzia wykorzystuje? 8

DR MAŁGORZATA GAŁĄZKA-SOBOTKA

Szpitalny benchmarking ukierunkowany na dobro pacjenta – czy taki system jest możliwy? 10

PROF. DR MED. BEAT MÜLLER

W jaki sposób kształtować ochronę zdrowia opartą na pogłębionej ocenie potrzeb zdrowotnych społeczeństwa? 13

DR N. MED. GRZEGORZ JUSZCZYK

Opieka zdrowotna oparta na wynikach leczenia pacjentów drogą do innowacji w ochronie zdrowia 15

RELACJA Z DYSKUSJI PANELOWEJ

Polsko-Szwajcarskie Forum Dialogu Zrealizowane tematy 30

Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Ambasada Szwajcarii w Polsce

EDYTORIAL

Szanowni Państwo,

od ośmiu lat, wspólnie z Ambasadą Konfederacji Szwajcarskiej mamy zaszczyt tworzyć platformę wymiany doświadczeń między polskimi i szwajcarskimi ekspertami z obszaru ochrony zdrowia. Polsko-Szwajcarskie Forum Dialogu na stałe wpisało się w kalendarze interesariuszy systemu opieki zdrowotnej w naszym kraju. Pacjenci, lekarze, decydenci to grupy, które każdego roku zabierają głos w inicjowanych przez nas dyskusjach. Dzięki szerokiej perspektywie możemy wspólnie rozmawiać o rozwiązaniach, których wdrożenie może poprawić kondycję polskiej służby zdrowia.

Honorowy patronat nad VIII Polsko-Szwajcarskim Forum Dialogu objął Minister Zdrowia Łukasz Szumowski, który swoim wystąpieniem otworzył tegoroczne spotkanie.

Opieka zdrowotna oparta na wynikach leczenia jest jednym z najczęściej poruszanych tematów wśród interesariuszy systemu opieki zdrowotnej na całym świecie, dlatego również Polsko-Szwajcarska Izba Gospodarcza oraz Ambasada Konfederacji Szwajcarskiej postanowiły włączyć się do dyskusji, podejmując ten temat podczas tegorocznego Forum Dialogu. W modelu Value-Based Medicine wartość opieki zdrowotnej pochodzi z pomiaru wyników zdrowotnych w porównaniu z kosztami ich uzyskania.

Dzięki Forum Dialogu mieliśmy okazję poznać perspektywę i doświadczenia szwajcarskich ekspertów, którzy pokazali korzyści oraz opowiedzieli o barierach związanych z systemem opieki zdrowotnej opartym na wynikach leczenia. Również polscy eksperci w Value-Based Medicine upatrują ogromną szansę na poprawę jakości leczenia oraz oszczędności dla systemu.

To dla nas niezwykły zaszczyt, ale również motywacja do podejmowania kolejnych tematów w ramach partnerskiej współpracy Polski i Szwajcarii. Wierzymy, że omawiane podczas Forum Dialogu rozwiązania zostaną wdrożone w systemie opieki zdrowotnej – wpływając przede wszystkim na jakość leczenia oferowaną pacjentom w Polsce.

Zapraszam do zapoznania się z relacją z VIII Polsko-Szwajcarskiego Forum Dialogu.

LUKAS SCHIFFERLE,
RADCA HANDLOWY AMBASADY SZWAJCARII

ULRICH SCHWENDIMANN,
DYREKTOR POLSKO-SZWAJCARSKIEJ
IZBY GOSPODARCZEJ

VIII Polsko-Szwajcarskie Forum Dialogu pod patronatem Ministra Zdrowia

Ósma edycja Polsko-Szwajcarskiego Forum Dialogu odbyła się pod hasłem – „Opieka zdrowotna oparta na wynikach leczenia pacjentów drogą do innowacji w ochronie zdrowia". Debata zainicjowana przez Ambasadę Szwajcarii oraz Polsko-Szwajcarską Izbę Gospodarczą, angażująca interesariuszy z Polski i z zagranicy, miała na celu wypracowanie kierunku reform w systemie polskiej ochrony zdrowia w duchu Value-Based Medicine.

Październikowe wydarzenie zostało objęte patronatem honorowym Ministra Zdrowia Łukasza Szumowskiego, który był również głównym gościem spotkania. O wyzwaniach stojących przed służbą zdrowia nie tylko w Polsce, ale na całym świecie mówili polscy oraz szwajcarscy eksperci: dr Małgorzata Gałązka-Sobotka, Dyrektor Centrum Kształcenia Podyplomowego w Uczelni Łazarskiego; dr Gerhard Pfister, Deputowany do Szwajcarskiej Rady Narodowej; członek Komisji Zdrowia i Spraw Społecznych, przewodniczący Polsko-Szwajcarskiej Grupy Parlamentarnej; prof. dr med. Beat Müller, Dyrektor Medyczny, Uniwersytet Medyczny w Aarau; dr n. med. Grzegorz Juszczyk, Dyrektor Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego - Państwowego Zakładu Higieny; prof. dr hab. n. med. Tadeusz Pieńkowski, Prezes Towarzystwa do Badań nad Rakiem Piersi oraz Beata Ambroziewicz, Prezes Polskiej Unii Organizacji Pacjentów „Obywatele dla Zdrowia".

Szwajcaria jest krajem o bardzo wysokich nakładach na opiekę zdrowotną. Poszukujemy rozwiązań efektywnych kosztowo, które mogą poprawić rentowność naszego systemu. W Polsce funkcjonuje system o zupełnie innej strukturze, dlatego z wielką uwagą śledzimy poczynania polskiej administracji we wdrażanych zmianach, ale również tych planowanych. Myślę, że wszyscy zdajemy sobie sprawę jednak, że sercem refleksji na temat opieki zdrowotnej opartej na wynikach leczenia musi być pacjent.

JÜRG BURRI, AMBASADOR SZWAJCARII W POLSCE

System Value-Based Medicine oparty jest na podejściu długoterminowym wymagającym wdrożenia odpowiednich wskaźników oraz opieki koordynowanej – która określa, w jaki sposób powinniśmy zająć się pacjentem jako regulator i jak pacjent powinien być traktowany. Nie powinno mu się proponować jednostkowej usługi i zostawiać go samemu sobie. Stworzenie Narodowego Instytutu Onkologii w Polsce, jako sieci bazującej na francuskim instytucie onkologii, który jest uznawany za jeden z najlepszych na świecie, pomoże wdrożyć najwyższe standardy w całym kraju. Pomoże zapewnić pacjentowi opiekę od samego początku choroby do zakończenia terapii oraz rekonwalescencji. Ta koordynacja, to prowadzenie pacjenta jest niezbędne.

ŁUKASZ SZUMOWSKI, MINISTER ZDROWIA

Globalne trendy w ochronie zdrowia na przykładzie Szwajcarii

DR GERHARD PFISTER,
DEPUTOWANY DO SZWAJCARSKIEJ RADY NARODOWEJ,CZŁONEK KOMISJI ZDROWIA I SPRAW SPOŁECZNYCH, PRZEWODNICZĄCY POLSKO-SZWAJCARSKIEJ GRUPY PARLAMENTARNEJ

Reforma systemu opieki zdrowotnej w Szwajcarii została przeprowadzona w 1996 roku – przed nią ubezpieczenia zdrowotne nie były obowiązkowe dla wszystkich mieszkańców. Podstawą polityki zdrowotnej kraju jest równość i solidarność. Około 60 różnych zakładów ubezpieczeń zdrowotnych oferuje podstawowe usługi, które określają wysokość składek. Każdego roku, pod koniec listopada, Szwajcarzy mogą zdecydować się na zmianę ubezpieczenia, wybierając to, które im najbardziej odpowiada.

Obecnie wysokość składki zdrowotnej waha się w granicach 300 do 2500 franków szwajcarskich. Osoby, których nie stać na opłacenie składki są wspierane między innymi przez kanton, w którym mieszkają. Głównym problemem funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej są niejasne regulacje – z jednej strony podlega on 26 kantonom, z drugiej prawo reguluje kwestie ustrojowe na poziomie krajowym. Państwo odpowiada za rentowność oraz jakość usług, zaś kantony za podstawową opiekę zdrowotną oraz dbanie o opłacalne funkcjonowanie szpitali działających w ich regionie.

Bez względu na dochody, mieszkańcy Szwajcarii mają dostęp do służby zdrowia na jednakowo wysokim poziomie, uwzględniając również odpowiednio krótki czas oczekiwania na usługi. Generuje to bardzo wysokie koszty, co powoduje, że ten system opieki zdrowotnej jest jednym z najdroższych na świecie, wyprzedzają go jedynie Stany Zjednoczone. Obecnie, przeciętna rodzina w Szwajcarii przeznacza około 15 tysięcy franków rocznie na ubezpieczenie medyczne, przy średnim dochodzie szacowanym na 60 tysięcy franków szwajcarskich. Oznacza to, że prawie 25% domowego budżetu pochłania tylko ubezpieczenie – to stanowi ogromne wyzwanie obecnie funkcjonującego systemu w Szwajcarii.

Jako powód tak wysokich kosztów opieki wskazywane jest wykonywanie zabiegów, czy podejmowanie leczenia, które nie zawsze mają uzasadnienie medycznie. Zaniechanie tego typu praktyk może wygenerować oszczędności rzędu 6 mld franków szwajcarskich. Z drugiej strony, ceny leków dystrybuowanych w Szwajcarii są wyższe niż dla krajów Unii Europejskiej – niektóre produkty są nawet 3-krotnie droższe niż w Niemczech.

Obecnie funkcjonujące regulacje chronią pacjenta przed finansową odpowiedzialnością związaną z leczeniem. Z perspektywy pacjenta to znakomite rozwiązanie, jednak nie utrwala to dobrych zasad wśród społeczeństwa dotyczących zdrowego stylu życia, dbałości o profilaktykę, a także sprawia, że Szwajcarzy nie mają powodu do generowania oszczędności.

Szwajcaria, podobnie, jak większość państw na świecie, stale prowadzi wewnętrzną dyskusję nt. tego jak powinien aktualnie wyglądać system opieki zdrowotnej. Mimo dobrej jakości służby zdrowia, ciągłe wyzwania zmuszają do zmian umożliwiających dostosowanie się do nowych trendów. Dodatkowo szwajcarski system opieki zdrowotnej, podobnie jak polski, potrzebuje reform, które skupią się szczególnie na poprawie efektywności służby zdrowia, a w rezultacie wygenerują oszczędności pozwalające obniżyć koszty leczenia pacjentów.

Czym jest ochrona zdrowia nakierowana na wartość zdrowotną (value-based healthcare) i jakie narzędzia wykorzystuje?

DR MAŁGORZATA GAŁĄZKA-SOBOTKA,
DYREKTOR CENTRUM
KSZTAŁCENIA PODYPLOMOWEGO
W UCZELNI ŁAZARSKIEGO

W ciągu najbliższych 12 lat Polska będzie musiała się zmierzyć z jednym z największych wyzwań, jakie stoi przed krajami rozwiniętymi i rozwijającymi się – starzejącym się społeczeństwem. W 2014 r. Narodowy Fundusz Zdrowia przygotował prognozę, która pokazała, że do roku 2030 r. polski system musi się liczyć ze wzrostem kosztów hospitalizacji o ponad 12%, nie uwzględniając zmiany modelu funkcjonowania systemu ani zmian technologicznych.

Polska ochrona zdrowia ma problem z jakością oferowanych usług. Tylko 208 ośrodków uzyskało odpowiednie akredytacje, dyrektorzy placówek wskazują, że powodem takiej sytuacji jest zbyt niska premia za jakość. Sprawia to, że ośrodki nie mają motywacji i nie przechodzą procesów umożliwiających ich uzyskanie.

Kolejny problem to przejrzystość. Polski pacjent nie jest konsumentem, gdyż nie ma odpowiedniego dostępu do informacji na temat tego, gdzie i na jakich warunkach może uzyskać świadczenia zdrowotne. System w Polsce nie jest systemem „pacjentocentrycznym", jest to poważne wyzwanie. Polacy nie są usatysfakcjonowani oferowaną im opieką, a to wszystko jest częścią systemu value, do którego nasz kraj chce dążyć.

System oparty na wartości to system, który wprost odnosi nakłady do osiągniętego efektu zdrowotnego. Wartość zdrowotną można rozłożyć na kilka czynników: bezpieczeństwo, równość, dostępność do opieki czy doświadczenie pacjenta. To są elementy, nad którymi polska opieka medyczna powinna pracować w najbliższych latach.

Wartość zdrowotna to również zarządzanie efektywnością procesów. Na końcu systemu wartości jest wynik terapii, ponoszone nakłady, co powinno stać się przedmiotem uwagi wszystkich, którzy pracują na rzecz transformacji polskiego systemu ochrony zdrowia. Przez ostatnich 27 lat Polska wypracowała sfragmentaryzowany i zdekompresowany system, który uniemożliwia osiągnięcie należytej efektywności. W transformacji zastanego systemu na pewno wsparciem będzie nowy model finansowania, przejrzystość danych, ale niezbędna będzie również zmiana kultury postawy, że nie boimy się oceny. Ważnym aspektem jest ponadto wygenerowanie nowych modeli płatności. Świat idzie w kierunku budżetowania, czyli systemów płacenia za całe cykle opieki, systemów, które łączą ze sobą kapitację z premiami za jakość i efektywność.

Polski system ochrony zdrowia od kilku lat jest już na drodze value-based healthcare. Świadczy o tym chociażby program pilotażowy POZ plus, ustawa 6 proc., leki 75 plus. Konieczne jest wprowadzenie zintegrowanej, wielodyscyplinarnej, interdyscyplinarnej opieki nad pacjentem najbliżej jego miejsca zamieszkania na poziomie podstawowej opieki zdrowotnej, integrując tę opiekę z opieką ambulatoryjną, z opieką specjalistyczną. Pewien fundament systemu nastawionego na wartość zbuduje ustawa o jakości. Ustawy 6% PKB na zdrowie, IOWISZ, leki 75 plus – to już są programy, regulacje, które szukają efektywności w obecnej strukturze, skuteczności w procesach alokacji środków.

Szpitalny benchmarking ukierunkowany na dobro pacjenta – czy taki system jest możliwy?

PROF. DR MED. BEAT MÜLLER,
DYREKTOR MEDYCZNY,
UNIWERSYTET MEDYCZNY W AARAU

Jednym z głównych problemów polskiej służby zdrowia jest dostępność do leczenia, a system wymaga pilnego dofinansowania. Z tymi problemami uporała się już szwajcarska służba zdrowia, jednak podobnie jak inne kraje również Szwajcaria stale inicjuje dyskusje na temat rozwiązań, które zapewnią dostępność pacjentom do najnowszych rozwiązań medycznych. Skorzystanie z doświadczeń szwajcarskich może uchronić Polskę przed popełnieniem błędów, które po wprowadzeniu reform na przestrzeni lat miały wpływ na kształt aktualnego stanu opieki zdrowotnej w Szwajcarii.

Na postrzeganie przez pacjentów służby zdrowia ogromny wpływ ma telewizja i internet – modne seriale poruszające zagadnienia medyczne, sprawiły, że pacjent wyobraża sobie szpital jako piękny, nowoczesny ośrodek, którego trzon stanowią przystojni lekarze mający odpowiedź na wszystkie troski i potrzeby, z jakimi chorzy do nich trafiają. Pacjenci od szpitala oczekują warunków, jak od hotelu – włącznie z dostępem do szybkiego łącza Wi-Fi.

Jednak podobnie, jak większość krajów rozwiniętych, Szwajcaria zmaga się z problemem starzejącego się społeczeństwa, a pacjenci z tej grupy martwią się jedynie o to, aby znaleźć łóżko w dobrym szpitalu i opiekę – co w Polsce wciąż jest wyzwaniem. Do momentu diagnozy nie tylko nie czujemy się pacjentem, ale również nie chcemy nim być. Dopiero choroba weryfikuje nasze potrzeby odnośnie leczenia – nie jest ważne Wi-Fi, nie wygodne łóżko, a dostęp do lekarzy i odpowiedniego leczenia jest główną potrzebą.

Na obecność pacjenta w szpitalu możemy spojrzeć z kilku perspektyw, najłatwiej zobrazować to na przykładzie. Pan Smith ma 75 lat, jest chory na zapalenie płuc. Wskaźnik umieralności na zapalenia płuc wynosi aż 15%. Przyczyną śmierci pacjenta prawdopodobnie nie będzie jednak właśnie zapalenie płuc, a choroby, które nabywał przez lata – czasami palił papierosy, ma zapchane tętnice, był w programie screeningowym prostaty, jest po operacji, ma pierwsze objawy Parkinsona, więc trudno mu się poruszać, a jego dieta opiera się głównie na 14 tabletkach, które musi zażywać na wszystkie swoje choroby. Pan Smith jest hospitalizowany, ponieważ szuka pomocy medycznej oraz potrzebuje opieki. Nie jest to jedyny powód, dla którego znalazł się w szpitalu. Jest rodzina, która w najbliższym czasie będzie musiała się nim opiekować. Hospitalizacja pacjenta sprawia, że jego najbliżsi mogą odpocząć, ma stałą opiekę, odpowiednią dietę, jest bezpieczny – oni sami zaś mają możliwość odbycia krótkich wakacji. Gdy wychodzi ze szpitala oddają go do domu opieki i znowu wszystko jest pod kontrolą i jest pacjentem leczonym ambulatoryjnie.

Zadaniem szpitala jest wybrać opiekę, która w takim przypadku będzie dla niego bardziej opłacalna. Jeżeli określone czynniki sprawią, że więcej funduszy wpłynie do ośrodka przy hospitalizacji – szpital zostawi pacjenta u siebie, jeśli będzie to leczenie ambulatoryjne – wybierze leczenie ambulatoryjnie. Szpitale w całym systemie są pewnego rodzaju graczem, który musi szukać pacjentów generujących niskie koszty, gdyż zarządcy oczekują rentowności ośrodka. Zasady gry nie są jednak jasne dla chorych, nie rozumieją, że najnowsze terapie są bardzo drogie, a szpitale muszą zarabiać na ich chorobie.

Medycyna się zmienia, rozwija – dawniej była tania i nieskuteczna. W ciągu 50 lat oczekiwana długość ży-

W jaki sposób kształtować ochronę zdrowia opartą na pogłębionej ocenie potrzeb zdrowotnych społeczeństwa?

DR N. MED. GRZEGORZ JUSZCZYK,
DYREKTOR NARODOWEGO
INSTYTUTU ZDROWIA PUBLICZNEGO
- PAŃSTWOWEGO ZAKŁADU HIGIENY

cia wydłużyła się o 10 lat, to ogromny postęp. Sprawia to jednak, że medycyna jest również coraz droższa. Należy pamiętać, że cena jest tym, co płaci pacjent, a wartość tym, co dostaje. Społeczeństwo inwestuje w nowinki technologiczne, samochody. Te środki stanowią dużą część domowych budżetów, należy więc rozważyć zwiększenie kosztów opieki po stronie pacjentów.

Podczas dyskusji na temat reform każdy z interesariuszy patrzy z innej perspektywy. Według założeń służba zdrowia powinna być efektywna, rozważna i ekonomiczna – ale co to znaczy dla szpitala? Szpital podobnie jak resort zdrowia musi stworzyć własną strategię działania, rozwoju, która pozwoli mu zachować rentowność – likwidując łóżka szpitalne, dąży się do rozszerzenia podstawowej opieki zdrowotnej, czyli unikania pacjentów wymagających kosztownego leczenia – taka jest wizja szpitala. Jednak obecny system gwarantuje o wiele wyższe środki za przeprowadzenie zabiegu operacyjnego, aniżeli dobrą profilaktykę pacjentów. To ogromna dysfunkcja systemu.

Właśnie dlatego niezwykle ważne jest, aby zwrócić uwagę na wartość, jaką osiągamy po leczeniu pacjenta. To może finalnie zagwarantować o wiele większą rentowność ośrodków i oszczędności dla szpitala. Należy dążyć do optymalizacji zasobów: zmniejszenie czasu oczekiwania na przyjęcie w nagłym wypadku, skrócenie czasu pobytu w szpitalu, ograniczenie ponownego przyjęcia do placówki. Niezwykle istotna jest również współpraca interdyscyplinarnego zespołu lekarzy, co może znacząco wpłynąć na odpowiedni dobór leczenia, szybszą diagnozę, a w efekcie na krótszy pobyt pacjenta w szpitalu. Dodatkowym elementem jest okazanie pacjentom zainteresowania i skontaktowanie się z nimi np. 30 dni po opuszczeniu placówki – można w ten sposób zbadać ich satysfakcję i dowiedzieć się, czy byli zadowoleni z usług, które otrzymali w placówce. To także dobry czas, aby sprawdzić, czy byli na umówionej wizycie lekarskiej, czy biorą udział w regularnych kontrolach i badaniach profilaktycznych. Czując zainteresowanie, chcą wracać do ośrodka i korzystają z usług jako pacjenci ambulatoryjni.

Zgodnie z badaniami Głównego Urzędu Statystycznego osób w wieku poprodukcyjnym jest w Polsce obecnie około 8 milionów, dodatkowo przewiduje się, że do 2050 roku, grupa osób w wieku 85 plus zwiększy się do ponad 1,5 mln. Stanowi to ogromne wyzwanie dla polskiej służby zdrowia wiążące się ze znaczącym wzrostem wydatków na służbę zdrowia.

Trzeba zatem efektywnie wydawać pieniądze. Doświadczenie opieki subiektywne czy obiektywne poddaje się pomiarowi. Bardzo istotne jest badanie tej subiektywnej strony doświadczenia opieki. Trudne jest określenie typologii potrzeb zdrowotnych. Istnieją potrzeby subiektywne, czyli te oceniane przez pacjenta, z którymi pacjenci mogą się zgłosić do lekarza, ale dla systemu kluczowe są obiektywne potrzeby zdrowotne, czyli zdiagnozowane przez lekarza, monitorowane w systemie publicznym.

Wśród najgroźniejszych czynników ryzyka, powodujących utracenie lat życia jest sposób odżywiania, palenie papierosów czy nadciśnienie tętnicze – dotyczy to szczególnie mężczyzn, którzy nie stosują się do zaleceń lekarzy oraz nie wykorzystują dostępności do terapii. Mężczyźni w Polsce dbają o swoje zdrowie mniej niż kobiety, co pokazują wyniki analiz

– żyją średnio o 8 lat krócej niż panie. Dotarcie do mężczyzn z mniejszych miejscowości jest bardzo trudne i ograniczone.

To wszystko ma niestety wpływ na długość ich życia. Pilotaże jak POZ plus czy opieka koordynowana mają szansę przełożyć się na podwyższenie standardu opieki.

Już dziś polski system ochrony zdrowia wdraża procesy, które pozwalają rozwiązać problemy pacjentów. Przez wiele lat przeszedł on proces reform przekształcających go z modelu czystej analizy potrzeb do modelu partycypacyjnego angażującego różne grupy interesariuszy, a przede wszystkim pacjentów. Widać wyraźnie, że system się transformuje w kierunku opieki zintegrowanej zgodnie z rekomendacjami Światowej Organizacji Zdrowia (WHO), w której dostrzegamy potrzeby pacjenta, który znajduje się w centrum tego systemu, który jest wspierany zarówno przez swoją rodzinę, jak i wspólnotę.

To jest element strategii działania całego rządu w Polsce, czyli wspieranie rodziny i wspólnoty. Zapewnienie uniwersalnego, równego, zorientowanego na potrzebach pacjentów systemu opieki. Pacjent, który wychodzi ze szpitala często potrzebuje wsparcia i na to również warto zwrócić szczególną uwagę. W planowanych modelach uwzględniona została właśnie integracja tej opieki i przewodników opiekunów, którzy są w stanie wesprzeć pacjenta także w tych potrzebach społecznych, nie wynikających już z samego procesu leczenia.

Opieka zdrowotna oparta na wynikach leczenia pacjentów drogą do innowacji w ochronie zdrowia

RELACJA Z DYSKUSJI PANELOWEJ

MODERATOR:

- **JOANNA BEKKER**, DYREKTOR DS. ROZWOJU BIZNESU, POLITYKA INSIGHT

UCZESTNICY:

- **PROF. DR MED. BEAT MÜLLER**,
  DYREKTOR MEDYCZNY, UNIWERSYTET MEDYCZNY W AARAU
- **DR MAŁGORZATA GAŁĄZKA – SOBOTKA**,
  DYREKTOR INSTYTUTU ZARZĄDZANIA W OCHRONIE ZDROWIA UCZELNI ŁAZARSKIEGO
- **DR N. MED. GRZEGORZ JUSZCZYK**,
  DYREKTOR NARODOWEGO INSTYTUTU ZDROWIA PUBLICZNEGO
  – PAŃSTWOWEGO ZAKŁADU HIGIENY
- **PROF. DR HAB. N. MED. TADEUSZ PIEŃKOWSKI**,
  PREZES TOWARZYSTWA DO BADAŃ NAD RAKIEM PIERSI
- **DR GERHARD PFISTER**,
  DEPUTOWANY DO SZWAJCARSKIEJ RADY NARODOWEJ
- **BEATA AMBROZIEWICZ**,
  PREZES POLSKIEJ UNII ORGANIZACJI PACJENTÓW „OBYWATELE DLA ZDROWIA"

BEATA AMBROZIEWICZ,
PREZES POLSKIEJ UNII ORGANIZACJI PACJENTÓW „OBYWATELE DLA ZDROWIA"

PERSPEKTYWA PACJENTÓW

Budowa systemu opieki zdrowotnej wymaga współpracy wszystkich zainteresowanych stron, w tym również pacjentów. Pamiętajmy, że na pewnym etapie naszego życia wszyscy będziemy pacjentami, więc w interesie nas wszystkich jest, aby system był bardziej przyjaznym chorym i wspierał ich w osiąganiu jak najlepszych efektów zdrowotnych.

Starzejące się społeczeństwo, współistniejące choroby – to zadania dla multidyscyplinarnych zespołów. Od podstawowej opieki zdrowotnej po okres hospitalizacji, konieczne jest wsparcie edukatorów, dietetyków, rehabilitantów.

Od wielu lat staramy się o uruchomienie rejestrów medycznych – nie mamy jednak gotowych wskaźników, mierników, jesteśmy na pierwszym etapie tej drogi. Przed nami mapowanie ścieżki pacjenta w systemie i zapewnienie jak najbardziej optymalnej opieki zdrowotnej. Potrzebne są mechanizmy, które będą motywować do tworzenia takiej opieki.

Brakuje komunikacji z pacjentem – wynika to z ograniczonego czasu poświęcanego chorym przez lekarzy czy pielęgniarki. Pacjent nie ma pełnej wiedzy dotyczącej swojej choroby, tego, gdzie ma się dalej udać, ani jaki czeka go proces leczenia. Powinien on uzyskiwać informacje o dostępnym dla niego leczeniu oraz wskazówki, jakie powinien podjąć dalsze kroki, żeby poprawić swój stan zdrowia, gdyż 60% naszych zachowań ma na nie wpływ.

PROF. DR HAB. N. MED. TADEUSZ PIEŃKOWSKI,
PREZES TOWARZYSTWA DO BADAŃ
NAD RAKIEM PIERSI

PERSPEKTYWA ONKOLOGA

Zainteresowani systemem i jego funkcjonowaniem powinniśmy być wszyscy, gdyż wszyscy jesteśmy potencjalnymi pacjentami. Dzisiejsze choroby cywilizacyjne to choroby przewlekłe. Zmieniła się definicja m.in. wyleczenia choroby nowotworowej – obecnie to doprowadzenie do sytuacji, w której chory żyje tak długo, jak wynika to z badań populacyjnych dla płci i miejsca zamieszkania osób nie chorujących na nowotwory. I takich przykładów mamy coraz więcej. Tradycyjne wyleczenie nowotworu nie jest jedyną drogą – ważne jest żeby pacjent żył długo – pod warunkiem dostępu do leków i lekarzy.

Nowoczesne leki onkologiczne, modyfikują biologię nowotworu, chorzy będą żyli coraz dłużej i będą potrzebowali coraz więcej specjalistycznych konsultacji. Istnieje więc potrzeba zbudowania integralnego systemu, w którym lekarze znajdą całą historię choroby pacjenta, co umożliwi niesienie pomocy w ośrodkach dedykowanych, również w miejscu zamieszkania chorego. Obecnie pacjenci ponoszą koszty we własnym zakresie, aby dojechać do ośrodków, które są w stanie zapewnić im kompleksową opiekę – pacjenci, którzy nie mają możliwości dojazdu, rezygnują z leczenia.

Patrzę na to z dwóch perspektyw – lekarza i dyrektora placówki – zmiany jakościowe w organizacji ochrony zdrowia są też lekiem – takim lekiem są, np. Breast Unit. To jednostki, które zajmują się chorą na raka piersi na każdym etapie jej choroby – w Polsce mamy już 6 akredytowanych ośrodków.

Nowopowstające, ale również te ośrodki, które już funkcjonują, powinny mieć jednolite standardy, aby zapewniać podobną jakość leczenia na terenie całego kraju. Dzięki temu nie zostaną one podzielone na kategorie A, B, C, D.

W krajach, które uzyskały zdecydowany postęp w zwalczaniu chorób nowotworowych powstały instytucje, które odpowiadają albo przed rządem, albo parlamentem, które są ponad ministrami tak jak podobne agencje istniejące w Polsce, które mają stabilny budżet, których kadencja prezesów nie pokrywa się z kadencją wyborów parlamentarnych, i które mają zapewnione finansowanie w perspektywie 15-20 lat, są wdrożone programy, monitorowanie tych programów. Dotyczy to wszystkiego – polityki fiskalnej w odniesieniu do niektórych gatunków żywności, polityki dotyczącej używek, edukacji szkolnej itd. Są to programy wykraczające zdecydowanie poza medycynę naprawczą.

Głównymi barierami zmian są więc: płacenie za serwis oraz sposób organizacji funkcjonowania systemu. Konieczna jest współpraca i dyskusja między uczestnikami systemu ochrony zdrowia, która pozwoli opracować skuteczne rozwiązania. Brakuje również instytucji udzielających odpowiednich akredytacji.

DR MAŁGORZATA SOBOTKA-GAŁĄZKA,
DYREKTOR INSTYTUTU ZARZĄDZANIA
W OCHRONIE ZDROWIA UCZELNI ŁAZARSKIEGO

PERSPEKTYWA EKONOMICZNA

Podstawowym krokiem jest zmiana mentalna. Dziś działamy w ramach systemu opartego na konkurencji interesów. Konkurujemy ze sobą wszyscy. Konkuruje ze sobą pacjent, z pewnym motywem lekarza, którego system finansowania jest oparty na tym, żeby pacjentem zaopiekować się w sposób ograniczony i wstrzemięźliwy. System, który zachęca do wybierania, do wyłuskiwania pewnych procedur, dlatego, że one się bilansują. Konkuruje Narodowy Fundusz Zdrowia ze świadczeniodawcami, bo ma określony budżet i prawo nakłada na prezesa konieczność bilansowania tego budżetu rok do roku i braku możliwości zaspokajania realnych potrzeb zdrowotnych, pomimo świadomości, że takie potrzeby istnieją i nawet regulacja wskazuje, że są one tzw. „nielimitowanymi" potrzebami, czyli mogą być rozumiane jako potrzeby pierwszego rzędu. „Nielimitowość" oznacza, że nigdy nie możemy postawić granicy, a mimo wszystko słyszymy dziś, ile szpitali ma niepokryte zobowiązania płatnika z tytułu realizacji świadczeń nielimitowych. Musimy znaleźć jakąś bazę, która by zakończyła ten gigantyczny konflikt interesów pomiędzy różnymi graczami. Musimy znaleźć wspólny mianownik, wygenerować coś, co sprawi, że nie będzie konfliktu interesów, tylko będzie wspólnota interesów.

Gdybyśmy mieli sobie ten wspólny mianownik dziś wyobrazić, to wychodząc z naszych ról, a wchodząc w podstawową rolę – obywatela, człowieka – to jest nim zdrowie. Powinniśmy szukać wspólnego rozwiązania, a ten wspólny interes realizować.

To może być także wspólny interes dla świadczeniodawcy. Jeśli świadczeniodawca, który spełnia standard nie tylko polski, ale i międzynarodowy, stara się, buduje kulturę doskonałości, wysoką jakość – nie dostaje za to żadnej premii – bo system nie znalazł wspólnego mianownika – tylko działa w oparciu o „każdy sobie". Każdy dla siebie robi jak najlepiej i jak najwięcej, to nie premiuje tych, którzy dziś wychodzą poza schemat. Czy to może być opłacalne dla dostawców? Tak, jeśli się stworzy takie mechanizmy zakupu technologii lekowych, poza lekowych, wszelkiego rodzaju narzędzi do świadczeń ochrony zdrowia, które będą oparte na tym, że będziemy się prześcigali w pokazywaniu jakości.

W polskim systemie przoduje dziś paradygmat ceny i ilości. Chcemy kupować dużo i tanio, a powinniśmy kupować tyle, ile trzeba po to, aby osiągnąć ten efekt, który chcemy osiągnąć. W ten wspólny mianownik możemy wprowadzić dostawców pod warunkiem, że będziemy z nimi rozmawiali w oparciu o analizę wartości, które oni rzeczywiście swoimi produktami wnoszą.

Wierzę, że przyjdzie taki czas, że do wspólnego stołu zaprosimy polityków, którzy bez względu na to, którą stronę reprezentują, uwierzą, że na zdrowiu wygrywamy wszyscy. Jeśli wyznaczymy sobie wyniki zdrowotne jako paradygmat oceny naszej działalności, to mogę sobie wyobrazić taką sytuację, że dzisiaj idąc do Ministerstwa Zdrowia czy NFZ z jakąkolwiek propozycją, np. Breast Cancer Unit i jego rozwoju w Polsce, będziemy mówić językiem: proponujemy następującą interwencję, przyniesie ona następujące wyniki zdrowotne w perspektywie 3, 5 i 10 lat, model biznesowy jest ułożony następująco, wiąże się z następującą inwestycją. My dziś mówimy o wielu interwencjach, ile trzeba w nie zainwestować, ale nie mówimy o wyniku. Jeśli mówimy o wyniku to największym problemem jest to, że go później nie mierzymy. Trudno jest zmierzyć się z brakiem przekonania personelu czy managerów, ponieważ każdy przedstawiciel każdego zespołu może dać się zarazić jakąś wizją, charyzmą, pasją managera, który powie – transferujemy naszą organizację w kierunku produktywnej, efektywnej, przyjaznej pacjentowi, ale jak na koniec roku nie da premii, nie podzieli się korzyścią z tej partycypacji, to jak zbudować zaangażowanie personelu czy właścicieli?

Musimy wyjść z systemu płacenia za działanie do płacenia za efekt i nie karać, lecz promować, nagradzać. Jest ku temu dobra okoliczność. Przez wiele lat mówiliśmy, że nas na to nie stać, bo nie mieliśmy pieniędzy. Dzisiaj te pieniądze do systemu płyną. Zainwestujmy je w tę lepszą jakość i lepszy wynik.

Wszystkie opracowania i praktyki pokazują szczególną rolę organizacji pacjenckich w budowaniu takiego podejścia. Pacjenci mogą dużo, niemniej jednak stery i narzędzia ma władza. To musi być centralizacja władzy, czyli zdefiniowanie priorytetów i koncepcji polityki zdrowotnej. Musimy to wypracować, zawrzeć umowę społeczną, długoterminowy kontrakt określający, że idziemy w kierunku jakości, absolutnego efektu zdrowotnego i nie akceptujemy niedoskonalenia się. Muszą wypadać z rynku ci, którzy są oporni na to, a poprawiać jakość.

Ta koncepcja oparta jest na decentralizacji. Jeśli dzisiaj przyjmiemy, że regułami, sztywnymi regulacjami prawnymi wymusimy jakość, to może się okazać, że nam system nie zadziała, ponieważ koncepcja jakości oparta jest na edukacji i świadomości. Total quality nie jest ujęte w przepisach, w regulaminach, nie w mechanizmach samej kontroli. Musi wynikać z tego, że uczestnicy rynku chcą rzeczywiście do niego wejść, a to może się dziać tylko wtedy, kiedy promuje się tych, którzy pokazują, że w jakość można zainwestować.

Dr Gerhard Pfister,
DEPUTOWANY DO SZWAJCARSKIEJ
RADY NARODOWEJ

PERSPEKTYWA SZWAJCARSKA

Politycy mają obowiązek, by zagwarantować, że pieniądze podatników będą zainwestowane najbardziej efektywnie, jak się da. W Szwajcarii na początku lat 90-tych rzeczywistym zwrotem akcji było wprowadzenie nowego prawa. Celem nowych przepisów było zagwarantowanie każdemu w Szwajcarii, niezależnie od dochodów, dobrego, rzetelnego i szybkiego dostępu do opieki zdrowotnej. Osiągnęliśmy ten cel.

Teraz znaleźliśmy się po drugiej stronie, bo ta motywacja, która doprowadziła nas do takiego sukcesu, w mniejszym lub większym stopniu zaczęła wypaczać system opieki zdrowotnej. Im więcej robisz – bez zadawania sobie pytań, czy jest to faktycznie niezbędne albo czy można było zrobić coś innego – tym więcej dostajesz pieniędzy. Najbardziej skuteczną motywacją w naszym społeczeństwie jest czynnik ekonomiczny. Więc generalnie zasada wprowadzenia motywacji ekonomicznych jest dobra, ale na poziomie politycznym trzeba dokonywać korekt, jeśli prowadzi to do nadużyć lub skutków, których nikt nie chce. Tak się przedstawia aktualna sytuacja w Szwajcarii.

Szwajcaria to bardzo mały kraj. W tym kraju każdy kanton jest odpowiedzialny za swoją politykę zdrowotną. Ja pochodzę z jednego z najmniejszych kantonów. 20 lat temu mieliśmy 4 szpitale. Mogłem wybierać między 3 szpitalami oddalonymi ode mnie o 15 minut drogi. I mogłem wybrać, gdzie chcę pójść. I to jest nonsens. W naszym społeczeństwie musimy się skupić i upewnić się, że mamy bardzo dobrą sieć, dzięki której każdy będzie miał dostęp do „normalnej" (codziennej) opieki zdrowotnej.

A przecież im bardziej przypadek jest specjalistyczny, rzadki, tym większa potrzeba centralizacji.

W Szwajcarii problemem jest, że każdy kanton chce się zajmować wszystkim, mieć system obejmujący pełen serwis usług. Tak naprawdę nie jest to konieczne, to błędna motywacja. Dla przykładu: skomplikowane operacje serca – liczba takich przypadków nie uzasadnia liczby placówek, które się nimi zajmują, trzeba więc zmniejszyć liczbę placówek, które wykonują takie operacje i je scentralizować.

Z drugiej strony trzeba zagwarantować istnienie sieci zdecentralizowanych placówek podstawowej opieki. Należy zrównoważyć te potrzeby.

Mamy system tzw. lekarzy domowych (ang. house doctors). W naszym systemie to tacy odźwierni (ang. gate keepers), bo większość problemów może być przez nich rozwiązanych bez potrzeby hospitalizacji. Lekarze domowi w Szwajcarii nie są tak opłacani jak na przykład ortopedzi.

Ostatnimi czasy w Szwajcarii podnoszona jest również dyskusja na temat etyki. Zdajemy sobie sprawę, że w ciągu ostatnich 6 miesięcy życia pacjenta wydawanych jest na niego ponad 50% ogólnych kosztów leczenia. Musimy się zastanowić, czy ma to sens. To bardzo niebezpieczna dyskusja, w której trzeba uniknąć presji na każdym ludzkim istnieniu. Ale kiedy mówimy o oszczędności, trzeba z uwagą zastanowić się, czy pod koniec życia faktycznie niezbędnym jest zapewnienie pacjentowi pełnej opieki zdrowotnej, czy może raczej skupienie się na redukcji bólu, podniesieniu jakości życia, czy wreszcie by pozwolić ludziom umrzeć. To jedna z naszych najgłębszych i naprawdę najważniejszych dyskusji, jakie prowadzimy, bowiem pod koniec życia koszty rosną błyskawicznie.

PROF. DR MED. BEAT MÜLLER,
DYREKTOR MEDYCZNY,
UNIWERSYTET MEDYCZNY W AARAU

PERSPEKTYWA ZARZĄDZAJĄCEGO SZPITALEM

Możliwe jest stworzenie checklisty, która pomoże w wystandaryzowaniu procedur w sytuacjach, w których mamy zbyt mało danych, by stwierdzić, czy sprawdzany obszar przyniesie korzyści. Taką checklistę możemy stworzyć np. w przypadku raka piersi, kiedy zdajemy sobie w pełni sprawę z ryzyka i korzyści badań przesiewowych. Wiemy, jaką obarczone są względnością i ryzykiem redukcji pojedynczych przypadków – śmiercią, przeżyciem, dalszą terapią, podczas której można wziąć leki i dokonać przełomu. Więc w tym ujęciu dobrze jest wykonać checklistę – czy pacjentka została poddana czy nie badaniom przesiewowym, czy zastosowano wobec niej terapię czy nie.

Z czasem zacząłem patrzeć na 26 kantonalnych systemów opieki zdrowotnej jak na 26 sytuacji modelowych. W każdym kantonie istnieją mądre rozwiązania i w każdej społeczności ludzie działają na rzecz wspólnego dobra. Wypracowali oni system i sprawdzili go, by po jakimś czasie zweryfikować wyniki. Nagle okazało się, że na przykład w Zug mają tylko 2 szpitale, więc 1 szpital przypada na, załóżmy, tysiąc mieszkańców. Mają swoje koszty, zyski i jakiś konkretny poziom satysfakcji pacjentów. A w Bernie mamy niezadowolonych pacjentów albo większe nakłady, albo cokolwiek innego. Możemy niezależnie od partii politycznych skopiować rozwiązania z innego terenu. Nie odkrywajmy na nowo koła. Pozwólmy mówić efektom eksperymentów.

To są bardzo złożone zależności. Nie jesteśmy w stanie przewidzieć wszystkich konsekwencji tego, co robimy. Z najlepszym nastawieniem, z najlepszymi wskazówkami i checklistami, jakie posiadamy. Moją radą, radą małego Szwajcara dla kraju wielkiego, jakim jest Polska, jest danie społecznościom więcej wolności. Powiedzcie im: możecie zrobić, co chcecie, spróbujcie. Oczywiście przy takim podejściu polski Minister Zdrowia będzie miał mniejszy wpływ, to może być problemem, ale ostatecznie to może okazać się mądre, bo np. w Krakowie, Warszawie albo Białymstoku powstaną mądre rozwiązania, które ktoś uzna za stosowne wprowadzić u siebie. To jedna rada, jaką mógłbym udzielić.

Druga rada, która warta jest dyskusji, to jaką macie dostępność. W tej chwili najważniejsze wydaje się, jaki kto ma dostęp do systemu opieki zdrowotnej. Każdy zdiagnozowany przypadek raka piersi, każda kobieta, która może przeżyć raka piersi, a nie umrzeć w pięćdziesiątym roku życia, ale żyć do siedemdziesiątki - jest szczególnie istotna. Jednak każda dobra sprawa może mieć drugie dno.

W medycynie my nie leczymy, ale opóźniamy śmierć. To właśnie robimy. Przecież wszyscy umrzemy. Więc to, na co pozwalamy, to na życie pięćdziesięcioletniej kobiety bez raka piersi, ale i na posiadanie przez nią nowych chorób, zanim ostatecznie umrze. To cyniczne podejście, ale wydaje się prawdziwe. Ludzie powinni być informowani i to nie znaczy, że trzeba zaprzestać badań przesiewowych albo leczenia – nie! Chodzi o to, by być przygotowanym na druga stronę medalu po 20 latach sukcesów.

Tak jak w naszych szpitalach. Mamy pacjentów, którzy są po dwóch nowotworach, trzech chorobach wieńcowych, jednym udarze i wreszcie z zapaleniem płuc. W naszym szpitalu możemy poddać każdego terapii, zlecić każdy rodzaj badań i ta osoba przeżyje pobyt w szpitalu. I potem rozmawiamy z takim pacjentem - jeśli jest w stanie mówić, bo może mieć na przykład demencję, co przecież zdarza się w 30% przypadków, więc raczej dyskutujemy z jego bliskimi: „Czy naprawdę chcecie, byśmy podali antybiotyki teraz?". I naszym wielkim wyzwaniem, bo stajemy przed nim jako szpital, jest to, czy możemy mówić: „Możesz przyjść do nas, by umrzeć. Wygodnie i godnie." Tyle że nasze statystyki oczywiście pogarszają się przez zgony w szpitalach. I to jest wyzwanie, jakie ukrywa się po drugiej strony medalu.

Pomyślcie o liberalizacji, sprawienie, by małe społeczności miały pole do własnych doświadczeń i wykorzystajcie je jako poligony. Wybierzcie jedno najlepsze dla Polski. I druga sprawa: popatrzcie na drugą stronę medalu, na drugą stronę sukcesu, jaki możecie osiągnąć.

DR N. MED. GRZEGORZ JUSZCZYK,
DYREKTOR NARODOWEGO INSTYTUTU ZDROWIA
PUBLICZNEGO – PAŃSTWOWEGO ZAKŁADU HIGIENY

Bardzo optymistycznie patrzę na te zapowiedzi, ponieważ mamy ogromny problem z łączeniem danych, z dostępem do danych. NFZ jest administratorem danych, więc mamy do nich dostęp, jednak nie w całości a wyłącznie w przypadku poszczególnych zakresów badawczych, więc ta inicjatywa, o której mówił Pan Minister jest bardzo obiecująca. Centrum Systemu Informacyjnego Ochrony Zdrowia ma być takim **hubem informacyjnym**, który będzie zbierał i łączył, i pseudonimizował te dane w taki sposób, żebyśmy mogli szerzej spoglądać na problem zdrowotny.

Padło tu pytanie – jaki jest najlepszy system ochrony zdrowia? No oczywiście odpowiedzi wprost nie ma, ale można zdefiniować to w taki sposób, który najlepiej odpowiada na potrzeby i oczekiwania obywateli, czyli użytkowników. Dlatego ta słuszna koncepcja, żeby dane analizować globalnie oraz w małych inicjatywach, lokalnie, wspierając małe inicjatywy – o czym mówił Pan Profesor – pozwoli na to, aby inne podmioty – nie tylko publiczne - miały dostęp do tych danych i wykonywały mikroanalizy lokalnej oceny potrzeb zdrowotnych. Jest to również istotne, abyśmy oceniali te potrzeby w kontekście potrzeb społecznych.

Wcześniej wskazywali Państwo, że koncentrujemy się mocno na świadczeniach zdrowotnych, a świadczenia socjalne, jak np. zwrot kosztów podróży na leczenie nie jest uwzględniany, i najpewniej do koszyka świadczeń gwarantowanych nie trafi, ale można skorzystać ze wsparcia pomocy społecznej.

Ministerstwo Zdrowia prowadzi swoje analizy na potrzeby bieżącej polityki, ale zakres analiz i metodyka, dobrze jeśli jest oceniana przez niezależne podmioty, oczywiście takie instytuty jak nasz mogą rozwijać takie kompetencje. Aktualnie mamy problem z długoterminowym finansowaniem takich działań.

Podsumowując, chciałbym podkreślić, że zdrowie nie jest wartością samą w sobie. Czasami na zajęciach ze studentami na przedmiocie zdrowie publiczne mówię: czy gdybym Państwu zagwarantował, że będą Państwo w pełni zdrowi, aż do naturalnej śmierci, jeżeli zostaniecie Państwo w tym pomieszczeniu, to czy zostaniecie tu? To oni mówią, że nie. Oni chcą być zdrowi, żeby wykonywać jakieś swoje ulubione czynności. To dowodzi tego, że funkcjonalizm jest ciągle za mało obecny w dyskusji. Ludzie potrzebują funkcjonalności, aby żyć aktywnie.

Choroby nowotworowe stają się przewlekłe. Metody terapeutyczne, których poszukujemy, powinny zapewnić chorym normalne funkcjonowanie. I tutaj ten wątek połączenia danych NFZ i ZUS jest niezwykle istotny. Przykład: jeśli pracownik choruje i idzie na zwolnienie lekarskie to przez 33 dni jego wynagrodzenie w 80 procentach pokrywa pracodawca, jest to realny koszt gospodarczy, ale nie ma żadnego wpływu na to, czy podjął leczenie. Nie mamy teraz na to wpływu, a dzięki połączeniu tych danych będziemy mieli na to wgląd chociażby w kosztach refundacji.

My sobie wszyscy zdajemy sprawę, że dla systemu ochrony zdrowia taka pełna digitalizacja to nie jest tylko duże wyzwanie technologiczne, ale też duże wyzwanie mentalne, ponieważ gdy osiągamy ten sukces w systemie w trybie online, to poprawia bezpieczeństwo pacjenta, lecz nie wszędzie w każdym obszarze jest to cenne i pożądane.

Szwajcaria.
Swiss
Chamber Poland
POLITYKA

Swiss Chamber Poland

www.swisschamber.pl

Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Ambasada Szwajcarii w Polsce

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 osiem 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 Sośnierz, 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 POSEŁ BEATY MAŁECKIEJ-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 POSEŁ 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.

OPIEKA ZDROWOTNA OPARTA NA WYNIKACH LECZENIA PACJENTÓW DROGĄ DO INNOWACJI W OCHRONIE ZDROWIA (2018)

- Dr Małgorzata Gałązka-Sobotka, Dyrektor Centrum Kształcenia Podyplomowego w Uczelni Łazarskiego,
- Dr Gerhard Pfister, Deputowany do Szwajcarskiej Rady Narodowej, członek Komisji Zdrowia i Spraw Społecznych, Przewodniczący Polsko-Szwajcarskiej Grupy Parlamentarnej,
- Prof. dr med. Beat Müller, Dyrektor Medyczny, Uniwersytet Medyczny w Aarau,
- Dr n. med. Grzegorz Juszczyk, Dyrektor Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego - Państwowego Zakładu Higieny
- Prof. dr hab. n. med. Tadeusz Pieńkowski, Prezes Towarzystwa do Badań nad Rakiem Piersi,
- Beata Ambroziewicz, Prezes Poliej Unii Organizacji Pacjentów „Obywatele dla Zdrowia".

ORGANIZATORZY

Swiss Chamber Poland

Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Ambasada Szwajcarii w Polsce

PATRONAT HONOROWY

Ministerstwo Zdrowia
Patronat Honorowy Ministra Zdrowia

PARTNERZY ÓSMEJ EDYCJI POLSKO-SZWAJCARSKIEGO FORUM DIALOGU

NOVARTIS

Roche