

Debata z cyklu Forum Myśli Strategicznej
„Zdrowie - jaki model polityki zdrowotnej po pandemii?”
zorganizowana online przez Polskie Towarzystwo Ekonomiczne
wraz z Polskim Towarzystwem Współpracy z Klubem Rzymskim
- 23 czerwca 2021 r.

Program:

Moderacja:

prof. dr hab. Julian Auleytner – Rektor Senior Uczelni Korczaka, Prezes Polskiego Towarzystwa Współpracy z Klubem Rzymskim

Paneliści:

prof. dr hab. Stanisława Golinowska (Uniwersytet Jagielloński, Instytut Pracy i Spraw Socjalnych)

prof. dr hab. Katarzyna Kolasa (Akademia Leona Koźmińskiego)

prof. dr hab. Ewelina Nojszewska (Szkoła Główna Handlowa w Warszawie)

prof. dr hab. Barbara Więckowska (Szkoła Główna Handlowa w Warszawie)

prof. dr hab. Włodzimierz Włodarczyk (Uniwersytet Jagielloński)

Debata:

prof. dr hab. Julian Auleytner (aut.¹)

Witam Państwa bardzo serdecznie w imieniu pani prof. Mączyńskiej i własnym na seminarium poświęconym związkom między zdrowiem a konkurencyjnością Polski. Mówimy o filarach konkurencyjności Polski i do tych filarów w ramach inwestycji społecznych państwa zaliczyliśmy również zdrowie.

Korzystamy z ważnych wskaźników statystycznych, które pokazują w czasie różne postępy związane ze zdrowiem w Polsce. W szczególności takim ważnym wskaźnikiem jest indeks zgonów niemowląt na tysiąc urodzeń żywych. Poprawił się on wielokrotnie względem roku 1989, czyli ostatniego roku poprzedniego ustroju. Zeszliśmy z 19‰ na niepełne 4‰ w ciągu ostatnich 30 lat. Innym wskaźnikiem dotyczącym zdrowia jest przeciętne trwanie życia, które również w tym okresie poprawiło się, w przypadku mężczyzn prawie o 8 lat, a w przypadku

¹ aut. – wypowiedź autoryzowana

kobiet o 6,5 roku, więc notujemy jednak wyraźny postęp. Możemy powiedzieć, że pandemia prawdopodobnie skoryguje przeciętne trwanie życia, ale to jest jakby rzecz wtórna względem tych danych statystycznych. Do tendencji negatywnych z całą pewnością zaliczamy wzrost zachorowań na nowotwory. Jest to trwała tendencja, którą obserwujemy w Polsce od wielu lat, wynikająca zarówno ze zdolności diagnozowania jak i w ogóle postępu medycyny. Możemy również mówić o innym trendzie dotyczącym kadr. Mianowicie mamy wieloletni spadek kadr związanych z liczbą pielęgniarek oraz lekarzy. Ten trend w przypadku lekarzy trwa od roku 1997. W ostatnim czasie obserwujemy również w przypadku zdrowia dwojakiego rodzaju deficyty kompetencji. Dotyczą one deficytu kadr medycznych, który spowodowany jest przede wszystkim brakiem kompetencji komputerowych, kwestią znajomości otoczenia systemu prawnego, związany ze stresem wobec zagrożenia epidemiologicznego i deficytem kompetencji w zakresie komunikacji interpersonalnej. To są deficyty, które ujawnia Sektorowa Rada ds. Kompetencji w Zakresie Opieki Zdrowotnej i Pomocy Społecznej. Do tych deficytów można jeszcze zaliczyć deficyt kompetencji kadr zarządzających, związany w szczególności z pozyskiwaniem środków na badania naukowe i deficytem kompetencji cyfrowych. Tego wątku nie rozwijam, bo zapewne pojawi się w wypowiedziach dzisiejszych prelegentów. Chciałbym za moment poprosić panią prof. Golinowską o przedstawienie prezentacji dotyczącej zdrowia w ekonomii. W następnej kolejności będzie mówił pan prof. Włodarczyk. Poproszę panią prof. Golinowską o zabranie głosu.

prof. dr hab. Stanisława Golinowska (aut.)

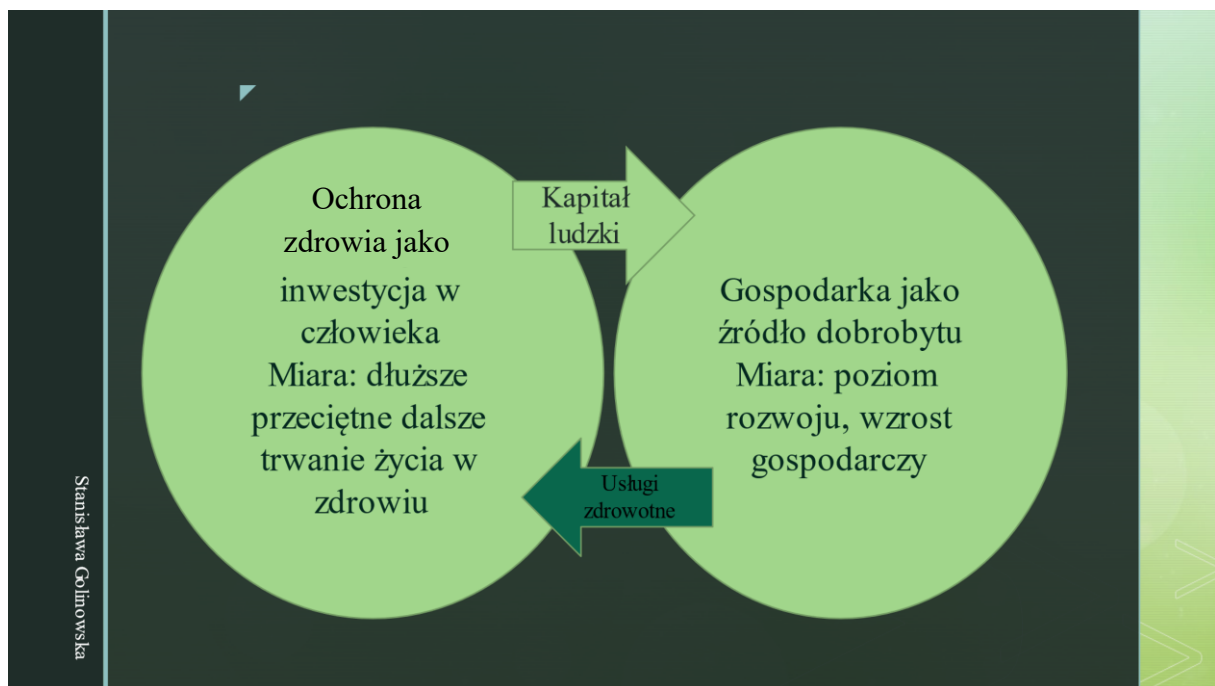
Wypowiedz o zdrowiu i gospodarce

Dziękuję bardzo za zaproszenie do tego ciekawego cyklu seminariów, a może chwilami i debat. Seminaria o strategicznych problemach przyszłości są prowadzone przez PTE od dłuższego czasu. Mimo tego, rozważań z podejściem przyszłościowym i strategicznym jest w naszym ekonomicznym środowisku (a w konsekwencji – także politycznym) za mało. Dlatego Forum Myśli Strategicznej – to inicjatywa bardzo cenna niezależnie od tego, że dopiero kryzysowa sytuacja ją wywołała.

Wszyscy na świecie doświadczamy niebywałego kryzysu zdrowotnego o szerokim spektrum konsekwencji gospodarczych i społecznych. Jest to sytuacja niebywała i powszechnie nie byliśmy do tego przygotowani. Wprawdzie epidemiolodzy oraz eksperci WHO (np. Ilona Kickbush i David Gleicher) po doświadczeniach z SARS oraz grypą A/H1N1 postulowali tworzenie planów zabezpieczenia zdrowotnego na okoliczność epidemii spowodowanej

nieznanymi jeszcze patogenami, ale nigdzie nie zainwestowano w ich wdrożenie, także w Kanadzie (epidemia SARS w 2004 r. i świńskiej grypy w 2009r.), w której ostatni raport o zdrowiu publicznym czyni z tego poważny zarzut odpowiedzialnym wówczas politykom.

Chciałabym w naszej dzisiejszej debacie rozważyć tezę o tym, że oba obszary naszego życia: gospodarka i ochrona zdrowia to obszary *de facto* konkurujące, mimo że współzależne i mimo że zdrowiu społeczeństwo przypisuje wartość najwyższą. Przygotowałam slajd z prostym schematem o współzależności obu obszarów.



Teoretycznie troska o zdrowie i nakłady na jego utrzymanie uznaje się za inwestycje – inwestycje w człowieka (Michel Grossman, Robert Barro), odzwierciedlone w wyższym wzroście gospodarczym. Tak więc, zdrowie, obok kwalifikacji, jest traktowane jako czynnik wzrostu, tzw. *human capital*, a osiągnięty dzięki temu dobrobyt sprzyja zdrowiu. Ochrona zdrowia jest więc czynnikiem wzrostu dobrobytu, a zdrowie jego efektem. Wzrost dobrobytu mierzymy wzrostem PKB, a zdrowie – wzrostem przeciętnego dalszego trwania życia w zdrowiu. Wydawałoby się, że skoro mamy dowody o tych wzmacniających się obszarach, to zdrowie populacji jest zawsze traktowane jako cel ważny, jeśli nie priorytetowy. Tymczasem w realnych decyzjach alokacyjnych zbyt często nie znajdujemy zastosowania tych twierdzeń. Priorytet ma materialny dobrobyt. Ponadto z dobrobytem i zdrowiem mamy problem dodatkowy. Przebieg procesów rozwoju wskazuje, że dobrobyt bez odpowiedniej jakości warunków i stosunków w jego produkcji oraz wyrównanej społecznie redystrybucji nie

sprzyjają zdrowiu. Kraj najwyższego przeciętnie dobrobytu materialnego i konsumpcji – USA - ma jedne z najgorszych wskaźników zdrowia populacji.

W ramach rozwijającej się ekonomiki zdrowia mamy do czynienia z ustaleniami, które wskazują, że pogoń za materialnym dobrobytem szkodzi zdrowiu, a szkody te stanowią coraz większe obciążenie gospodarek i społeczeństwa. Badania na temat obciążenia gospodarek chorobami i ryzykownymi dla zdrowia zachowaniami (palenie, nadmierna konsumpcja niezdrowej żywności, brak aktywności fizycznej oraz ekspozycja na zanieczyszczone powietrze, ..), prowadząc do przedwczesnych zgonów i niepełnosprawności, poważnie ograniczają potencjał gospodarek. Szacunki tego obciążenia przedstawia się w postaci wyników analiz *Global Burden of Diseases* (GBD). Prowadzone są w skali globalnej (uczestniczy w nich większość krajów świata) i od kilku lat objęły także kraje naszego regionu (Europy Środkowej i Wschodniej). *Nota bene* prowadzone są m.in. przez koleżankę z Instytutu Zdrowia Publicznego w Krakowie - dr Kissimową-Skarbek. Szacunki te dowodzą, że straty PKB w wyniku występowania chorób przewlekłych, zwanych chorobami stylu życia, osiągają w Polsce skalę około czterdziestu procent wartości PKB. Największych strat przysparzają nowotwory. Do szacowania obciążeń chorobami wprowadzono ostatnio choroby układu oddechowego powstałe między innymi w wyniku zanieczyszczenia powietrza. Usytuowały się już na trzecim miejscu skali obciążeń. Jeśli są Państwo zaciekawieni, jak liczy się obciążenia chorobami, to proszę zajrzeć do naszego podręcznika ekonomiki zdrowia (PWN 2015), w którym jeden rozdział poświęcono szacunkom GBD, interpretacjom, a także wątpliwościom metodologicznym związanym z tymi szacunkami. Trzeba jednak przyznać, że wątpliwości te są coraz mniejsze.

Pozostając przy tezie o konkurencji między dobrobytem materialnym i zdrowiem, pragnę zwrócić uwagę na kolejne argumenty, uzasadniające dokonywanie niekorzystnych dla sektora ochrony zdrowia wyborów alokacyjnych. Ekonomisci, a za nimi politycy, mówią często o wydatkach na ochronę zdrowia, że jest to wrzucanie pieniędzy do „dziurawego wiadra”. Z wyrzutem konstatują, że wydatki te przecież ciągle rosną, a jednocześnie dostęp do usług zdrowotnych nie ulega poprawie, na co wskazują między innymi wydłużające się kolejki do lekarzy specjalistów. Ten wyrzut ma sugerować niską efektywność funkcjonowania sektora zdrowotnego, a nawet więcej – marnotrawstwo i korupcję. Wróćmy do wyjaśnień naukowych. Stały wzrost wydatków na ochronę zdrowia wynika z prawidłowości, ukazanej przy pomocy modelu Baumola-Allaisa-Tobina (BAT) z lat 60. Model ten był później weryfikowany w

oparciu o nowe dane statystyczne i pozostaje nadal aktualny. W sektorze ochrony zdrowia mamy bowiem do czynienia, jak Baumol pisał, z sytuacją archaiczną. Koszty napędzane przez wzrost wynagrodzeń przekraczają wzrost wydajności, ponieważ nowe technologie nie prowadzą do substytucji „pracy żywej przez uprzedmiotowioną”, czyli zastępowania pracy lekarzy pielęgniarek i innych profesjonalistów medycznych przez nowe urządzenia i terapie medyczne. Nowe technologie poprawiają diagnozowanie i skuteczność leczenia, ale przez to raczej zwiększają potrzeby zdrowotne i dążenie do ich zaspokojenia. Nowe technologie medyczne nie zmniejszają więc zatrudnienia w ochronie zdrowia i nie deprecjonują bardzo wymagających kompetencji kard medycznych i okołomedycznych. Obszarem poszukiwania niższych kosztów stała się biznesowa organizacja placówek zdrowotnych. Wymienię dwa hasła reformowania ochrony zdrowia ostatnich lat: rynek wewnętrzny i biznesowy model zarządzania, czyli nowe zarządzanie publiczne (*new public management*). Wiemy, że w obu przypadkach powstały z tym problemy. Ten rodzaj zarządzania, niekiedy wdrażany jednostronnie, nie przyniósł oczekiwanych rezultatów. Następuje zadłużanie placówek, które nie przestały leczyć, gdy zabrakło środków, a biznesowe zachowania personelu nie wpływają pozytywnie na dobrostan pacjentów. W reakcji formułowane są hasła „pacjent w centrum systemu”, „pacjent w centrum uwagi” chyba po to, żeby przynajmniej werbalnie motywować do ograniczania nieprzyjaznego traktowania pacjenta w nowym modelu zarządzania.

Najpoważniejszym skutkiem jednostronnie efektywnościowego kosztowo podejścia do zarządzania placówkami zdrowotnymi, nazywanego duszeniem kosztów, stało się oszczędzanie na kosztach pracy. Kadry medycznej nie podnoszono wynagrodzeń w godziwy sposób. Powstała natomiast regulacja z arsenału elastycznych form zatrudniania – kontrakty z samozatrudnionymi lekarzami i pielęgniarkami. Można było zarobić, ale przy wysokim obciążeniu godzinami pracy w różnych miejscach. Szybko okazało się osiągnięto rekordowe wskaźniki obciążenia pracą wśród polskich lekarzy i pielęgniarek. Stał się to *fe facto* dodatkowy czynnik wypychania na emigrację. Zjawisko emigracji kadr medycznych z krajów o niższym dobrobycie do krajów o wyższym jest uniwersalne i kraje zamożne z tego korzystają, zwiększając deficyt pracowników medycznych w krajach wysyłających. Czy wyciągamy z tego wnioski? Zarówno te bieżące, nazwijmy je zdroworozsądkowymi (przyjmowanie imigrantów), jak i ogólniejsze – o konieczności etycznego regulowania migracji w ramach współdziałania na poziomie międzynarodowym ?

Także w decyzjach o alokacji środków publicznych na różne cele w państwie pojawiła się tendencja do oszczędzania w sektorach usług społecznych (w tym ochrony zdrowia) uzasadniana zarówno potrzebami podtrzymywania wzrostu gospodarczego, jak i wybuchami kryzysów ekonomicznych. Ostatni z lat 2008-2009 jeszcze pamiętamy. Jego skutki dla sektora ochrony zdrowia były znamienne. Ciężko tzw. wydatki niekonieczne i o nieudowodnionych efektach zdrowotnych. Ucierpiało przede wszystkim zdrowie publiczne, a jego główna gałąź – inspekcja sanitarna - obnażyła dramatycznie zaniedbana w okresie pandemii. W konsekwencji wydatki na ochronę zdrowia koncentrują się na leczeniu chorób, wymagających hospitalizacji i w Polsce mamy do czynienia z wysokim wskaźnikiem tzw. szpitalocentryzmu (35% wobec 30% przeciętnie w UE przed pandemią). Usługi szpitalne są najdroższe. Jednocześnie środowisko medyczne związane z opieką stacjonarną jest najsilniejsze i w grze interesów różnych branż medycznych może więcej osiągnąć.

Kolejny aspekt związków między materialnym dobrobytem i zdrowiem związany jest ze wzrostem przeciętnego trwania życia. To, że żyjemy dłużej jest oczywistym sukcesem rozwoju ludzkiego. Przyczynił się do tego zarówno dobrobyt, jak i postęp medyczny ograniczający występowanie chorób zakaźnych i wzrost dostępu do profesjonalnie zorganizowanej służby zdrowia szczególnie dla kobiet, skutkujący dynamicznie zmniejszającą się umieralnością niemowląt. Dłuższemu życiu towarzyszą jednak choroby cywilizacyjne, nazywane chorobami stylu życia, a przy tym wśród osób starszych mamy do czynienia z wielochorobowością. Od kilku lat otrzymujemy sygnały o zatrzymaniu wzrostu wskaźnika przeciętnego trwania życia w ogóle, a nie tylko dożywania w zdrowiu. Czyżby powstała sytuacja, w której ludzkość doszła do granicy sukcesu związanego z dłuższym życiem?

Dłuższe życie jest często niesamodzielne, wymagające opieki i pielęgnacji. Na porządku dziennym stanął problem opieki długoterminowej. W krajach najzamożniejszych powstał nowy sektor – usług opiekuńczych i pielęgnacyjnych (*long term care*). W Polsce nie podejmujemy tego wyzwania i obciążamy kosztami sektor ochrony zdrowia oraz rodziny. Jednocześnie tempo starzenia się jest obecnie znaczne wyższe i w dodatku starość przebiega z gorszą jakością życia, a miary jakości życia w ochronie zdrowia są inne niż w socjologii. Obejmują ból i ograniczenia w sprawności oraz funkcjonalnej samodzielności. To prowadzi do relatywnie dużego udziału osób z niepełnosprawnościami w całej populacji. Zjawisko to dostrzeżono jakieś dwie dekady temu. Demografowie i epidemiolodzy z holenderskiego instytutu NIDI zwrócili polskim kolegom uwagę na to, że skala funkcjonalnej niepełnosprawności, szczególnie osób od 45 roku życia wzrasta w Polsce w tempie wyższym niż gdzie indziej. Wyniki pogłębionych prac na

temat przyczyn tej sytuacji nie znalazły dostatecznego zainteresowania *policy makers*. Zamiast wzrostu działań profilaktycznych w ramach zdrowia publicznego (prewencja pierwotna i wtórna) nastąpiło przyzwolenie na wychodzenie z rynku pracy i ograniczenie podwyższania wieku przejścia na emeryturę, prowadząc do powolnej destrukcji systemu emerytalnego.

Po latach trwania w wysoce niekomfortowej sytuacji w sektorze ochrony zdrowia doświadczamy teraz globalnej pandemii Covid-19. Choroba wywołana nieznanym wirusem o niebywale wysokim stopniu zakaźności i w warunkach niespotykanej w dziejach mobilności ludzi, zawróciła kierunek transformacji epidemiologicznej. Ponownie problemem są choroby zakaźne, rozwlekane po całym świecie. To nie znaczy, że choroby zakaźne nie stanowiły już problemu. Wybuchaly nadal, ale jednak w miejscach bardziej odległych, przynajmniej od światowych centrów rozwoju ekonomicznego i dobrobytu. Dzisiaj epidemie wybuchają w światowych centrach; wielomilionowych miastach, skupiających ludzi na ograniczonej powierzchni i stale się stykających; na ulicach, w środkach komunikacji miejskiej, w centrach handlowych, biurach, szkołach i świątyniach.

Co zrobiono w polskiej ochronie zdrowia, gdy pojawił się koronawirus i ludzie zaczęli się zakażać? Przesunięto ograniczone zasoby sektora ochrony zdrowia, koncentrując je na leczeniu zakażonych wirusem SarsCov-2. Już po kilku miesiącach nastąpił wzrost ciężkich przypadków i zgonów z powodu chorób niezakaźnych, w tym nowotworów. Przy tym także z powodu Covid-19 nie uniknięto wysokiej skali odejść, szczególnie w trakcie trzeciej fali pandemii (w końcu 2020 r.). Poniesiono ogromne straty ludzkie.

Masowe i powszechne na świecie szczepienia są nadzieją na zduszenie pandemii. Przyjmijmy, że z trudem, ale uda się pokonać wirusa i wywoływaną przez niego chorobę. Czy jednak wyciągniemy lekcję z tego, co się stało i zrównoważymy cele rozwoju?

Czy pandemia zwiększy realną troskę o człowieka; o jego kondycję i zdrowie? Czy w konkurencji z gospodarką, potrzeba dalszego trwania życia w zdrowiu będzie taka sama, jak troska o miejsca pracy? Yuval Harrari w swych lekcjach na XXI wiek pisał, że już niedługo przyjdzie czas, że będziemy bardziej troszczyć się o człowieka niż o miejsca pracy. Czy pandemia to przyspieszy?

Dziękuję Państwu za uwagę.

prof. dr hab. Julian Auleytner (aut.)

Bardzo dziękuję Pani profesor za prezentację, która pokazuje nie tylko problemy naszego kraju, ale także kwestie zdrowia w ujęciu globalnym. Na to trzeba tak samo patrzeć, jak na ochronę środowiska. Proszę pana prof. Włodarczyka o następną prezentację.

prof. dr hab. Włodzimierz Włodarczyk (aut.)

Dziękuję Panie profesorze, Zacznę od wyznania osobistego, jeśli Pan profesor pozwoli. Jestem pełen wzruszenia uczestnicząc w tym spotkaniu, bo to jest okazja do spotkania Pana profesora tak, jak to czyniliśmy wiele lat temu na uroczych spotkaniach w Ustroniu, kiedy to z nadzieją myśleliśmy o przyszłej polityce społecznej, a nie tylko zdrowotnej. Ale moje wzruszenie potęguje się jeszcze tym, kiedy wśród uczestników widzę osobę, której habilitacji kibicowałem z satysfakcją jakiś czas temu. Była to jedna z lepszych habilitacji, w jakich uczestniczyłem - te stare dobre czasy, kiedy były kolokwia habilitacyjne.

Przechodząc do meritum chcę się zająć tylko jednym z problemów, spośród tych, które ujawniły się w wyniku tej szalejącej pandemii, która dotknęła prawie wszystkich. Koncentruję się na postulatcie politycznego nonkonformizmu, specyficznego środowiska, które nazywam *public health community*. Przepraszam za ten anglojęzyczny wtęt, ale nie mogłem znaleźć żadnego porządnego polskiego odpowiednika. Kim są ci uczestnicy, członkowie społeczności zdrowia publicznego? Znalazłem dość prostą definicję, zaczerpniętą ze strony Centrum Kontroli Chorób i Prewencji amerykańskiej instytucji, która jest tam głównym aktorem na rynku zdrowia publicznego. To są ci wszyscy, którzy wykorzystują swoją fachową wiedzę, działają, podejmują aktywności służące zdrowiu populacji. To nastawienie, koncentracja na zdrowiu populacji odróżnia ich od lekarzy, pielęgniarek i innych fachowców, którzy koncentrują się na udzielaniu indywidualnych świadczeń, indywidualnym pacjentom. Fachowiec zdrowia publicznego nie ma do czynienia z indywidualnym pacjentem. Dla niego zbiorowość jest zbiorowym pacjentem. Czyli, przybliżając się do jakiegoś konkretnego, wszystkie osoby, które realizują funkcje zdrowia publicznego. W Polsce są to wszystkie osoby zatrudnione w takich instytucjach jak nadzór sanitarno-epidemiologiczny, jak akademicy, którzy uczą zdrowia publicznego, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego i wspomnę na końcu Komitet Zdrowia Publicznego Polskiej Akademii Nauk, który grupuje grono ludzi, którzy fachową się tym zajmują i jeszcze ich kompetencje są jakoś przez środowisko uznawane.

Cechą wyróżniającą, ale podkreślam to postulatywnie wyróżniającą, bo to nie jest opis sytuacji, jest pełna identyfikacja z interesem zdrowotnym i społecznym społeczeństwa – rzecznictwo na rzecz zdrowia. Bycie rzecznikiem to jest wypełnianie funkcji rzecznictwa. I tak pracownicy Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego wprowadzili do obiegu takie właśnie słowo, więc ja z wdzięcznością dla autorów też się nim posługuję. To są ci, którzy mówią: zdrowie jest naprawdę ważne. Teraz powiem coś, co jest roboczą hipotezą: władza ceni życzliwe środowisko zdrowia publicznego. Takie, które nie ujawnia nadmiernie i nie nazbyt głośno o zagrożeniach zdrowotnych mówi. Teza o tym, że może skraca się oczekiwane trwanie życia nie jest kolportowana powszechnie. Nie naciskamy na media po to, żeby one ostrzegały przed negatywnymi skutkami nienoszenia maseczek. Wreszcie władza nie oczekuje, że będziemy nadmiernie akcentować wagę obowiązku poddawania się szczepieniom. Życzliwe środowisko zdrowia publicznego przypomina, że ludzie mają prawo wyboru. Nie chcecie się szczepić? No trudno. Bywają różne poglądy. Otóż jest oczywisty konflikt interesu. Przecież jest naturalne, że ci, którzy poważnie traktują ochronę zdrowia nie będą mówili, że ten ład energetyczny, w którym planujemy wykorzystanie węgla do 2049 roku - o ile dobrze pamiętam – jest bezpieczny dla zdrowia i między zwolennikami skrócenia i przedłużenia czasu używania węgla nie ma żadnego konfliktu. Dalej jest oczywiste, że Państwo bywa arbitrem, ale jest równie oczywiste, że często postępuje zgodnie ze swoim interesem. Jednym z ważnych interesów aparatu państwowego jest forowanie swoich zwolenników na różne ważne decyzyjne stanowiska. To państwo ma interes w takich, a nie w innych inwestycjach i spór o Turów i tamtejszą kopalnię odkrywkową jest bardzo dobrym przykładem. Dalej życzliwe środowisko nie opiera, nie przygotowuje alarmujących prognoz, dotyczących tego, co może z tego używania węgla wynikać. No i wreszcie to rzetelne - z punktu widzenia władzy - środowisko nie ulega pokusom oferowanym przez władzę. W pandemii były bardzo liczne sytuacje, w których takie pokusy się pojawiały i była okazja, żeby nimi kusić przedstawicieli środowiska.

Pierwsza pokusa: instrumentalizacja zagrożenia zdrowotnego albo pandemicznego. Sporo było takich sytuacji. Przede wszystkim to, co było powszechne i to nie tylko u nas, ale to było uniwersalne zjawisko to *lockdown* – zamknięcie życia społecznego, paraliż życia społecznego i ekonomicznego były zawsze uzasadniane zagrożeniem epidemicznym. Nie możemy się spotykać, bo to jest śmiertelnie groźne. Ale my mamy swój własny przykład, który wyciągnąłem gdzieś z dokumentów, które powstawały w czasie pandemii, tj. zmiana jednego z artykułów Kodeksu karnego, który zaostrzył kary za przestępstwa nieumyślne. Powszechna była opinia, że przeforsowana zmiana uderza przede wszystkim w lekarzy, bo tam chodziło o nieumyślne spowodowanie śmierci, nieumyślne spowodowanie ciężkiego uszczerbku na

zdrowiu oraz narażenie na niebezpieczeństwo utraty życia czy ciężkiego uszczerbku na zdrowiu a nawet coś takiego jak nieumyślne sporządzenie fałszywej opinii przez biegłego lub eksperta w postępowaniu karnym lub cywilnym. Przedstawiciele środowiska medycznego bardzo często występują, jako eksperci i jeśli nieumyślnie sporządzą fałszywą czy błędną opinię to to grozi bezwarunkowym więzieniem.

Druga pokusa to samowystarczalność decyzyjna. Politycy uwielbiali podejmowanie samodzielnych decyzji, mówiąc niekiedy, że ich podstawą były informacje dostarczane przez ekspertów, ale bardzo często to nie miało nic wspólnego z tym, co eksperci głosili. Tutaj przytaczam Państwu jeden ze znanych, znowu uniwersalnych przykładów, bo to przecież była nie tylko nasza dolegliwość, kiedy prezydent Trump podważał sensowność takich działań, jak zachowywanie dystansu społecznego, jak noszenie maseczek czy te *lockdowny*. Twierdził, że to właśnie nie jest takie ważne, mimo że stojący obok niego ekspert jeden czy drugi twierdził, że o to właśnie chodzi, bo to jest jedyne narzędzie, które my możemy racjonalnie stosować po to, żeby ograniczać rozprzestrzenianie się wirusa.

Pokusa trzecia: zamykanie się na rzetelną informację. Znowu tutaj przywołam przykład prezydenta Trumpa w pierwszej kolejności, bo uważam, że to było niezwykle smakowite zacytowanie jego wystąpienia na jednym ze spotkań z szeroką publicznością. Prezydent zasugerował wtedy zmniejszenie liczby przeprowadzanych testów, bo przecież każdy pozytywny test ujawnia dodatkowe zakażenie, zwiększając ich ogólną liczbę. Jeżeli my zmniejszymy liczbę testów, to automatycznie zmniejszy się liczba zachorowań. Taką argumentację przedstawiał. Ale żeby nie zostawać tylko z byłym prezydentem Stanów Zjednoczonych to warto sobie przypomnieć, że nasi eksperci, podkreślam nie politycy, ale eksperci także mówili, że jedyną sensowną metodą postępowania jest testowanie ludzi z objawami. Proszę państwa, jeżeli człowiek ma objawy, to test prawdę mówiąc nie jest mu do niczego potrzebny, bo my widzimy, że jest chory. Test ma sens wtedy, kiedy jest stosowany wobec ludzi bezobjawowych. Od samego początku wiadomo było, że może 70%, może 80%, a może 90% ludzi chorych przechodzi infekcję bezobjawowo. Wobec tego ograniczenie się do tych, którzy mają objawy były bezsensowne po prostu od początku. Ale podkreślam, to nie była tylko u nas opinia polityków, to była także opinia ekspertów. Wobec tego trudno się dziwić politykom, że chętnie z takiej porady korzystali.

Czwarta pokusa: odrzucanie odpowiedzialności. Dla elegancji przytaczam tutaj prezydenta Bolsonaro, który jest światową, globalną ikoną sprzeciwu wobec poważnego traktowania epidemii. Został on przyłapany - z resztą z tego powodu odbyły się w Brazylii ogromne demonstracje - na twierdzeniu, że zaopatrzenie szpitali w tlen, który jak wiadomo jest jedynym

z podstawowych środków wykorzystywanych w ratowaniu życia ludzi w ciężkim stanie, to nie jest sprawa władzy, że to każdy szpital powinien zadbać o to, żeby mieć wszystko to, co jest mu potrzebne. Ale żeby znowu przybliżyć naszą sytuację: przypomnijcie sobie Państwo problem odpowiedzialności za zakup respiratorów, za zakup maseczek, za triumfalne przywitanie największego samolotu świata, który przywoził nam najwięcej sprzętu, który miał służyć ratowaniu ludzi w czasie epidemii. Uciekanie od odpowiedzialności w różnych sytuacjach i przy różnych okazjach jest również zjawiskiem absolutnie potrzebnym.

Podsumowując, pewnie wszyscy się zgodzimy, że nonkonformizm polityczny jest moralną zaletą w (prawie) każdej sytuacji. Ja tu napisałem słowo „prawie” w nawiasie, ponieważ wiadomo, że czasami bywają sytuacje, niekiedy ekstremalne, w których może warto iść z polityczną większością. Na ogół jednak sprzeciw to jest wartość moralna. Dla niektórych społeczności jest to szczególnie zalecane wtedy, kiedy społeczność broni czegoś naprawdę ważnego. Społeczność zdrowia publicznego ma do czynienia z taką wartością, przecież zdrowie populacji, zdrowie nas wszystkich jest niewątpliwie czymś niezwykle ważnym i cennym. Warto pamiętać, że kiedy dochodzi do konfliktu wartości, to trzeba się poważnie zastanowić nad tym, która z nich w tej konkretnej sytuacji ma większą wartość. Ja nie postuluję, że zawsze, jak w słynnych opowieściach niektórych kolegów ekonomistów, że na zdrowie pieniądze zawsze się muszą znaleźć, czyli zdrowie zawsze jest ważniejsze. To jest nonsens. Tak oczywiście nie jest, ale postulat ważenia racji w konkretnych sytuacjach jak i ocenianie, co w danej sytuacji powinno być na pierwszym miejscu wydaje się być niesłychanie istotne.

Już ostatnie słowo w tej całej sprawie. Byłoby dobrze, gdyby władza nie mogła liczyć na nadmierną życzliwość środowiska zdrowia publicznego, ani w czasie bez pandemii, ani na co dzień. Ludzie identyfikujący się ze zdrowiem publicznym nie powinni ustępować zbyt łatwo, zbyt szybko powodowani tymi argumentami, które władza im przedstawia. Szczególnie nonkonformistycznie powinniśmy być nastawieni wtedy, kiedy przychodzi takie bezpośrednie zagrożenie jak pandemia. Kiedy zaczynała się pandemia to przecież nikt nie wiedział, co właściwie z nią można zrobić. Wobec tego w tej pierwszej sytuacji paraliżowanie życia społecznego, czyli szeroko zakrojone *lockdowny* na pewno były niezwykle istotnym, niezwykle skutecznym działaniem. Powinny być one jednak przyjmowane co najmniej z ostrożnością przez tych, dla których zdrowie jest ważne. Dziękuję bardzo.

prof. dr hab. Julian Auleytner (aut.)

Bardzo dziękuję panu Profesorowi. To były dwa głosy przedstawicieli Uniwersytetu Jagiellońskiego. Chcę zwrócić uwagę, że wypowiedź pana prof. Włodarczyka koncentruje się

wokół diagnozy doraźnych działań. To wszystko, co pan Profesor mówił pokazuje koniunkturalność zachowań władzy, która próbuje być pouczana przez środowisko życzliwe zdrowiu, ale jednocześnie ma swoje własne interesy. Proszę Państwa kolejny głos należy do pani prof. Nojszewskiej z SGH, która przygotowała wypowiedź dotyczącą funkcjonowania ochrony zdrowia, implikacje epidemiczne Covid-19. Czy mogę prosić panią Profesor o wypowiedź?

prof. dr hab. Ewelina Nojszewska (aut.)

Dziękuję bardzo za możliwość wymienienia się poglądami i możliwość dyskusji w tak szacownym gronie. Chciałam szerzej spojrzeć na funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia. Wiemy oczywiście, że przed pandemią mieliśmy wiele zastrzeżeń do tego jak ona funkcjonuje, a pojawienie się wirusa SARS-CoV-2 pogłębiło problemy, ujawniło i nasiliło wszystkie niedostatki. Podkreśliło jak zdrowie, ochrona zdrowia jest związane z gospodarką, społeczeństwem, każdym z nas. Oczywiście pojawiło się wiele takich wypunktowanych problemów jak chociażby leczenie chorób przewlekłych. Jako pracownik Katedry Ekonomii Stosowanej skoncentrowana jestem właśnie na takim punkcie widzenia i chciałabym razem z Państwem spojrzeć właśnie na to, co jest, co byłoby celem, co zmienić, jak poprawić, żeby dążyć do tych optymalnych rozwiązań. Z perspektywy głównego celu ochrony zdrowia, czyli skuteczności klinicznej i oczywiście efektywności ekonomicznej. Wszyscy znamy książkę Tellera „Impuls”. Chodzi właśnie o zbudowanie właściwej architektury wyboru, bo przecież ochrona zdrowia jest elementem, trybikiem systemu gospodarczego, społecznego i tutaj wszystkie trybiki muszą dobrze się zazębiać, zęby nie było problemów.

Proszę Państwa w moim odczuciu źródłem problemów, złem numer jeden jest regulacja prawna. Mamy przeregulowany system na dodatek dynamicznie kolejne akty prawne różnej rangi się pojawiają. Zgodnie z tym, co powiedziała nam jedna z kancelarii prawnych, jedno rozporządzenie Ministerstwa Zdrowia średnio obowiązuje trzy i pół dnia. Tak się nie da, żeby było stabilnie i efektywnie. Szpitale powiatowe bardzo się skarżą, że jednego dnia dostają polecenie żeby coś zrobić niezależnie czy uważają to za rozsądne. Angażują ludzi, ponoszą koszty, a po paru dniach przychodzi decyzja, że to właściwie nie był dobry pomysł zmiany i należy się wycofać do następnej zmiany. Tak się nie da. Znamy wiele tego typu przykładów, ale ja chciałabym zwrócić uwagę na coś, o czym właściwie się nie mówi. Może dlatego, że u nas służby specjalne nie bardzo funkcjonują, ale przecież powinny być przecież opracowane czarne scenariusze na wszystkie możliwe potencjalne przewidywane zdarzenia i procedury do ich zwalczania. Przecież WHO już parę lat temu mówiło o chorobie X, czyli takiej potędze

wirusa, z jaką teraz mamy do czynienia. Okazuje się, że obecna pandemia spełnia warunki właśnie tego, co zapowiadało WHO. Oczywiście podstawą są pieniądze, po regulacji prawnej (obok zarządzania, organizacji i sposobie finansowania). Tu mamy dziwne pomieszanie emocji i polityki. Wiadomo, że potrzeba by powyżej 10% PKB przeznaczyć i to w efektywny sposób, żeby to nie było lanie wody do sita. Spójrzmy na źródła tego finansowania. Są składki i Nowy Ład chyba nam tutaj zaszkodził, bo można by podnieść składki, bo te 9% to zdecydowanie za mało. Nawet niech to będzie 12-13% - jak najwięcej - przy efektywnym wydatkowaniu, ale niech to będzie odpisane z podatku. Nie to, co zrobiono teraz, że przerzucono na dochody, przez co przykładowo zmienia się chociażby emerytury. Poza tym pomija się finansowanie z budżetu państwa, a właściwie wszędzie jest finansowanie mieszane, U nas budżet od wielu lat przerzuca na NFZ finansowanie chociażby procedur wysoko specjalistycznych. Oznacza to, że NFZ dysponuje mniejszym zasobem pieniądza na dotychczasowe wydatki. Współpłacenie powinno zaistnieć, żeby nie było niepotrzebnych wizyt. Także prywatne ubezpieczenia powinny być wprowadzone, ale mądrze zorganizowane. Szczególnie teraz ciągle się słyszy o bezpieczeństwie, ale czy ktoś mówi o bezpieczeństwie zdrowotnym? A to tak naprawdę jest podstawa funkcjonowania gospodarki i społeczeństwa w tej chwili.

Jeśli chodzi o organizację i zarządzanie ochrony zdrowia, to również należałoby dążyć do skuteczności. Czy nie moglibyśmy pójść w kierunku zdrowej konkurencji bez obciążeń emocjonalnych i politycznych. Czy nie powinien być publiczny płatnik tak jak NFZ oraz prywatny płatnik zrzeszający prywatnych ubezpieczycieli? Nie chcę mówić PIU, ale coś takiego. Czy nie powinni być świadczeniodawcy publiczni i prywatni funkcjonujący na równych zasadach? Tu jak wiemy pokutują jakieś interpretacje powielaczowe z czasów ministra Balickiego. Powinny być ubezpieczenia publiczne i prywatne, żeby uporządkować system, ale ze strony efektywnościowej, służącej skuteczności klinicznej. Ponadto coś, czego nie ma i mi, jako ekonomiście serce krwawi, to prowadzenie wszelakich analiz zarówno jakościowych i ilościowych. Po stronie jakościowej, np. promy i premy, które przebijają się i zyskują miejsce w świadomości, ale analizy ilościowe cały czas napotykają opór. Może dlatego, że jest problem z gromadzeniem danych i nie ma także rejestrów medycznych na potrzeby analiz ochrony zdrowia. Przecież mamy takie narzędzia, jak SFA, DEMATEL, PSM na potrzeby chociażby analiz ochrony zdrowia, i na potrzeby medyczne. Kiedyś rozmawiałam z panią mecenas Pachciarz, była prezes NFZ. Ona mówiła, że nawet byłoby dobrze jakby wyniki takich analiz były uwzględnione przy kontraktowaniu.

Następny piąty punkt, który wydaje się najważniejszy, to edukacja i informacja, jako zadanie dla państwa w celu realizacji jego funkcji, zadań. Tutaj pani prof. Golinowska powiedziała o

jednej z najważniejszych składowych. Mianowicie o zdrowiu w edukacji, zdrowym żywieniu i zdrowym trybie życia. To, co świat zaczyna robić, my jakoś od tego uciekamy. Poza tym chodzi o zdrowie publiczne, dotyczące się przecież jakości życia całego społeczeństwa. Tu możemy gdzieś umieścić edukację kadr medycznych. Ilość wykształconych lekarzy, pielęgniarek, pan Profesor mówił jak te liczby zmieniają się dramatycznie, ale także chodzi o proces kształcenia, w którym trzeba uwzględnić elementy kosztowe, i analizy ekonomicznej. Bez efektywności ekonomicznej nie da się skutecznie leczyć. Wszelkiego rodzaju analizy powinny być prowadzone i w krótkim i długim okresie. Krótki okres to chociażby, jaką mamy strukturę szpitali, jakie powinny być oddziały i szpitale zakaźne. Pewnie będą się pojawiać nowe wirusy, bo -sytuacja pandemiczna idzie w tym kierunku. Jak się okazało ocieplenie klimatu powoduje uaktywnienie się grzybów prowadzących do bardzo ciężkich chorób płuc. Tutaj będzie coraz więcej takich zagrożeń zdrowotnych. Powinniśmy być do tego przygotowani. Długi okres to wszelkiego rodzaju analizy pozwalające na podejmowanie decyzji strategicznych.

Kolejny szósty punkt u mnie to inwestowanie i innowacje. Tylko wymienię kilka przykładów. Idźmy z pełną parą w kierunku medycyny personalizowanej, szczególnie, że jak pan Profesor podkreślał, rośnie zachorowalność na nowotwory. Tutaj ta genetyczna diagnostyka pozwala traktować chorobę jak dziurkę od klucza, a sposób leczenia jak klucz i to idealnie dopasowany. W związku z tym stosujemy Value-Based Healthcare. Jeśli chodzi o inwestowanie wszelakie, to inwestujemy szczególnie w rozwiązania innowacyjne, a wiadomo, że tutaj mamy ogromne zaniedbania. Ponadto dlaczego w Polsce nie wykorzystuje się PPP, czyli Partnerstwa publiczno-prywatnego? Ono w tym kraju ma renomę jakby kryminału, korupcji, kumoterstwa. A popatrzmy chociażby na to, jak w brytyjskiej ochronie zdrowia ono się sprawdza. Od lat się mówi o opiece zintegrowanej. Myśmy to kiedyś mieli, gdzieś w latach 70. Przyjeżdżali do nas Amerykanie patrzeć jak my prowadzimy pacjenta przez cały proces leczenia. Oni się tego nauczyli, a myśmy to zniszczyli. Tu przykładem jest chociażby leczenie kardiologiczne. Mamy świetną kardiologię, pacjenci wychodzą postawieni na nogi. Przez brak prowadzenia przez leczenie już kardiologiczne po roku są w takim stanie, w jakim byli idąc na operację. Kompletne marnotrawstwo, bezsens. Ósmy punkt, informatyzacja i to wszystko, co jest związane ze zdrowiem i ochroną zdrowia. Wiem, że to będzie poruszane dalej, więc nie chcę o tym mówić. Dbanie o zasoby, edukacja. Tutaj mamy te szkodliwe deficyty, konkretnie myślę o edukacji kadr medycznych, a także import kadr medycznych gwarantujący bezpieczeństwo zdrowotne, we właściwy sposób. Gdzieś w tle coś, co wlecze się u nas od lat to właściwe wynagrodzenia, a przede wszystkim stworzenie warunków do godnej pracy. Żeby medycy mieli poczucie własnej wartości, żeby mogli realizować swoje ambicje, czuć się dobrymi lekarzami, a nie

takimi trochę zaszczytymi i przemęczonymi, wymagającymi opieki psychologicznej. Proszę Państwa mam nadzieję, że w miarę utrzymałam się w czasie. Z mojej strony to tyle kwestii do uwzględnienia, do dyskusji. Dziękuję bardzo.

prof. dr hab. Julian Auleytner (aut.)

Dziękuję bardzo pani Profesor. Ja z tej listy Pani oczekiwań wybrałam edukację pod tym kątem, aby zapytać, czy nie warto byłoby w Polsce przeprowadzić badań dotyczących przyczyn długowieczności na 100-latkach. Ponieważ mamy populację około 5 tys. żyjących 100-latków, warto byłoby odpowiedzieć na pytanie jak oni to zrobili, że tak długo żyją. To jest temat, który spotkałem w książce jednego z niemieckich naukowców, pracującego nad przyczynami długowieczności w kilku miejscach na świecie, gdzie udokumentowano urzędowo daty urodzenia 100-latków. Wśród nich m.in. znalazł Sardinie i Kostarykę. Taki temat można łatwo zrealizować, dlatego że ZUS ma ewidencję, ponieważ każda osoba powyżej 100 lat dostaje „premię” w postaci 1,5 tys. złotych miesięcznie. Dlatego pan prof. Rajkiewicz, który niedawno przekroczył 99 lat, dostał życzenia, aby zaczął otrzymywać taki dodatek z ZUS-u.

Ja w latach 70-tych XX w. miałem takiego pracodawcę, który zajmował się tenisem a przed wojną prowadził sieć kawiarni. Miał 103 lata kiedy niedawno zmarł. Jak miał 102 lata postanowił założyć biznes, wrócić do sieci kawiarni, które przed wojną prowadził. Zlecił swojemu wnukowi, aby zrobił biznesplan, ale już niestety nie zdążył go wdrożyć. Pokazuje to sytuację, w której ludzie po setce mają motywację do dłuższego życia. To jest niezwykle ważne, dlatego że pani prof. Golinowska mówiła o stylu życia, a na to składa się m.in. zdrowie, zdrowa żywność i ruch, jeszcze raz ruch, czyli tak jak w przypadku mojego byłego pracodawcy był to tenis. Chciałbym wywołać panią prof. Kolasę z Akademii L. Koźmińskiego. Bardzo proszę.

prof. dr hab. Katarzyna Kolasa (aut.)

Pan Profesor mnie zaskoczył podwójnie wywołaniem mnie, ale też wprowadzeniem we właściwe tory, bo ja się pasjonuję tenisem od ponad roku. Uważam, że to jest ta droga do długowieczności, jaką ja obrałam. Więc mam nadzieję, że dożyję przykładu, który pan Profesor łaskaw był poruszyć. Z mojej strony, z dużą starannością przysłuchuję się moim przedmówcom i znajduję wiele wspólnych mianowników w naszej rozmowie. Jednak mam nadzieję, że te przyszłe dyskusje, które będziemy toczyć będą bardziej pozytywne niż dzisiejsza i nasze dotychczasowe doświadczenia. Głęboko wierzę, że pandemia spowoduje trwałe zmiany. Tutaj było poruszone wiele słusznych przykładów myślenia strategicznego w kontekście

niewłaściwego funkcjonowania przed pandemią i rzeczy, które się nasiliły w trakcie pandemii. Ja bym chciała z kolei zwrócić uwagę na pozytywne aspekty czasu po covidzie i mam tutaj na uwadze ogólnie pojętą cyfryzację w ochronie zdrowia. Wiem, że również koleżanka będzie mówiła później, prof. Więckowska. Więc mam nadzieję, że będziemy tym dwugłosem na przyszłość pokazując jak można zmienić ochronę zdrowia korzystając z tańszych rozwiązań, ale wprowadzających te innowacyjne, rewolucyjne zmiany na rzecz długowieczności. Nie mam na uwadze tylko i wyłącznie tenisa. Aczkolwiek jednym z elementów w tej nowej układance, warto zwrócić uwagę na te aspekty, które przyczyniają się do poprawy naszego zdrowia, a nie mają nic w związku z korzystaniem ze świadczeń zdrowotnych. Tu chciałabym wprowadzić do dyskusji nowy mianownik, którym jest system ochrony zdrowia skoncentrowany na pacjencie w rozumieniu decydenta, a nie beneficjenta świadczeń zdrowotnych. To co powiem może być dla niektórych z Państwa rewolucyjne, ale sama miałam ostatnio przykłady, korzystając ze świadczeń zdrowotnych, gdzie byłam potraktowana jako patent, a nie jako pacjent. Tu też myślę, że zmotywowało mnie to do głębszego myślenia o tym problemie paternalistycznego systemu zdrowia, który uważam, że należy już do przeszłości. Ze zdziwieniem obserwowałam naszą podatność na wprowadzenie kolejnych lockdownów. Sama miałam okazję występować wielokrotnie w mediach mówiąc o tym moim zdziwieniu. To zdziwienie jest wielorakie, bo patrząc na to paternalistyczne korzystanie z dobrodziejstwa systemu ochrony zdrowia, z czym ja się osobiście nie do końca zgadzam, ale również z tym poczuciem strachu, które powodowało, że zapominaliśmy o pewnych racjonalnych przesłankach. Dlaczego o tym mówię? Zwróćmy uwagę jak błyskawicznie sobie poradziły Chiny z problemem pandemii w sposób, który my wprowadziliśmy teraz, czyli po ponad 12 miesiącach funkcjonowania w dobie Covid-19. Rozwiązania, o których mówię to są rozwiązania cyfrowe, czyli teraz mówimy o paszportach cyfrowych o kodach QR, z których nie wiem, kto z Państwa już korzystał, ale ja wielokrotnie podróżując, bo podróżowałam w trakcie pandemii, podróżuję dalej. W związku z tym są to rozwiązania, które w Chinach zostały wprowadzone 2 miesiące po wybuchu pandemii. U nas 12-16 miesięcy później. Więc myślę, że mamy wiele możliwości do rozwoju w ochronie zdrowia, przy założeniu, że ją otworzymy na technologie, które są oparte na przesyłach danych, na wspomaganiu leczenia pacjenta poza systemem ochrony zdrowia, a które jesteśmy w stanie wykorzystać za pośrednictwem naszych telefonów komórkowych, czy też różnych rozwiązań do instalowania ich tam gdzie się chcemy leczyć, czyli w naszych domach, albo miejscach gdzie przebywamy. W związku z tym dla mnie przyszły system ochrony zdrowia, myśląc o strategii, mam nadzieję, że nie jest to wizja futurystyczna tylko taka, która mnie spotka, jako przyszłego beneficjenta systemu ochrony zdrowia. To jest leczenie w oparciu

o własne przekonania, o dostęp do właściwych danych, ale leczeniu poza systemem ochrony zdrowia. Myślę, że tutaj należy wzmożyć wszelkie wysiłki na prewencję, jej profilaktykę, a nie leczenie. Dla mnie system ochrony zdrowia nie powinien być systemem leczenia, a zapobiegania chorobom. Ja naprawdę nie rozumiem, dlaczego nie możemy o tym mówić, myśleć w dobie cyfryzacji. Mam tutaj na uwadze, chciałam bardzo zaakcentować, głęboko w to wierzę, że żyjemy w dobie to, co zaproponował prof. Chung na 40 lat temu, czyli tej zmianie paradygmatu nauki. Myślę, że my, jako naukowcy musimy się do tego przygotować, przygotować też decydentów i społeczeństwo. Żebyśmy spojrzeli na system ochrony zdrowia, jako dobrodziejstwo, a nie ten paternalistyczny moduł, który ma nas traktować, jako beneficjentów. My musimy być decydentami. Jeżeli zmienimy tę mentalność, nastąpią później zmiany legislacyjne. Zatem mam nadzieję, ale również ten system ochrony zdrowia spowoduje to, że będziemy się leczyć w domach. Nasza poprawa jakości życia i ta długowieczność przyczynią się do tego, że będziemy mniej korzystać z hospitalizacji i z konieczności poprawy swojego zdrowia w sytuacji, kiedy już choroba się rozwinie. Przykładów jest całe mnóstwo, nie sposób ich tutaj przytoczyć. Ale takie, na których ja kieruję uwagę będąc prelegentem na różnych konferencjach to jest zasób danych, które dostarczają nam nie tylko system raportowania ze szpitali, ale również to dobrodziejstwo rozwiązań cyfrowych dla pacjentów. Ten zasób wiedzy na temat behawioralnej strony życia naszego w kontekście leczenia chorób, przyczynia się do tego, że jesteśmy w stanie łatwiej i precyzyjniej zdefiniować problemy zdrowotne w dobie profesjonalnej medycyny, ale również w kontekście predyktorów konsekwencji choroby, których wcześniej nie rozpoznawaliśmy. Tutaj mamy przykład, że burzymy mity jak [...], który bazował na bodajże 10-12 predyktorach ryzyka chorób sercowo-naczyniowych. Okazuje się, dane pokazują, że tych predyktorów jest znacznie więcej. Może być, jeżeli się dobrze rozkręcimy ponad 400. To są wszystkie zasoby danych, które dzięki uczeniu maszynowym wprowadzają nas na zupełnie inny poziom dyskusowania o chorobach. Również szukanie ich rozwiązań dla różnych problemów zdrowotnych. Już nie wspomnę o tym, czym żyje świat. My trochę mniej, ale dziwię się, że nie mamy tego w dyskusji, czyli nowych metod leczenia onkologii immunoterapii, czyli terapiach genetycznych. Za chwilę będziemy mieli problemy etyczne, kiedy i komu należy zmieniać genotyp po to żeby zapobiegać chorobom i tu przypomnę, że w zeszłym roku nagrodę nobla dostała metoda CRISPR/Cas. Jest świetna książka na ten temat, która pokazuje tę całą dynamikę bioetyki w kontekście co możemy, a czego nie powinniśmy zmieniać wbrew naturze. Musimy przyspieszyć zmianę, głównie mentalności. Uważam, że od tego należy zacząć, aby w kolejnych etapach zastanowić się jak spowodować, że pacjent będzie bardziej partycypował dla

swoich własnych korzyści, ale również dla korzyści systemu w procesie leczenia. Dlaczego dla korzyści systemu? Clue problemu jest to, że szukamy oszczędności nie w systemie ochrony zdrowia tylko musimy ich szukać poza nim. Czyli tym, żeby pacjent chciał funkcjonować samodzielnie, ale sam dbać o swoje zdrowie i podejmować decyzje: co mi się należy, co nie. Z prof. Włodarczykiem w innym projekcie toczyliśmy bardzo ciekawą dyskusję i bardzo dziękuję Profesorowi, bo zainspirowało mnie to, co pan Profesor powiedział czas temu w leczeniu niektórych pacjentów onkologicznych, którzy czasami z własnej inicjatywy rezygnują z pewnych metod ingerujących w ich styl życia. Godząc się na krótsze życie, ale jednocześnie zapewniając sobie taką jakość życia jaką by chcieli mieć przez ten końcowy etap. To pokazuje jak ważna jest rola pacjenta i partycypacja go w procesie leczenia. Musimy dać pacjentowi odpowiednie narzędzia i zasób informacji. Tylko wówczas będziemy mogli szukać oszczędności, bo jak pozwolimy personelowi medycznemu samemu decydować jak będzie wyglądało szpitalnictwo w naszym kraju. Choć nie tylko w naszym kraju, bo to jest problem globalny. Ilość reinterwencji będzie tylko i wyłącznie rosła. Pracuję w wielu różnych stanach choroby... i muszę przyznać, że problem jest wszędzie ten sam. Dopóki nie ma tej kontroli ze strony pacjenta, a nie systemu, dopóki system ochrony nie jest zdefiniowany o preferencje pacjentów. Natomiast żeby móc do tego momentu dojść wydaje mi się, że dzięki cyfryzacji musimy skoncentrować uwagę na edukacji pacjenta, nas samych. Po to żebyśmy wszyscy brali czynny udział w zmianie systemu ochrony zdrowia. Tu chciałam wrzucić ostatnią myśl, co łaskawie pan Profesor powiedział o tej długowieczności. Ja też się zaczęłam troszkę interesować tym tematem i znalazłam przykłady ze Starożytnej Grecji, gdzie też byli 100-latkowie. Okazuje się, że wszystkie te przykłady pokazują rodzaj socjal-demograficznych aspektów zdrowia. W zasadzie nie tylko dostęp do systemu ochrony zdrowia, ale bardziej to, co robimy na co dzień. To jest determinant sukcesu. Ja spędziłam tutaj wiele lat swojego życia i strasznie tęsknię za tym okresem Szwajcarii. Posłużę się tu anegdotą na koniec. Pewnej soboty rano sama usiadłam z kawą w kawiarnianym ogródku, próbując złapać świeży oddech. Oczom nie wierząc zobaczyłam grupę 80-latków, którzy 8.15-30 rano byli przygotowani do startu wyjścia w góry. Muszę przyznać, że nie znam Szwajcara, który nie pasjonuje się sportem. Nie w rozmowie tylko w rzeczywistym korzystaniu. Wielokrotnie miałam okazję zobaczyć seniorów na siłowni, już nie mówiąc o stokach narciarskich. To jest właśnie to, co jest obowiązkiem ochrony zdrowia, czyli akcent na profilaktyce i prewencji, a wówczas oszczędności przyjdą same. Dziękuję bardzo.

prof. dr hab. Julian Auleytner (aut.)

Dziękuję bardzo. Rozumiem, że pani prof. Więckowska ma kontynuować temat, czy jest inaczej? Bardzo proszę panią Profesor z SGH.

prof. dr hab. Barbara Więckowska

Dziękuję bardzo. Nie wiem czy kontynuować, ale widzę, że się przenikamy. Nie namawialiśmy się wszyscy, jeżeli chodzi o wystąpienia, a one pokazują, że bardzo podobnie myślimy, może troszeczkę inaczej układamy akcenty. Ja od wielu lat zajmuję się analizą danych i próbą ilościowego podejścia do systemu ochrony zdrowia. Pozwoliłam sobie przygotować prezentację, bo ciężko mówić o danych bez wykresów. Chciałabym spojrzeć na pandemię poprzez pryzmat pozytywny. Rzeczywiście reszta przebija się, że jest wiele negatywnych efektów pandemii, bo przejawia się nam przede wszystkim z trudnościami związanymi z liczbą zachorowań, zgonów bardzo wysoko, problemami związanymi ze zwiększonym popytem na świadczenia związane z rehabilitacją. Równocześnie malejącą kadrą medyczną, która się nie tyle ze względu na starzenie, ale wycofanie z rynku pracy i obawa przed zarażeniem, to są właśnie negatywne skutki pandemii i o nich nie należy zapominać. Ale, w każdej sytuacji należy znaleźć rozwiązania, które są pozytywne i spróbować je przekuć w coś, co będzie dobre na przyszłość. W swoim wystąpieniu tutaj chcę pokazać Państwu te elementy, które mogłyby pomóc w rozwoju systemu ochrony zdrowia. Myślę, że ten system jest nam bardzo potrzebny. Możemy mówić oczywiście o profilaktyce i o zdrowiu publicznym. Ja nie będę mówić zakładając, że prof. Włodarczyk to rozwinie. Rzeczywiście ta część związana ze zdrowiem publicznym i profilaktyką, o której mówiła prof. Kolasa, jest ważna, ale musimy także leczyć. Te sytuację, którą mamy związaną z liczbą chorych i problemami w systemie zdrowia, my musimy nią dobrze zarządzić. Żeby nie było tak, że zajmujemy się jednym końcem, a drugi zostawimy. W jakiś sposób trzeba te dwie nogi pchać równocześnie. Jeżeli chodzi o te pozytywne skutki pandemii, to przede wszystkim uważam, że bardzo ważne jest, że zaczęliśmy rozumieć wagę ochrony sektora zdrowia w rozwoju gospodarczym. W tym, że bez sprawnego systemu ochrony zdrowia, bez zabezpieczenia gospodarstw domowych ciężko nam będzie mówić o stabilnym wzroście i dobrym funkcjonowaniu naszego kraju w kategoriach społecznych i gospodarczych. Pandemia przyspieszyła nam cyfryzację w ochronie zdrowia, ale moim zdaniem równocześnie zwiększyła akceptację do tego, co będę też chciała pokazać. Równocześnie po stronie świadczeniodawców, niestety nie mogę pokazać wyników badań, bo nie dostałam na to zgody, ale widzimy większy nacisk na strategiczne myślenie, rozwój strategiczny placówek, a nie tylko na bazie takiego dziennego bycia. Chcę podkreślić to, że wiele działań już było przed wybuchem pandemii, ona je po prostu przyspieszyła, bo cały czas

narzekamy na poziom finansowania w systemie ochrony zdrowia. Były podjęte działania zwiększające, stopniowo oczywiście, wysokość nakładów na system ochrony zdrowia. Tutaj mam na myśli ustawę z dnia 5 lipca 2018 roku, w której mówimy, że chcemy dojść do 6% PKB, jeżeli chodzi o nakłady na system ochrony zdrowia. Teraz te nakłady chcemy jeszcze zwiększyć, bo te problemy, które pojawiły się w czasie pandemii okazało się, że tych środków potrzeba więcej. Nowy Ład pokazuje nam, że planowane jest zwiększenie finansowania. Ale, ja bym chciała podkreślić, że pieniądze to nie wszystko. Generalnie przy wdrożeniu pakietu onkologicznego, gdzie to był pierwszy moment, kiedy tłumaczyliśmy decydującym, że da się raz zmodelować system, da się ocenić dozowane wydatki właśnie na leczenie onkologiczne, i że finansowo jesteśmy w stanie to ogarnąć. Moim zdaniem, teraz te pieniądze nie są tak dużym problemem jak produkty rozliczeniowe, czy też zasoby ludzkie. To, co chcę podkreślić, że zmiany w finansowaniu, czy bez limitowe podejście, bo to, że z jednej strony mamy zwiększone opodatkowanie w systemie ochrony zdrowia, z drugiej strony mówi nam, że co z tego, że będziemy mieli dużo pieniędzy jak mamy kolejki. Bo jest ograniczenie w postaci limitów na świadczenia i ograniczenia dostępności do środków finansowych, bo my wolne moce przerobowe mamy. Tak było podkreślane, że w pierwszej kolejności musimy uwalniać limity. Diagnostyka, badania endoskopowe, TK, były uwolnione już przed pandemią w 2000 roku. Obecnie od lipca ma wejść rozporządzenie Ministra Zdrowia mówiące, że wszystkie świadczenia w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej będą finansowane bez limitu. Pytanie tylko, czy to poprawi sytuację tego „Kowalskiego”. Co my możemy rzeczywiście za te pieniądze kupić? Jeżeli patrzymy na kolejki, tutaj mam dane dotyczące 2019 roku, jeszcze przed wybuchem pandemii, jeżeli chodzi o medianę czasu oczekiwania to największa kolejka jest do zabiegów specjalistycznych, wymiana procesora mowy. Tu nie będę się rozwodzić. Mamy endoprotezoplastykę i czwartą grupę - endokrynologia. Chciałabym na przykładzie endokrynologii pokazać, jakie są problemy i co należy zrobić. Od kilku lat współpracuję z NFZ w zakresie tworzenia nowych produktów rozliczeniowych. To, co było już dzisiaj podkreślane, produkty koordynowane, dające stymulanty do tego, żeby w jakiś sposób zarządzać ścieżką pacjenta. Tutaj odnoszę się do prof. Nojszewskiej, że akurat pulmonologia i kardiologia są następne na tapecie. Pracujemy nad tym, więc liczę, że tę poprawę zaobserwujemy. Co my widzimy, jeśli chodzi o endokrynologów? Liczba lekarzy specjalistów prawie 1500 osób, ale widać, że mamy problem z zastępowalnością pokoleń. Liczba osób, które w ciągu 5 lat osiągną wiek emerytalny będzie wyższa niż liczba lekarzy, którzy nam wejdą ze specjalizacji. Tu widać, że nawet przy niezmiennym popycie na świadczenia, a mówimy, że on będzie rósł ze względu na starzenie się ludności Polski, będziemy mieli duży problem z wykonaniem tych świadczeń

nawet, jeżeli środki finansowe nam wzrosną. Jeżeli zwiększamy finansowanie przy wzrastającym popycie, a ograniczonej podaży, to nic innego jak cena nam wzrośnie. Co więcej obserwujemy to samo w wielu dziedzinach. Endokrynologia nie jest takim sztamowym przykładem. Tam mamy bardzo wysokie kolejki, też problem lekarzy zatrudnionych poza systemem płatnika publicznego, ale w przypadku chorób wewnętrznych, interny, pediatria, chirurgia ogólna, choroby płuc, co Państwo widzicie na tym wykresie, to są dziedziny, w których będziemy mieli problem z kadrą medyczną i utrzymaniem potencjału na wykonywanie świadczeń. Więc szukamy możliwości zwiększenia potencjału czasu przeznaczonego na pacjenta. Co się dzieje w tej endokrynologii? Jak popatrzymy na endokrynologię to widzimy, że pacjenci generalnie jak już chodzą do tego lekarza, to chodzą. Jeżeli mamy realizowane świadczenia w 2019 roku to można powiedzieć, że prawie 60% pacjentów zaczęło leczenie przed 2016 rokiem, od 2010 i tak, co roku chodzą do lekarza raz. Przeważnie połowa chodzi raz w roku. My sprawdzaliśmy w 2010 roku, że 33% to byli ci jednorazowi. Teraz generalnie większość to są jednorazowi pacjenci, czyli oni chodzą po recepty. Najczęściej leczona jest niedoczynność, nadczynność tarczycy, choroby, które mogą być prowadzone przez lekarza POZ, więc dosypywanie pieniędzy do systemu bez zmiany produktów rozliczeniowych po prostu nie da efektu, który chcielibyśmy osiągnąć. To, co zrobił NFZ, zdefiniował produkt, który jest o tyle koordynowany, że są świadczenia, wskaźniki, które mają zachęcić lekarzy POZ do tego, żeby zatrzymali pacjenta u siebie, bo to jest istotne, wzrost ze stawki kapitałowej, jeżeli właśnie prowadzi tego pacjenta. W przypadku lekarzy AOS zdefiniowane są produkty rozliczeniowe, które są takim zestawem badań, które są finansowane odgórnie przez płatnika. Czyli problem z dzieleniem wizyt, bo też niestety przez pierwszy rok to było obserwowane, dzielenie diagnostyki na poszczególne części, żeby nie było tych bodźców finansowych i w przypadku szpitala, żeby pokazać: ok, mamy problem z kolejką, jeżeli diagnozujemy szpital. Bo często właśnie wykorzystujemy niestety zasoby szpitalne nie do leczenia szpitalnego. U nas ogrom hospitalizacji ma typowo charakter diagnostyczny. Problem z finansowaniem hospitalizacji wynika z tego, że jeżeli my mamy dwóch pacjentów w tym samym rozliczeniu, z tą samą grupą JGP, finansujemy u jednego diagnostykę, u drugiego diagnostykę i leczenie, to nie ma co się dziwić, że to się nie spina jeśli mamy dwa różne szpitale, które mają różne podejście do zarządzania ryzykiem choroby różnych pacjentów. Chodzi o to, żeby w jakiś sposób stymulować zmianę to zdefiniować produkty szpitalne do rozliczeń diagnostyki szpitalnej, których wycena byłaby dokładnie taka sama jak w przypadku AOS-u i naturalny bodziec ekonomiczny. Przy różnych kosztach funkcjonowania AOS-u i szpitala będzie następowało przesunięcie tych ciężarów diagnostyki w kierunku AOS-u przy takich samych

dwóch produktach. Ten krok został zrobiony na nieszczęście w 2020 roku tuż przed wybuchem pandemii. Efekty pierwsze były, ale niestety już potem po lockdownie trzeba będzie poczekać żeby ocenić jak bardzo zareagowały poszczególne podmioty na rynku. To, co powiedziałam, że próbujemy kupić też czas. Czyli z jednej strony nie dzielimy porad, chcemy przesunąć pacjentów do POZ-u. Bardzo duży wpływ pandemii był na rozwój cyfryzacji w Polsce. Oczywiście wprowadziliśmy e-receptę przed wybuchem pandemii, na pewno sporo osób dziękowało, że możemy to w taki sposób realizować, że wizyty zdalne mogą być i recepta wchodzić na komórkę. Więc tutaj to jest system, który na prawdę ułatwia korzystanie. To, co zostało stworzone to również Chmura Krajowa. Taki projekt, w którym w ciągu 6 tygodni zbudowano rozwiązanie zapisu zdalnego na szczepienia. Jak Państwo widziecie tu po prawej stronie jest wykres pokazujący jak poszczególne roczniki korzystają z różnych kanałów zapisywania na szczepienia to widać, że Indywidualne Konto Pacjenta, czy infolinia to są te elementy, które dominują w tych młodszych rocznikach. Oni są bardzo otwarci na to, żeby korzystać z nowych technologii. Biorąc pod uwagę otwartość tych młodych roczników warto myśleć o tym, by wspierać nowe technologie w diagnostyce, leczeniu, a także nie zapominać o tych starych metodach. Ta zmiana preferencji, ta edukacja, o której mówiła prof. Kolasa, będzie następowała powoli, potrzeba na to czasu. To, co widzimy, jest tu kwestia zwiększenia teleporad, która została udzielona zarówno przez lekarzy POZ jak i AOS. Na nieszczęście i tu jest ciekawe działanie, chcemy te teleporady jakoś zachamować. Nie do końca wiemy, dlaczego takie, a nie inne działania są po stronie ministerstwa w zakresie zmniejszenia liczby udziału teleporad. Musimy w jakiś sposób znaleźć narzędzia, które z jednej strony będą nam gwarantowały bezpieczeństwo pacjenta, a z drugiej strony dawały możliwości korzystania z tych wszystkich dobrodziejstw telemedycyny. Jeżeli chodzi o inne projekty, tutaj mamy Chmurę dla zdrowia, gdzie ma być elektroniczna dokumentacja medyczna. Jak powiedziałam szpitale są bardzo mocno nastawione. Już mamy wiele doświadczeń mówiących o tym, że szpitale korzystają z tych rozwiązań informatycznych. Rzeczywiście, to też było powiedziane, generalnie nie mamy osób, które byłyby w stanie używać tych rozwiązań. Powstaje wiele startup-ów, ponad 140 zostało zidentyfikowanych na terenie kraju. Natomiast po tym poziomie kadry medycznej jest problem z korzystaniem, z analizą danych, bo to, że nam wejdzie wiele danych, prof. Kolasa powiedziała, 400 różnych danych mówiących o tym jak wygląda ryzyko zachorowania na choroby układu krążenia, to to jest następny krok, analiza, wnioskowanie i wykorzystanie tych danych do zarządzania. To, co my robimy po stronie SGH, staramy się dostosować ofertę do rynku, rozwijać nowe kierunki studiów w zakresie analizy danych, e-biznesu, studia podyplomowe oraz we współpracy z WUM-em MBI w ochronie zdrowia. Tak,

żeby wzmocnić zasób kadrowy, bo czego nie widzimy to wyjdziemy właśnie od tego, że mamy środki finansowe, możliwości, jest duży *window of opportunity*. Zarówno pacjenci, lekarze, jak i decydenci są gotowi na zmiany, ale ważne, żeby one były trwałe. Żeby oddawały rzeczywiste potrzeby wszystkich użytkowników, a tutaj potrzebna jest nam wiedza i edukacja. Dziękuję bardzo.

prof. dr hab. Julian Auleytner (aut.)

Bardzo dziękuję pani Profesor. Przychodzi mi na myśl refleksja dotycząca cyfryzacji i związana z indywidualnym bezpieczeństwem pacjenta. Wyobrażam sobie taki scenariusz filmu, w którym jakaś mafia będzie miała dostęp do tajnych danych o zdrowiu ludzi. Będzie to mogła wykorzystać na różne sposoby, przez szantaż albo podnoszenie cen lekarstw dla tych ludzi. Tego typu zagrożenia oczywiście istnieją. My też powinniśmy o nich mówić niezależnie od faktu, że cyfryzacja jest koniecznością, czego dowodzą e-recepty. Ale trzeba pamiętać, że recepty to jest system centralny, w którym jeżeli ktoś będzie miał dostęp to będzie się mógł dowiedzieć, kto i na co choruje i jakich lekarstw potrzebuje. Mało tego, w oparciu o tego typu recepty będzie miał dostęp również do długości życia tego człowieka, bo można szacować stan choroby w oparciu o recepty.

prof. dr hab. Katarzyna Kolasa (aut.)

To, co pan Profesor powiedział to się już dzieje, bo Irlandia, irlandzki system zdrowia jest pod presją wyłożenia okupu 20 mln dolarów, ponieważ jest atak cyfryzacji na tenże system. Rzeczywiście to są zagrożenia, które są realne i które już w tej chwili niektóre kraje, nie mówiąc o Stanach Zjednoczonych w ostatnim okresie Ransomware jest niestety standardem, więc musimy się na to przygotować.

prof. dr hab. Julian Auleytner (aut.)

Dziękuję bardzo. Proszę Państwa zanim pan prof. Klich dostanie głos, powiem tylko, jaka jest dalsza kolejność. Otóż teraz będzie czas na zgłoszenia osób, które słuchały naszych prelegentów. Po wypowiedziach, pytaniach i ewentualnie nowych głosach, będę prosił prelegentów w odwrotnej kolejności na ustosunkowanie się do problemów, które w dyskusji zostały zgłoszone. Bardzo proszę, prof. Klich ma głos.

dr hab. Jacek Klich, prof. UEK (aut.)

Dziękuję bardzo panie Profesorze. Po pierwsze chciałbym zadeklarować, że nie zajmę Państwu więcej niż 100 sekund. Chciałbym powiedzieć o trzech rzeczach: klęsce urodzaju, ograniczonych nakładach na zdrowie i krótko skomentować problem profesjonalistów zdrowia publicznego.

Jeśli chodzi o klęskę urodzaju to muszę powiedzieć, że czuję się wysoce niekomfortowo, bo po raz pierwszy uczestniczę w takim forum gdzie miałem możliwość wysłuchania aż pięciu prezentacji. Punkt drugi, ograniczenia w nakładach na zdrowie. Tutaj pani prof. Golinowska podniosła kapitalny problem. Ja rozumiem pani Profesor, że mówiąc o ograniczeniach w nakładach na zdrowie odnosi się pani Profesor do rządowych nakładów na zdrowie. Ja to chciałem uzupełnić o rzecz, która pozwoli mi na skomentowanie również jednego z elementów wypowiedzi pani prof. Nojszewskiej. Mianowicie, chciałbym wprowadzić tutaj do dyskusji kwestie wydatków z kieszeni pacjenta i udziału wydatków z kieszeni pacjenta w całkowitych wydatkach na zdrowie. Troszkę się tym zajmowałem i mogę Państwu powiedzieć bez wchodzenia w szczegóły, że Polska pod względem tego wskaźnika ma większy udział pacjenta, jeśli chodzi o wydatki z kieszeni na zdrowie niż Stany Zjednoczone Ameryki Północnej. To z kolei kieruje mnie do wyrażenia pełnej zgody z panią prof. Nojszewską, która postuluje wprowadzenie możliwości odpisywania nakładów ponoszonych przez pacjenta na zdrowie od podatków. Moja dziurawa pamięć mi podpowiada, że było takie rozwiązanie z drugiej połowy lat 90., ale chyba tylko przez rok, czy przez dwa i zostało wycofane. I wreszcie trzecia sprawa, żeby zmieścić się w limicie 100 sekund to jest kwestia profesjonalistów zdrowia publicznego. Akurat tak się składa, że zarówno pani prof. Golinowska, jak i pan prof. Włodarczyk mogliby nam mnóstwo ciekawych rzeczy opowiedzieć o tym, jaka jest ta systemowa pozycja profesjonalistów zdrowia publicznego. Systemowa, to znaczy ta regulowana przez prawo i ta, która jest wynikiem interakcji z profesjonalistami wąskomedycznymi. Jeszcze króciutko do wystąpienia uwagi pana prof. Auleytnera, tej ostatniej z cyfryzacją i bezpieczeństwem informacji. To jest kapitalny problem. Tutaj panie Profesorze z tego, co się orientuję Blockchain Technology mogłoby nam pomóc, ale nie rozwiązać ten problem. Dziękuję za zwizualizowanie tego problemu i dziękuję za uwagę.

prof. dr hab. Julian Auleytner (aut.)

Dziękuję bardzo Panu. Pan prof. Paweł Lesiak z SGH, bardzo proszę.

prof. dr hab. Paweł Lesiak

Dzień dobry Państwu, dziękuję za zaproszenie i dziękuję za udzielenie głosu. Szanowni Państwo, jeśli chodzi o mój tytuł naukowy jestem dr hab. prof. SGH, pracuję na stanowisku profesora SGH. Chciałbym podkreślić jeden wątek, który w mojej ocenie jest za słabo podkreślany, i który w tej debacie dzisiaj padł, ale trochę na marginesie, np. u prof. Nojszewskiej. By unikać lania wody do sita, tak pani Profesor to określiła. Ja uważam, że kwestia lania wody do sita, czyli tego sita nie jest kwestią marginalną, a być może kwestią pierwszorzędą. O co chodzi proszę Państwa? Chodzi o to, że przy jakiegokolwiek krytyce, a mamy w Polsce dyskusję na temat reform służby zdrowia już od wielu lat niezależnie, kto rządzi. Mamy dyskusje na temat reform wymiaru sprawiedliwości. Zawsze ucina się wszelkie dyskusje twierdząc, że większość środowiska lekarzy, sędziów, prokuratorów, itd. na pewno jest uczciwa. Więc kwestie patologii nie powinny być poruszane w tych środowiskach. Problem jednak polega na tym, że za tymi twierdzeniami gołosłownymi nie idą fakty, nikt tego nie zbadał. Ja nie twierdzę, że większość lekarzy jest nieuczciwa, natomiast trzeba by to zbadać. I tu jest wątek, który też był poruszany przez panią prof. Nojszewską, mianowicie braku dostępu do danych w wielu obszarach służby zdrowia, braków systemowych, długookresowych badań. Uniemożliwia to wykrycie dziur w tym sicie, czy durszlaku. Poddam Państwu najbardziej narzucające się przykłady, chociażby tzw. problem rozliczania fikcyjnych świadczeń zdrowotnych związanych z NFZ-em. Problem nie tylko polega na tym, że te fikcyjne świadczenia są. Natomiast problem polega na tym, że jeśli one są wykryte to te osoby mogą nadal pracować, bo są tzw. lekarze recydywiści. Wystarczy pogrzebać w Internecie. Są wypowiedzi rzeczników NFZ, którzy mówią o recydywistach. Ja chciałem podkreślić, że w niektórych krajach, na które my się patrzymy trochę z zazdrością, padła Szwajcaria, ja podejrzewam, że taki lekarz po jednej próbie oszustwa już straciłby licencję. To jest pierwsza kwestia, kwestia błędów medycznych. Otóż, w polskiej debacie publicznej często podnosi się, że, jak byłem 2-3 lata temu u prof. Nojszewskiej w SGH, pani Profesor zorganizowała wspaniałą konferencję na temat służby zdrowia, tam niektórzy podnosili właśnie problem, że w przypadku chorób onkologicznych to my jesteśmy, jeśli chodzi o przeżywalność 5/10 - letnią pacjentów, na szarym końcu. Nawet tam pojawia się Turcja. Jak już jest gorzej niż w Turcji to jest źle. Proszę Państwa, jakie było antidotum? Antidotum było podawane, że brakuje pieniędzy. Problem polega na tym, że my nie wiemy czy ta przeżywalność niska jest z powodu braku pieniędzy, czy błędów lekarskich. Powiem Państwu, co można by ad hoc zmienić, np. Kodeks etyki lekarskiej. Na pewno Państwo słyszeliście kontrowersje wokół Art. 52 KEL. Ten artykuł był zmieniony bodaj w 2004 roku. Sprawa nawet kiedyś trafiła do Trybunału Konstytucyjnego, natomiast nadal w obecnym brzmieniu KEL przypomina trochę omerte. W

tym sensie, że tam jest zmowa, np. nie stanowi uchybienia wobec etyki lekarskiej, jeśli lekarz poinformuje izbę lekarską, że jego kolega jakiś błąd popełnił. Czyli w domyśle jest napisane, jeśli poinformuje, np. chorego, rodzinę chorego to będzie uchybienie w etyce. Są znane przypadki w Polsce. Była pani doktor, lekarz z Wrocławia, która wykryła jakieś nieprawidłowości kwestii medycznej w leczeniu dzieci, nagłośniła sprawę i trafiła przed oblicze sądu lekarskiego. Niektórzy z Państwa dzielili się tymi uwagami i trafili do kwestii badań służby zdrowia, ja trafiłem poprzez właśnie służbę zdrowia mnie ten temat zainteresował. To nie tylko moje własne przeżycie, ale zacząłem badać, rozmawiać z adwokatami, prokuratorami, ze stowarzyszeniami pacjenckimi i niestety ukrywa się błędy lekarskie. To nie tylko chodzi o ukaranie lekarzy, bo lekarze mogą mieć ubezpieczenie OC od odpowiedzialności cywilnej i tak naprawdę mogą mieć później tylko stawkę podniesioną, nie wiem, jaki wypadek by spowodowali. Ale chodzi o to, że taki lekarz nie uczy się na własnych błędach. Ja pamiętam jak byłem na spotkaniu właśnie u Państwa w PTE 2-3 lata temu. Wtedy akurat obrady prowadziła nasza szefowa PTE i po obradach podszedł do mnie jeden z panów profesorów. Nie będę podawał nazwiska, nie podał mi konkretnych danych, ale powiedział: proszę Pana mam kolegę lekarza w jednym szpitalu i tam u nich się zdarzyła taka rzecz, że jeden lekarz amputował niewłaściwą nogę, bo się pomylił. I on mi powiedział tak: wie Pan co oni wymyślili, żeby napisać, że tę niewłaściwą też kiedyś trzeba byłoby amputować i to nie był jego pierwszy przypadek. Jest z nami przypadek, mówiłem onkologii prof. Andrzej Sz., znana postać. Nie chcę z powodów wiadomych podawać nazwiska, acz teoretycznie chyba mógłbym, który został przyłapany na łapówkarstwie w centrum onkologii. Karę dostał minimalną na to, co popełnił i to nie w jednym przypadku i nadal pracuje. Nie doszukacie się Państwo, jeśli chodzi o informacje na rankingu lekarzy, na znanym lekarzu, itd., możliwości oceny praktycznej lekarzy, dlatego że tutaj jeden z panów prelegentów mówił, że lekarze mają niską znajomość prawa. Otóż nie do końca tak jest. Jeśli chodzi o ich interesy, interesy środowiska lekarskiego, własne interesy bezpieczeństwo prawne mają bardzo dobre. Izby lekarskie na czele z Naczelną Izbą Lekarską specjalnie rozsyłają, udostępniają wzory pism procesowych, jak zastraszać pacjentów, którzy próbują lekarzy o coś oskarżyć. W tym momencie błędy lekarskie w Polsce, trudno jest ich skalę określić. Ja, jeśli mogę coś zaproponować, napisałem po tej konferencji u prof. Nojszewskiej kilka lat temu taki artykuł i nadal te tezy tam podtrzymuję. Przykładowo Austriacy wprowadzili w 2016 roku system Mystery Shopping, czyli tajemniczych pacjentów. Są to przedstawiciele, którzy mają prywatne kasy chorych, umyślnie osoby, które mają wyrobione fikcyjne karty pacjenta. Jeśli docierają do danej kasy chorych informacje, że dany lekarz, oddział szpitalny źle funkcjonuje to taki nieoficjalny kontroler udaje się, żeby to

naocznie stwierdzić, udokumentować. Natomiast, jeśli zobaczycie Państwo Art. 55 KEL, to ta jest napisane, że w miarę możliwości lekarz, który przeprowadza kontrolę działalności służby zdrowia powinien swoich kolegów lekarzy, których ma zamiar kontrolować, uprzedzić. Tak jest napisane proszę Państwa w KEL. Czyli jednym słowem, jeśli my nie ukrócimy patologii to to sito będzie. Nie jest temu winien system, bo to jest kolejny mit, że winien jest jakiś system. System tworzy Sejmowa Komisja Zdrowia, gdzie jest zasadą, że co najmniej 2/3 to są osoby z wykształceniem medycznym. W prezydium Sejmowej Komisji Zdrowia przeważnie są sami lekarze. Ona przygotowuje projekty ustaw. W ministerstwie nawet, jeśli ministrem nie jest jak teraz lekarz, a on się wywodzi jednak z tego środowiska, jest od niego uzależniony, bo pracował, różne funkcje pełnił. Wiceministrowie też pełnili różne funkcje jako, np. dyrektorzy ds. finansowych w różnych placówkach służby zdrowia i jest to środowisko, przepraszam za określenie, które jest hermetyczne. Bez cywilnej kontroli, jaką mamy w wojskowości, cywilnej kontroli tzn. pacjenckiej, bez czynnika pacjenckiego, niezależnego, przy tej nietransparentności, ciągłym zasłanianiu się tajemnicą lekarską, RODO. Przed chwilą tutaj była mowa o tym, że może to być wykorzystywane, wiedza na temat chorób, ale obecnie to wygląda w ten sposób, że RODO i tajemnica lekarska służą ukrywaniu błędów lekarskich. Także ja prosiłbym, jak będą zapisywane jakieś głosy w dyskusji to zapisać to, że niestety część środowiska lekarskiego jest niestety patologiczna. Nawet ostatnio się ukazał na Onecie artykuł apropos covid-u, jak to lekarze skaczą po kolejnych szpitalach dorabiając maksymalnie do 15 tys., bo jest taka regulacja, że w jednej placówce, gdzie są zatrudnieni mogą pobierać do 15 tys. Byli pacjenci według tego, co Onet pisał, którymi się miesięcznie opiekowało 60 osób. W Niemczech jest teraz podobny skandal. Prof. Schrappe bodajże, to jest ekonomista zdrowia, razem z grupą lekarzy około 10 osób podpisał, że szpitale na siłę zawiązały, kierowały pacjentów podejrzanych o covid na intensywną terapię. To się po niemiecku nazywa [...]. Stworzyli raport, gdzie podobnie jak w Polsce wyciągali pieniądze. Są to bolące problemy i uważam, że trzeba to nagłaśniać. Tu może leżeć, jeśli nie klucz, bo to, co Państwo powiedzieliście jest oczywiście słuszne, ale wydaje mi się, że bez uszczelnienia tego sita, o którym prof. Nojszewska powiedziała, bez transparentności, dostępu do danych, bez kontroli, bo chodzi o kontrolę [...] niestety nie będzie. Mówienie, że większość lekarzy jest szczęśliwa to tak jak mówienie, że wszyscy Polacy to są na pewno uczciwi, a niestety są czarne owce. My nie wiemy ile tych czarnych owiec jest nawet, jeśli są zakamuflowane białymi kitlami. Dziękuję serdecznie.

prof. dr hab. Julian Auleytner (aut.)

Dziękuję bardzo. Przypomnę, że nie tylko lekarze, ale również naukowcy mają swoje patologie. Więc nie wytykajmy innym, co u nas też jest charakterystyczne. W kolejności pan mgr Andrzej Madej z Ars Medica prosił o głos.

mgr. Andrzej Madej

Dzień dobry Państwu, ja kieruję od 10 lat placówką medyczną AOS-em, niewielkim. Chciałem odnieść się do wątku kompetencji medycznej, który pan Profesor na samym początku wprowadził, jako jedną z barier. Ale do kompetencji medycznej nieprofesjonalistów nie tej, która się rozwija w związku z komercyjnym rozwojem wiedzy tylko pacjentów. Osób, które też rozwijają swoje kompetencje medyczne w związku z solidarnym rozwojem wiedzy najczęściej. W sytuacji, kiedy przechodzimy do paradygmatu wspólnego podejmowania decyzji medycznych, czyli ta wiedza, przygotowanie pacjenta, zaczyna mieć coraz większe, albo nawet kluczowe znaczenie dla jego dobrostanu, zdrowia. To kwestia tej kompetencji rozwijanej w domu zaczyna być kwestią bardzo ważną. W moim przekonaniu najważniejszym zagadnieniem jest tutaj dobre zintegrowanie tej kompetencji rozwijanej zawodowo i tej rozwijanej na zasadzie solidarnego rozwoju wiedzy. Zintegrowanie poprzez zintegrowaną infrastrukturę profilaktyki chorób. To o czym mówiła pani prof. Kolasa, że fundamentem jest samopomoc zdrowia, troska o zdrowie osobiste. Z tego można wyprowadzić jakość. Więc to uważam wymaga wprowadzenia powiązań pomiędzy medycyną szkolną, pracy, sportową, środowiskową, tych dyscyplin, które w tej chwili każde mają swoje pragmatyki. Tymczasem powinny się oprzeć, raz na okresowych standardach przeglądu zdrowia, standardach okresowych przeglądów zdrowia. My proponujemy, żeby to były cztery momenty: siódmy, czternasty, dwudziesty ósmy i pięćdziesiąty szósty rok. Dwa, żeby też korzystać z takich otwartych laboratoriów zdrowia, do których jest coraz więcej możliwości technologicznych, cyfrowych. Więc moja propozycja skupia się na tych zagadnieniach infrastruktury, rozwoju kompetencji medycznej profilaktyki chorób mając w perspektywie zarówno tą akademicko rozwijaną wiedzę lekarską jak i wiedzę do samopomocy zdrowia. Dziękuję.

prof. dr hab. Julian Auleytner (aut.)

Dziękuję Panu bardzo. W międzyczasie witamy panią prof. Mączyńską, która jak zauważyłem dołączyła do naszego seminarium. Czy pani prof. Mączyńska chciałaby powiedzieć coś?

prof. dr hab. Elżbieta Mączyńska

Dzień dobry Państwu, ja nie będę się włączać, bo dopiero skończyło się uroczyste powiedzenie senatu w SGH, gdzie musiałam być obecna. Chciałam przeprosić, ale chciałam przynajmniej końcówkę dyskusji posłuchać. Nie czuję się wobec tego upoważniona do zabrania głosu. Dziękuję Państwu, że Państwo przybyli.

prof. dr hab. Julian Auleytner (aut.)

Dziękuję bardzo pani Profesor. Chciałem zapytać, czy jeszcze ktoś chce zabrać głos? Pan prof. Tadeusz Baczek, bardzo proszę.

prof. dr hab. Tadeusz Baczek (aut.)

Chciałbym pogratulować podjęcia tematu i wielu wartościowych wystąpień. Zamierzam zwrócić uwagę na kilka spraw, które jeszcze w dyskusji nie były poruszone. Wspomniana była kwestia edukacji kadr, ale doświadczenie z okresu pandemii pokazuje, że potrzebne są nowe specjalności. Niektóre łańcuchy powiązań są poprzerywane i to jest bardzo duże wyzwanie do pokonania. Druga sprawa to poruszone przez prof. Golinowską kwestie społeczne. Należy zwrócić uwagę na znaczenie aktywizacji społeczności lokalnych dla rozwoju procesów edukacyjnych i systemu ochrony zdrowia. Chciałbym także zwrócić uwagę na badania dotyczące możliwości wykorzystania technologii medycznych w systemie zdrowotnym w ramach projektu typu foresight, w którym m.in. uczestniczyła pani prof. Mączyńska. Warto przypomnieć o innych badaniach typu foresight, gdzie kwestia perspektyw rozwojowych systemu zdrowia była obecna. Akurat tak się złożyło, że horyzont badań projektu krajowego sięgał roku 2020, czyli początku pandemii Covid -19. Projekty te pokazały, jak można wiązać ze sobą różne środowiska i jakie znaczenie dla ochrony zdrowia ma tworzenie struktur wiedzy. Trzy kwestie jeszcze poruszę, które wynikały z tych badań i które faktycznie nie straciły na znaczeniu. Cały czas pojawia się kwestia finansowania systemu zdrowotnego. Badania pokazywały, że jednym z pomijanych źródeł pozyskiwania finansów dla systemu ochrony zdrowotnej jest szersze rozumienie sektora zdrowia. Istnieją liczne obszary związane z przemysłem oraz usługami, które czekają na różnego typu zamówienia, ale nie są traktowane, jako element systemu zdrowia. Teraz w warunkach pandemii te kwestie powiązań okazały się jeszcze bardziej istotne. Drugie zagadnienie, które jest bardzo ważne to zwrócenie uwagi, że w dramatycznych warunkach pandemii, pojawiło się szereg różnego rodzaju osiągnięć innowacyjnych. Nawet ostatnio w ramach uroczystej gali wręczano nagrody dla zespołów tworzących innowacyjne produkty związane między innymi z poprawą ochrony zdrowia. Tu znowu potwierdza się to, że istnieje wiele potencjałów innowacyjnych w sferze ochrony

zdrowia, które nie są wykorzystywane. Jest spore prawdopodobieństwo, że część z nich zostanie zmarnowanych. Ostatni wątek na który chciałbym zwrócić uwagę i który przebiegał się między słowami w dyskusji, to konieczność zmiany podejścia. Mówienie dzisiaj o krajowych systemach ochrony zdrowia jest troszeczkę passe. Trzeba coraz więcej wkładać wysiłku w sferze edukacyjnej oraz informacji publicznej, w rozwiązania i wyzwania związane z rozwojem Global Health System.

prof. dr hab. Julian Auleytner (aut.)

Dziękuję bardzo Panu. Mamy różnego rodzaju reakcje na czacie, proszę sobie to w międzyczasie czytać. W tej chwili nie ma nowych zgłoszeń, więc przed dopuszczeniem do podsumowania naszych dzisiejszych prelegentów w odwrotnej kolejności zabrania głosu pozwolę sobie jeszcze na dwie uwagi. Po pierwsze technologie. Mianowicie mój kolega ze szkoły maturalnej, prof. Maruszyński zakładał Wojskowy Instytut Medyczny na Szaserów. On opowiadał, że co roku jeździł na szkolenia do Stanów Zjednoczonych i stamtąd przywoził różnego rodzaju nowe rozwiązania, które pozwalały przedłużyć życie pacjentom w jego szpitalu, m.in. mojemu stryjowi, fizykowi, któremu powiedział pierwszy lekarz na Szaserów, że: o panie, pan ma 80 lat to pana już nie będziemy tutaj leczyć. Na to prof. Maruszyński z opóźnieniem zareagował: owszem będziemy. Dokonano takiej operacji trzustki, która po transparentnej rozmowie z moim stryjem, powiedzieli mu, że będzie miał pan z tego tytułu jeszcze 12 miesięcy przedłużonego życia. Rzeczywiście była to prawda, mój stryj po 13 miesiącach zmarł, na 12 miesięcy miał gwarancję. Nowa technologia, która polegała również na tym, że w Stanach Zjednoczonych zaczęto wprowadzać nowe komputery i urządzenia do przeprowadzenia operacji bez ręki chirurga. Ten komputer i urządzenie do tych operacji nazywa się Robot da Vinci. Polska zakupiła kilka lat temu jedno urządzenie do Wrocławia. Nie wiem ile dzisiaj takich urządzeń jest w Polsce. W Stanach Zjednoczonych w tej chwili dochodzą do tysiąca takich urządzeń, które dokonują operacji programowanych wcześniej. To są nowe tendencje, które będą wchodziły do medycyny. W związku z tym lekarz chirurg, a prof. Maruszyński był lekarzem chirurgiem, mówił, że odchodzi do historii. Już ten lekarz chirurg, który tylko obcinał, albo wcinał się w ciało człowieka, albo wcinał poszczególne członki. Druga uwaga jest taka, na bazie tego, co powiedzieli nasi prelegenci i dyskutanci, jak również tego, co będzie podsumowaniem. Mnie się wydaje, że potrzebna jest w Polsce strategia dla zdrowia, która będzie ponad partyjna. Zdrowie jest czymś, co jest w ogóle ponadpartyjne. W związku z tym, jeżeli na bazie tego seminarium i faktu, że PTE jest pewnego rodzaju siłą społeczną, ekonomiczną, można byłoby zaproponować taką bezpartyjną strategię dla zdrowia na

najbliższe lata, która mogłaby w jakimś sensie jednoczyć ludzi wokół reformy służby zdrowia. Byłoby to na pewno bardzo dobrą konkluzją naszej dyskusji. Proszę Państwa proponuję teraz ażeby nasi prelegenci w odwrotnej kolejności zabierania głosu skomentowali dyskusję i wypowiedzi, zarówno dyskutantów jak i prelegentów. Uprzejmie proszę panią prof. Więckowską, jako pierwszą o komentarz.

prof. dr hab. Barbara Więckowska

Dziękuję bardzo. Generalnie, jeżeli mówimy o danych, tutaj chciałbym do tego hakera się odnieść. Nam hakerów nie trzeba, my się często sami dzielimy tymi danymi w sposób zupełnie bez wyobraźni. Więc rzeczywiście to bezpieczeństwo powinno być zagwarantowane. Dane służą technologii, będziemy się z tym na pewno w jakiś sposób mierzyć. Jak należy to bezpieczeństwo zagwarantować i jak edukować pacjentów w zakresie wykorzystywania własnych danych. Bo bardzo łatwo jest powiedzieć, analizujemy działania lekarzy, szpitali, pokazujemy te dane i podejmujemy decyzje. Proszę Państwa, takim przykładem może być rejestr KROK, Krajowy Rejestr Operacji Kardiochirurgicznych. Gdzie są bardzo dokładne informacje na temat przeżywalności każdego pacjenta, jakiemu wykonano zabieg. Od charakterystyki lekarza poprzez charakterystykę tego pacjenta. Tylko, jeśli będziemy prezentować dane związane, np. z umieralnością pacjentów w szpitalach, dojdziemy do tego, że będziemy brać tylko i wyłącznie pacjentów łatwych. Przygotowanie takich zestawów, które byłyby porównywalne jest naprawdę trudne. Próbowaliśmy to robić w onkologii, żeby pokazać, dlaczego trzeba centralizować leczenie, żeby była na bicie ręki i korelacja między przeżywalnością pacjenta, a liczbą wykonanych zabiegów przez lekarzy. Pierwszym odgłosem, naprawdę, było to: ja jeżdżę pomiędzy poszczególnymi ośrodkami, ja mam to doświadczenie, wykonuję zabieg. Dopiero wtedy, kiedy pokazaliśmy, że zespół to jest ten czynnik różnicujący szanse na przeżycie pacjenta. Nie tylko samo nabicie ręki lekarza, całe doświadczenie zespołu szpitalnego, ale dane były standaryzowane wiekiem, płcią, chorobami współistniejącymi i stadium zaawansowania nowotworu. Takie informacje są potrzebne, aby móc porównywać efekty szpitali. Bardzo łatwo oceniać lekarzy, bo rzeczywiście są patologie. Ja może powiem tak, w odpowiedzi na komentarz prof. Lesiaka. To nie jest tak, że nam nie wiadomo o tych patologiach. Pamiętajmy, że medycyna to jest ten zawód zaufania publicznego i szereg rzeczy rozwiązuje się wewnątrz systemu. Ja naprawdę pracując z Ministrem Rokowiczem, później ministrem Zembalą, Ministrem Radziwiłłem, analizowałam te dane od podszewki. Naprawdę często jest rzeczywiście problem finansowy typu próby wyłudzenia od kogoś środków za świadczenia, które są nierealizowane. Właśnie napromieniowanie pacjentów onkologicznych

trzy razy w roku, co jest zaskakujące i dzięki Bogu to był problem związany z finansowaniem. Także ustawianie w kolejki i wypisywanie swoich pacjentów. To wszystko stara się system załatwić wewnątrz, zanim opinia pozna to wszystko. Po prostu pamiętajmy, że możemy więcej złego często zrobić niż dobrego. Ja uważam, że powinniśmy stymulować system w sposób, pozwalać na dobre rzeczy, analizować nieprawidłowości, pozwalać na dobre praktyki i starać się centralizować pacjentów tam, gdzie jakość świadczeń jest najlepsza. Nawet przysłowiowo ta przeżywalność pacjentów onkologicznych. Proszę Państwa liczyliśmy, rejestr KRN nie obejmuje wszystkich pacjentów onkologicznych, mimo tego, że jest obowiązek sprawozdawania do tego rejestru. Polska wcale tak źle nie wygląda na tle innych krajów. Co więcej zwiększyliśmy możliwości jeśli chodzi o diagnostykę, bo ona musi być realizowana w ciągu 27 dni, w momencie kiedy wystawiamy kartę DiLO. Pacjent musi być przyjęty w ciągu 14 dni, jest konsylium, itd. Niestety problem polega na tym, że każdy projekt, który wdrażamy powinien być monitorowany, nadzorowany i poprawiany, to jest normalna ekonomia. Na każdą akcję jest reakcja i powinniśmy o to dbać. Problem z dostępnością do pacjentów onkologicznych, do leków i leczenia, szczególnie w czasie pandemii naprawdę odbija się mocno nam czkawką. To jest duży problem i błąd zaniechania, jeżeli chodzi o system. Natomiast w przypadku edukacji jeszcze to bym chciał powiedzieć, że to nie jest tylko kwestia połączenia medycyny szkolnej i pracy. W przypadku medycyny pracy był pomysł na świetny program połączenia tego z prywatnymi ubezpieczeniami zdrowotnymi. Bo moim zdaniem to jest pole, gdzie mamy dużo środków finansowych źle wykorzystanych. Moglibyśmy to bardzo ładnie przesunąć na rehabilitację, ale powinniśmy zacząć od szkoły, edukacji dzieci. Dzieci mają olbrzymi wpływ na rodziców. Gdybyśmy bardzo mocno ten komponent ochrony zdrowia, za samo dbanie o własne zdrowie, wrzucili do szkół podstawowej i bardzo na to silny nacisk kładli. Nie tylko zabranie, że tak powiem, słodyczy w sklepikach szkolnych i przemykanie to, co widziałam, pizzy przez rodziców na dyskoteki tyłem, oknem. To trzeba umieć edukować, dlaczego to wybieramy, a nie, że łamiemy ich przepisy. I to jest istotnie ważne. Ostatnia rzecz, jeżeli chodzi o badania diagnostyczne. Rzeczywiście teraz jest ciekawy pomysł tych badań diagnostycznych dla populacji 40+, gdzie będziemy mogli zrealizować je pomiędzy różnymi placówkami POZ. Bo to jest dedykowane dla POZ-u. Może to spowodować większą konkurencję między poziomem POZ-u. Biorąc pod uwagę moje doświadczenie jeśli chodzi o strajk lekarzy POZ i negocjacje z nimi to jest naprawdę bardzo silne biznesowe środowisko. Naprawdę tam trzeba umieć z nimi działać. Niestety, jeśli mamy lekarza i medyka negocjującego finanse to może się to różnie skończyć. Ja pod tym względem bardzo silny nacisk bym dała na to, żebyśmy przeorganizowali lekarzy POZ, spróbowali przeorganizować

konkurencyjność m.in. i ten ciężar opieki profilaktycznej także na nich przełożyć. To wszystko, co miałam w notatkach. Dziękuję bardzo za możliwość zabrania głosu.

prof. dr hab. Julian Auleytner (aut.)

Dziękuję bardzo Pani Profesor. Pani prof. Kolasa. Proszę o komentarz.

prof. dr hab. Katarzyna Kolasa (aut.)

Jeszcze raz chciałam wszystkim bardzo podziękować za zaproszenie, miło mi się w tak licznym gronie wybitnych naukowców i ekspertów. Mam, nie ukrywam, refleksję, ponieważ dzisiaj już o 7 rano miałam pierwsze wystąpienie na konferencji [...], gdzie z Ministerstwem Zdrowia Rosji i Turcji dyskutowaliśmy o przyszłości finansowania wyrobów medycznych. Tam rzeczywiście te dyskusje poszły troszeczkę dalej. Mam nadzieję, że my też tą drogą podążymy. Będę tutaj monotonna mówiąc o cyfryzacji, ale również o poszukiwaniu to, co zabrakło nam troszeczkę w dyskusji. Chciałabym posłużyć się, to zainicjowanie kolejnych ewentualnych spotkań, poszukiwaniem wartości do danych w systemie. To, co mówiłam wcześniej o tym co mówimy do tej pory powinno być rozpatrywane w kontekście inkrementalnym. Ja myślę, że zapominamy wiele razy o tym, że każda akcja ma, my ekonomiści mówimy o *opportunity cost*, czyli koszcie alternatywnym. Warto żebyśmy rozpatrywali każde rozwiązanie w kontekście takiego alternatywnego podejścia. Tylko wówczas będziemy w stanie zdefiniować czy ono ma sens, czy nie. Drugą rzecz, którą bym chciałam pomyśleć, to co pozwoliłam sobie wskoczyć w słowo panu Profesorowi. Cyfryzacja w ochronie zdrowia przynosi ogromne wyzwania po stronie bezpieczeństwa. Tu nie ma na to złotych środków. Natomiast dla mnie to jest główna rola Ministerstwa Zdrowia, która powinna mieć miano ochrony danych osobowych. To musi nam zapewnić takie bezpieczeństwo, że będziemy mogli korzystać w poczuciu ochrony naszych danych osobowych z tego dobrodziejstwa czwartej rewolucji cyfrowej. Nie ma na to innej rady, to jest tylko i wyłącznie obowiązek państwa. Za to płacimy podatki, aby państwo nam zapewniło bezpieczeństwo. Tu przykład Irlandii z ostatnich dwóch tygodni pokazuje, że taki atak cyfryzacji, okup 20 mln dolarów to są rzeczy, które się dzieją. Prędzej czy później również będziemy mieli problem z takimi wyzwaniami. Biden na ten temat rozmawiał z Putinem, ponieważ Rosjanie byli w stanie spenetrować system cyfryzacji przez wiele lat w Stanach Zjednoczonych. Więc tu musimy być na takie rozwiązania przygotowani. Myślę, że to jest bardzo ważny element w całej układance. Natomiast bez cyfryzacji w ochronie zdrowia nie pójdziemy o krok do przodu. Jedną rzeczą, którą chciałam tylko powiedzieć jest to, że w FDI, czyli Amerykańska Agencja Regulacji w ochronie zdrowia już dopuściła 200 algorytmów

decyzyjnych, które zstępują lekarzy. Więc nie mówmy lekarze, tylko o algorytmach, które nam zapewnią lepszy dostęp do świadczeń zdrowotnych. Nasi niemieccy sąsiedzi wprowadzili już finansowanie i refundację aplikacji na telefon. [...] ma biblioteczkę dla pacjentów z 60 aplikacjami, z których namawia lekarzy do korzystania. [...] już nie ma lekarzy rodzinnych w mieście Londyn tylko są algorytmy oparte o sztuczną inteligencję, patrz firma Babylon, która te rozwiązania wprowadziła w ramach publicznego systemu ochrony zdrowia. Nie mamy wyjścia, musimy korzystać z tych wzorców. Nie wspomnę już o Estonii, która wielokrotnie nas wyprzedziła w tym względzie, i szukać dobrodziejstwa z tego wraz z poczuciem bezpieczeństwa, za które tylko i wyłącznie musi być odpowiedzialne państwo, patrz Ministerstwo Zdrowia. Dziękuję bardzo za uwagę.

prof. dr hab. Julian Auleytner (aut.)

Dziękuję Pani bardzo. Pani prof. Nojszewska.

prof. dr hab. Ewelina Nojszewska (aut.)

Dziękuję bardzo. Chciałabym odwołać się do głosu w dyskusji. Pan prof. Klich odwołał się do wydatków prywatnych i to w Polsce jest problemem. Mniej więcej jedna trzecia to są wydatki *out of pocket*. To można sprawdzić w tym Health at a Glance i to jest na pewno problem. Jeżeli byłyby prywatne ubezpieczenia, współpłacenie to te wydatki *out of pocket* byłyby uporządkowane. A tak to się trochę odbywa metodą czarno-rynkową i to na pewno nie jest dobrze. Mamy chyba najwięcej, z danych wynika, tego typu wydatków. To pokazuje, że coś jest nie tak w organizacji systemu zdrowia. Także te prywatne ubezpieczenia, współfinansowanie, ogarnięcie, dobra organizacja i zarządzanie by pomogło. Pan prof. Lesiak powiedział o tym laniu wody na sito. Mi chodziło, że oczywiście o efektywne wydatkowanie pieniędzy, nie odwołuję się do nieuczciwości, bo cechy w bardzo dużych grupach mają rozkład normalny i uczciwi są tak samo jak nieuczciwi w środowisku lekarskim, ekonomistów i w każdym innym. To mnie, jako ekonomisty nie do końca interesuje. Chociaż oczywiście jestem za etyką, transparentnością i właściwym postępowaniem. Nie mniej jednak można z ta efektywnością wydatkowania pieniędzy powiązać pewnego rodzaju badania, do których regularnie nawołuję. Ponad rok temu z koleżanką z katedry zrobiliśmy statystyczną analizę sytuacji finansowej szpitali powiatowych. Wbrew wcześniejszym opiniom dostałyśmy dane z księgowości tych szpitali. Proszę Państwa, jeżeli wychodzi, że dobrze ponad 90% tych szpitali

ma stratę, to nie dlatego, że dyrektorami, menadżerami są ludzie, przepraszam głupi. Tylko dlatego, że ta zmiana przede wszystkim przepisów i złe przepisy spychają szpitale do takiej pozycji. Innym przykładem może być po stronie nauk medycznych stosowanie naszych narzędzi ilościowych jak PSM-u do badania skuteczności leczenia. Też z tą samą koleżanką dr Agatą Sielską liczyłyśmy na podstawie bazy prof. Orłowskiego zajmującego się chirurgią płuca, przede wszystkim raka płuca. Porównywałyśmy skuteczność mierzoną liczbą dni przeżytych dla klasycznej operacji torakotomii laparoskopowej, ona się VAC nazywa. Można i od strony medycznej patrzeć na skuteczność, efektywność i od strony organizacji zarządzania i finansowania świadczeń od dawców. Mogę jeszcze dodać, że u nas jest bardzo szkodliwa tendencja do centralizacji, nie tylko w ochronie zdrowia. Jak wynika z doświadczeń tych krajów bardziej rozwiniętych i co propaguje pan prof. Blikle, powinniśmy iść w kierunku zarządzania turkusowego, żeby ta odpowiedzialność schodziła jak najniżej. Wtedy byłoby mniej skłonności do partykularyzmu, a więcej tego poczucia satysfakcji i spełnienia w wykonywanym zawodzie. Tutaj ta przestrzeń jest przeogromna, ale w tej chwili to wszystko, Dziękuję bardzo.

prof. dr hab. Julian Auleytner (aut.)

Bardzo pani Profesor dziękuję. Chciałbym wywołać pana prof. Włodarczyka. Czy można?

prof. dr hab. Włodzimierz Włodarczyk (aut.)

Bardzo dziękuję. Podziękowania kieruję do wszystkich uczestników dyskusji, ale także do pana Profesora prowadzącego, który wprowadził wiele interesujących wątków, które my w prezentacjach pomijałyśmy. Bardzo mi się podobała deklaracja pani prof. Więckowskiej, żeby wyciągać z pandemii, jej przebiegu wnioski pozytywne. Rzeczywiście pandemia dostarczyła nam coś, co już pewnie na zawsze zostanie w systemie. To jest e-recepta. Bez względu na każdy z nas uczestników tutaj już pieniądze z tego korzystał i wie, że to jest bardzo wygodne. Zgadzam się, że nie wie, dlaczego z teleporady mielibyśmy się wycofywać. To też sensownie stosowane ma bardzo poważne zastosowanie. Natomiast wśród tych pozytywnych rzeczy, które się zdarzyły pani Profesor wpisała coś takiego: zrozumienie wagi sektora zdrowotnego. Otóż dociekliwie bym młodą koleżankę zapytał, kto jest właścicielem tego zrozumienia? Kto właściwie zrozumiał, że system zdrowotny jest taki ważny? Czy system o sobie tak pomyślał, że jest ważny? Ale sądząc z tego jak jest traktowany, jeden z przykładów traktowania systemu zdrowotnego jak przytoczyłem mówiąc o tej zmianie przepisów, które wciąż są kary dla lekarzy. To nie wydaje mi się, by system o sobie miał podstawy, żeby tak myśleć. Czy władza

zaczęła doceniać system? Wydaje mi się, że wiele krytycznych uwag pod adresem, np. prywatnej służby zdrowia, która nie dostatecznie miała uczestniczyć w zwalczaniu skutków epidemii. To nie jest deklaracja nadmiernej sympatii. Może my badacze doszliśmy do wniosku, że to jest jakoś istotne. Obawia się i zmartwię Państwa. Nasza opinia na temat tego, że system jest ważny na nikim nie robi specjalnego wrażenia. W związku z tym traktowałbym tego typu diagnozę z pewną ostrożnością. Oczywiście my szukając problemów, które są ważne powinniśmy wybierać to, co w danej chwili ma największy wpływ na sytuację i co do tego nie mam wątpliwości. Tutaj odpowiedzi mogą być bardzo różne. Pan prof. Lesiak zaproponował, żeby koncentrować się na nieuczciwości lekarzy. Obawiam się, że to jest bardzo niebezpieczna ścieżka. Przyznam się, że przez chwilę miałem takie wrażenie, że jestem na nardzie aktywów w Ministerstwie Sprawiedliwości i szukamy skutecznych sposobów poprawienia sytuacji. Nie idźcie tą drogą, jak powiedział inny klasyk. Zgadzam się z opinią pani Profesor, że w każdym środowisku rozkład porządnym i mniej porządnym jest mniej więcej taki sam. To, co zależy od systemu i decydentów to sposób skonstruowania bodźców, które albo zachęcają do tych lepszych zachowań, albo pozwalają na ujawnianie się tych zachowań gorszych. Gdybym ja miał postawić taką ogólną diagnozę, co traktuję, jako bardzo niebezpieczne. To ja upatrywałbym to w nieoczekiwanym dla mnie postępie, rozprzestrzenianiu się politycznych poglądów populistycznych i związaną z tym wiarą w fake newsy i teorie spiskowe. Otóż, co to jest teoria spiskowa. To pogląd, że cała ta pandemia została w istocie spowodowana przez dwóch facetów. Pierwszy to Bill Gates. Znany teraz, jeszcze podpadł zacnym ludziom, bo się rozwodzi na stare lata. Drugim, który do tego doprowadził jest słynny dr Anthony Fauci, który pokazywał się razem z prezydentem Trumpem w tych „briefingach” na temat covidu, ale którego nowy prezydent zachował na tym stanowisku. To jest ciekawostka, może dla nas nauka, dla wszystkich zwolenników ponadpartyjnego porozumienia. Był taki u tych paskudnych republikanów, ale my demokraci go jednak zostawimy, bo jest fachowcem. To jest podejrzewam całkiem niewyobrażalne by twierdzić poważnie, że w szczepionkach są celowo tam umieszczone microchipy. Każdy microchip będzie nas informować o wszystkim, co robi, gdzie idzie, może nawet, co myśli ten zaszczepiony pacjent. Proszę Państwa te koncepcje wierzą miliony ludzi. Nie chcę powiedzieć miliardy, bo nie mam takich danych, ale to dla nas jest śmiertelne niebezpieczeństwo. Mogę Państwu powiedzieć, bo to nie jest w tej chwili żadna tajemnica, że Komitet Zdrowia Publicznego PANU wystosował taki apel, podkreślam do władz Rzeczypospolitej, żeby wprowadzić obowiązek szczepienia dla pracowników sektora medycznego, opiekuńczego i edukacyjnego. Tam są rozsądni chorób. To wcale nie spotkało się w powszechnym poparciu. Może Państwo sami zauważyli, może nie. Jest taki portal Ordo

Medicus, który otwarcie występuje przeciw szczepieniom. Tam publikuje się teksty podpisywane - podkreślam - przez profesorów medycyny, np. Uniwersytet Medyczny w Białymstoku jest tam reprezentowany, gdzie krytykują władzę za akcję szczepień i twierdzi wprost, że to jest szkodliwe dla zdrowia. Rozumiem, że u podstaw takich poglądów są te teorie spiskowe, o których była mowa. No więc jakaś edukacja powszechna, zdrowotna jest koniecznie potrzebna i to jest ta droga, którą warto zalecać. Mówimy tutaj o strategii – edukacja to też strategiczny kierunek działań, który powinniśmy poważnie rozważyć. To, co powiedziała pani prof. Kolasa o pacjencie onkologicznym, który wolał życie krótkie w komforcie niż wydłużone w dramatycznym dyskomforcie, to jest nasz partner do upodmiotowienia pacjentów. Ilu mamy takich pacjentów? To jest argument, który już kiedyś podnosiłem. Więc to nic nowego. Wychowujmy też tych, którzy będą partnerami racjonalnie uzasadnionych decyzji. Dziękuję bardzo.

prof. dr hab. Julian Auleytner (aut.)

Dziękuję bardzo. Pani prof. Więckowska ad vocem bardzo krótko, proszę.

prof. dr hab. Barbara Więckowska

Ja ad vocem dziękuję za życzliwość pana Profesora. Chciałabym zwrócić uwagę na to docenienie. Bardziej mi chodziło o to, że pandemia dotknęła nas wszystkich, którzy korzystali wcześniej z systemu ochrony zdrowia ci, którzy nie korzystali, zobaczyli jak ważne jest to, żeby to wszystko zostało dobrze zorganizowane, czyli *lockdown*. Żebyśmy mogli normalnie żyć, pracować, funkcjonować i zdrowie bardzo silnie pojawiło się w agendzie politycznej. Uważam to pokazanie, że chcemy finansować, reorganizować oczywiście narzędzia. Możemy dyskutować jeśli chodzi o szczegóły. Też się nie zgadzam z wieloma punktami. Lepiej jest mieć to na agendzie i o tym dyskutować niż to zdrowie gdzieś tam zamieść. Podobnie powinniśmy zacząć mówić o edukacji. Dziękuję bardzo.

prof. dr hab. Julian Auleytner (aut.)

Dziękuję bardzo. Pan Paweł Lesiak ad vocem, krótko bardzo proszę.

prof. dr hab. Paweł Lesiak

Szanowni Państwo to porównanie do narady w aktywie Ministerstwie Ministra Ziobry bardzo by mi się spodobało, gdyby Minister Ziobro na tym polu był bardziej skuteczny. Natomiast

przyjmuję na klatę te złościwość prof. Włodarczyka, ale powiem kończąc krótko, na czym polega problem. Proszę Państwa ja nie wiem ile jest nieuczciwych, czy tam się zgadza czy nie, to co prof. Nojszewska mówiła. Problem polega na tym, że nawet, jeśli jest jedna czarna owca i to wyjdzie na jaw, to tej czarnej owcy w praktyce nic się nie dzieje. Kończąc przypomnę przykład łowców skór z pogotowia. Stara sprawa, ale bardzo znana z Łodzi. Załatwianie we własnym gronie. Otóż tam pracownik, jeśli dobrze pamiętam, pogotowia łódzkiego, który dostrzegł nadużywanie [...] na początku był zastraszony. Dopiero jak ta sprawa została upubliczniona to coś się z tym zadziało. Jeśli chodzi pani prof. Ewelinie drogiej, bo my się znamy jesteśmy na „T”, lekarzy, ja to na cacie napisałem, nie ponoszą w praktyce żadnej odpowiedzialności. Tutaj wcześniej jeden z panów Profesorów mówił o tej odpowiedzialności karnej w ruchu drogowym, w wielu różnych sytuacjach ludzie ponoszą za nieumyślny błąd. Lekarze nie ponoszą i to demoralizuje. Ponieważ lekarze korzystają z ogromnego przywileju. Tak samo to dotyczy księży i pedofilii proszę Państwa. Wiemy jak się skończyło wyjaśnianie pedofilii we własnym gronie. Dziękuję.

prof. dr hab. Julian Auleytner (aut.)

Bardzo serdecznie dziękuję prelegentom za czas i przygotowanie do dzisiejszego seminarium.