



W jakim stopniu COVID-19 zmienił przyczyny umieralności Polaków? Jak będzie wyglądała opieka medyczna w najbliższych miesiącach, a może nawet latach z epidemią w tle? Czy odpowiedzią na problemy ochrony zdrowia jest „Zdrowie publiczne 3.0”? Odpowiedzi na te pytania szukali uczestnicy XIII Konferencji Naukowej Sekcji Prewencji i Epidemiologii Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego *Kardiologia Prewencyjna – Wytyczne, Wątpliwości, Gorące Tematy*. Jej najważniejszej sesji zatytułowanej *Profilaktyka chorób niezakaźnych w dobie COVID-19* przewodniczyli prof. dr hab. n. med. Piotr Jankowski, prof. dr hab. n. med. Andrzej Pająk oraz prof. dr hab. n. med. Tomasz Zdrojewski.

Spotkanie objęło dwa wykłady – prof. dr. hab. n. med. Bogdana Wojtyniaka i prof. dr. hab. n. med. Tomasza Zdrojewskiego, a także panel dyskusyjny z udziałem dr Małgorzaty Gałązki-Sobotki, dyrektor Instytutu Zarządzania w Ochronie Zdrowia, wiceprzewodniczącej Rady Narodowego Funduszu Zdrowia, prof. dr. hab. n. med. Tomasza Grodzickiego, prorektora Uniwersytetu Jagiellońskiego ds. *Collegium Medicum*, Tomasza Latosa, przewodniczącego Komisji Zdrowia Sejmu RP, dr Beaty Małeckiej-Libery, przewodniczącej Komisji Zdrowia Senatu RP, oraz prof. dr. hab. n. med. Adama Witkowskiego, prezesa Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego.

W pierwszym wykładzie, zatytułowanym „Przyczyny zgonów Polaków w 2020 r. Dlaczego możemy oczekiwać zmian?”, prof. Wojtyniak przedstawił możliwe zmiany w umieralności Polaków w związku z pandemią. Zaznaczył, że powyżej 30 proc. nadwyżki zgonów w 2020 r. możemy przypisać bezpośrednio chorobie COVID-19, jednak rzeczywistą liczbę poznamy po zakodowaniu przez lekarzy koderów wszystkich zgonów z 2020 r. i opublikowaniu tych danych przez

GUS. Jest prawdopodobne, że liczba zgonów z powodu COVID-19 będzie większa, niż wynika to z dotychczas publikowanych raportów. Pozostałe przyrosty to zgoni spowodowane pośrednio przez COVID-19 – zgoni z innych przyczyn w wyniku powikłań COVID-19, zgoni z powodu utrudnień w dostępie do systemu ochrony zdrowia, zgoni spowodowane ograniczeniami w życiu społecznym i negatywnymi zmianami zachowań. Paradoksalnie ograniczenia związane z pandemią wpłynęły także pozytywnie na statystykę, czego przykładem jest zmniejszenie liczby zgonów z powodu innych chorób zakaźnych. Profesor Wojtyniak podkreślił, że pandemia brutalnie obnażyła słabości systemu informacji o przyczynach zgonów, który jest jednym z najważniejszych systemów informacji o zdrowiu społeczeństwa, niezbędnym do prowadzenia trafnej polityki zdrowotnej.

Podczas drugiego wykładu prof. Zdrojewski podjął temat zdrowia publicznego w czasie i po pandemii, tytułując swoje wystąpienie „Pandemia COVID-19 a prewencja NCD – Zdrowie Publiczne 3.0?”. Na wstępie podkreślił, że zdrowie publiczne jest jednym z większych osiągnięć rozwoju społecznego ostatnich 100 lat.

Zaznaczył jednak, że pandemia COVID-19 obnażyła słabe strony dotychczasowych rozwiązań wdrażanej od kilku lat strategii „Zdrowie publiczne 2.0”. Coraz mniejsze nakłady na zdrowie publiczne po 2008 r. przełożyły się na brak bezpieczeństwa zdrowotnego społeczeństwa, czego konsekwencją jest doraźny system działań operacyjnych i nadzoru wynikający z nieadekwatnego finansowania, brak personelu, niska wydajność laboratoriów oraz brak nowoczesnych technologii informatycznych i *tracking system*. Decyzje i legislacja często nie są oparte na dowodach naukowych, brakuje integracji i skutecznej współpracy pomiędzy instytucjami zajmującymi się działaniami w obszarze pandemii. Przyglądając się wpływowi koronawirusa na zdrowie Polaków, zaproponował główne etapy renowacji systemu zdrowia publicznego, którą należałoby jak najszybciej przeprowadzić. Profesor Zdrojewski stwierdził konieczność wprowadzenia nowej strategii: „Zdrowia publicznego 3.0”, uwzględniającej doświadczenia związane z pandemią COVID-19.

Biorąc za punkt wyjścia zagadnienia i problemy poruszone na wstępie sesji oraz podczas obu wykładów, uczestnicy debaty kolejno odnieśli się do nich z perspektywy swoich działań i instytucji, które reprezentują.

### Szantaż

Pierwszy głos zabrał prof. Tomasz Grodzicki, który stwierdził na wstępie, że jedyną drogą do poprawy sytuacji jest opracowanie solidnej strategii. Nie zaprzeczał pewnym jednostkowym sukcesom ochrony zdrowia w ostatnich latach, ale też wyraźnie napiętnował liczne porażki, doszukując się ich przyczyn w słabej komunikacji między środowiskiem lekarskim a rządzącymi. Z goryczą stwierdził, że lekarze musieli uciekać się do szantażu, by wymusić podjęcie właściwych decyzji dotyczących walki z pandemią.

Wyraził obawę, że średnia długość życia znacznie w Polsce spadać, tak jak dzieje się w Stanach Zjednoczonych. Kraj ten cierpi na „rozdwojenie systemu” – stwarza świetne warunki ochrony zdrowia bogatym obywatelom, ale biednym dramatyczne.

Wracając na polski grunt, prof. Grodzicki skierował uwagę na złą sytuację szpitali powiatowych, w których brakuje personelu, sprzętu medycznego i wsparcia, mimo konieczności leczenia pacjentów z COVID-19.

W podsumowaniu prof. Grodzicki podkreślił konieczność jak najszybszego osiągnięcia kompromisu w celu zbudowania strategii działania w całym kraju. Jako pozytywny przykład podał udane i skuteczne konsultacje środowisk medycznych w Małopolsce. Wyraził opinię, że łatwiej byłoby uzyskać kompromis, gdyby w rozmowach uczestniczyli jedynie dyrektorzy szpitali, bez udziału polityków szczebla regionalnego. Ci ostatni – w opinii profesora – są wciąż poróżnieni, a konflikty uniemożliwiają osiągnięcie porozumienia.

„ Po raz pierwszy w historii ośrodki zdrowia mają do czynienia z sytuacją, w której posiadają zasoby niewykorzystywane przez pacjentów, bo sami pacjenci nie chcą lub nie mogą z tych zasobów (nawet niespecjalistycznych) korzystać ”

### Brak lidera

Kolejnego komentarza udzieliła senator dr Beata Malecka-Libera, która przyznała, że zbudowanie strategii na wypadek epidemii i katastrof jest wciąż zadaniem do wykonania. Postawiła jednak tezę, że mimo niezwyklego znaczenia tej kwestii Ministerstwo Zdrowia pracuje wciąż zadaniowo, a nie strategicznie. Wyraziła nadzieję, że wnioski płynące z walki z pandemią wywołają głęboką refleksję i przekierują działania z doraźnych na strategiczne. Zwróciła uwagę, że problem z brakiem systemowych rozwiązań w zakresie kardiologii trwa od wielu lat, a obecnie – z powodu pandemii i ograniczonego dostępu do opieki – przybrał tragiczne rozmiary. Przykładem jest gotowy od 2 lat pilotażowy program opieki nad pacjentami z niewydolnością serca, na którego realizację nie znalazły się pieniądze.

W sprawie zgody ponadpolitycznej dr Beata Malecka-Libera podkreśliła, że chociaż od wielu lat mówi się publicznie o profilaktyce i edukacji zdrowotnej, nigdy nie były one w centrum uwagi. Na pytanie, dlaczego tak było i nadal jest, odpowiedziała, że jedną z przyczyn jest brak właściwego lidera wśród polityków, który będzie rozumiał, czym jest zdrowie publiczne. Zdaniem senator Maleckiej-Libery powinna to być osoba, która kwestię zdrowia publicznego widzi tak szeroko jak profesjonaliści zajmujący się tą dziedziną na co dzień. Doszła do wniosku, że dopóki nie znajdzie się wola polityczna, dopóty żadna strategia nie będzie mogła być wdrażana.

Doktor Beata Malecka-Libera podjęła także zagadnienie konieczności współpracy Ministerstwa Zdrowia z systemem opieki społecznej i z rynkiem pracy. Integracja środowisk jest niezbędna do usprawniania systemu zdrowia publicznego, także ta dotycząca porozumienia na poziomie politycznym. Obszar zdrowia publicznego należy wyprowadzić poza konflikty w polskim parlamencie. Działając w senackiej Komisji Zdrowia, powołała grupę ekspercką, która rozpoczyna prace strategiczne i której prawdopodobnym obszarem zainteresowania – w efekcie dyskusji podczas konferencji

” Coraz mniejsze nakłady na zdrowie publiczne po 2008 r. przełożyły się na brak bezpieczeństwa zdrowotnego społeczeństwa, czego konsekwencją jest doraźny system działań operacyjnych i nadzoru wynikający z nieadekwatnego finansowania oraz brak personelu ”

– będzie „Zdrowie publiczne 3.0”. Zadeklarowała przy tym, że będzie dbać, by ten obszar nie był upolityczniony, a prace zmierzały do rozwiązania problemów dotyczących całego polskiego społeczeństwa.

#### Dyskusja ponad podziałami

Poseł Tomasz Latos dołączył do głosu przedmówcy, wskazując, że niezbędna jest współpraca środowisk ponad podziałami. Strategia powinna być na tyle długofalowa, by nie naruszała jej kolejne zmiany koalicji parlamentarnych, ale także samych ministrów czy rządu i idące za nimi kolejne koncepcje. Niestety, jak podkreślił, skutki pandemii COVID-19 nie tylko nie ułatwiają współpracy, ale uwypuklają dotychczas ukryte wady systemu.

Poseł zauważył, że od czasu wejścia Polski do Unii Europejskiej systematycznie podnosi się stopa życiowa Polaków. Jest to niestety połączone z rozwojem wielu chorób cywilizacyjnych – dobrobyt paradoksalnie wpływa na podejmowanie przez obywateli zdrowotnie nieracjonalnych decyzji. Dlatego propozycją posła jest, by działania edukacyjne rozpisać na różne głosy. Można zacząć od podstawowej opieki zdrowotnej, na poziomie której ważna jest współpraca z organizatorami ochrony zdrowia – Ministerstwem Zdrowia oraz Narodowym Funduszem Zdrowia (NFZ), tak by wypracować elementy motywujące do realizacji programów profilaktyki i promocji zdrowia na szeroką skalę. Poseł wspominał o projektach dotyczących tych zagadnień, które zmodyfikowano w wyniku pandemii, wskazując konieczność powrotu do nich. Ważną rolę odgrywają też samorządy, które współdziałając z ministerstwem i NFZ, będą w stanie pozytywnie zmieniać postawy obywateli.

Poseł Latos stwierdził, że w obszarze kardiologii w ostatnich latach udało się wiele osiągnąć, choć bardzo dużo pozostało do nadrobienia, by być jednym

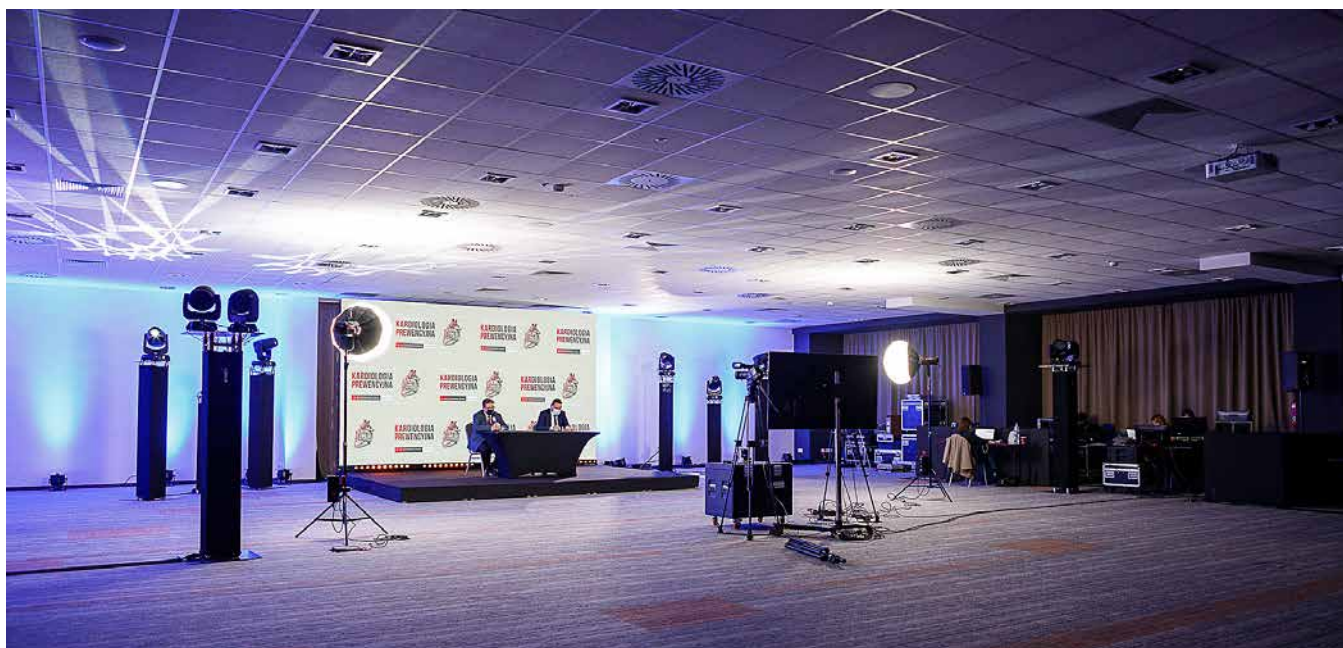
z liderów w tej dziedzinie w Europie. Obecna sytuacja nie tylko nie ułatwia wprowadzania spektakularnych zmian, ale utrudnia nawet podstawową realizację świadczeń ze względu na ograniczenie dostępu do poradni i obawy pacjentów przed korzystaniem z nich. Nie oznacza to jednak, że można sobie pozwolić na tracenie z pola widzenia innych dziedzin ochrony zdrowia niż choroby zakaźne. Tomasz Latos odwołał się do swojej propozycji złożonej podczas posiedzenia sejmowej Komisji Zdrowia, by takie spotkania odbywały się regularnie w celu przyglądania się różnym obszarom zdrowia publicznego.

W dyskusji głos zabrał współprowadzący debatę prof. Andrzej Pająk, przywołując opinię, którą usłyszał przed laty wśród osób szkolonych do pełnienia funkcji dyrektorów szpitali w systemie francuskim: hospitalizacja to kosztowna pomyłka zdrowia publicznego. Profesor zauważył, że obecnie potwierdza się to zarówno w przypadku pandemii COVID-19, jak i prewencji chorób układu krążenia. Zawiedziony niewystarczającą dawką optymizmu we wcześniejszych wypowiedziach, podał przykład udanej współpracy polityków z ekspertami, jakim jest ostatnia wersja Narodowego Programu Zdrowia. Profesor, od dawna krytykujący ten dokument, którego pierwsza wersja powstała u zarania III RP, pochwalił obecną strukturę programu, wskazując, że opiera się ona na sześciu celach zdefiniowanych typami narażenia, powodującymi wiele chorób i mocno obciążającymi ochronę zdrowia, co czyni ją nieskuteczną. Dokument, choć udany, nie jest konsekwentnie wdrażany. Gdyby jednak się to powiodło, byłby to według prof. Pajaka świetny przykład współpracy świata politycznego z ekspercką grupą nacisku.

#### Koronawirus jako wymówka

Profesor Adam Witkowski nie podzielił optymizmu przedmówcy co do aktualnych działań i perspektyw na przyszłość. Przeszkodą jest z jednej strony pandemia koronawirusa, która spowodowała zawieszenie wielu aktywności, ale z drugiej często służy jako wymówka, by pewnych zadań nie realizować. Powołując się na 30-letnią obserwację życia politycznego III RP, prof. Witkowski bardzo sceptycznie podszedł do wizji osiągnięcia konsensusu w tym środowisku, choć zaznaczył, że jest on niezwykle potrzebny. Podał pozytywne przykłady rozwoju kardiologii interwencyjnej czy elektrofizjologii.

Mówiąc o obszarach wymagających interwencji, wskazał konieczność opracowania narodowego programu zapewniającego prewencję pierwotną i wtórną, a także zapewnienia wszechstronnej opieki nad chorymi z niewydolnością serca. W przypadku tej drugiej potrzeby wyraził niezadowolony z faktu szumnych zapowiedzi w listopadzie 2018 r. i braku działań od tamtej pory, co w ocenie profesora trudno złożyć na karb pandemii COVID-19. Mimo sceptycyzmu gość wyraził nadzieję, że w wyniku współpracy wszystkich



zaangażowanych stron uda się stworzyć globalny program, który będzie służył przez następne lata.

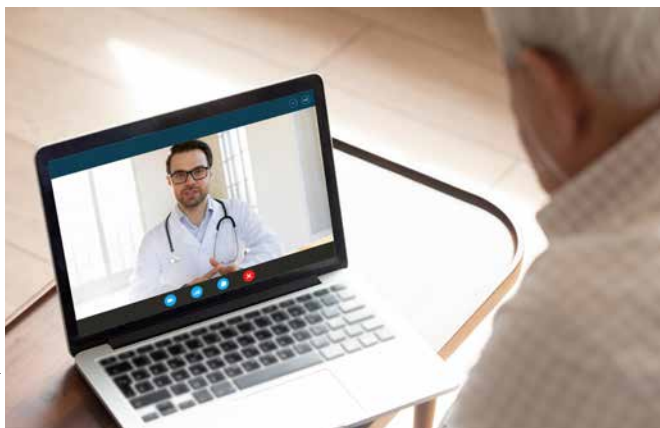
### Celem jest *reengineering*

Obecna na spotkaniu dr Małgorzata Gałązka-Sobotka podkreśliła, że w obliczu sytuacji kryzysowych, takich jak pandemia COVID-19, nie należy rewidować obowiązujących strategii, bo – jak stwierdzili przedmówcy – takiej strategii w Polsce nie ma. Celem jest *reengineering*, rzetelne „wyzerowanie” systemu ochrony zdrowia. Po raz pierwszy w historii ośrodki zdrowia mają do czynienia z sytuacją, w której posiadają zasoby niewykorzystywane przez pacjentów, bo sami pacjenci nie chcą lub nie mogą z tych zasobów (nawet niespecjalistycznych) korzystać. Doktor Gałązka-Sobotka doszła do wniosku, że ów *reengineering* powinien polegać na ponownym rozpisaniu ról i funkcji w systemie, na stworzeniu nowych planów finansowych, co będzie możliwe tylko w wyniku twardej rozmowy zainteresowanych stron.

O tym, że należy się do tej dyskusji porządnie przygotować, świadczy plan finansowy na 2021 r. Po jego pierwszym ogłoszeniu w lipcu było w nim ok. 106 mld zł do dyspozycji NFZ, które można by przeznaczyć na opiekę zdrowotną i częściowo na profilaktykę. W listopadzie plan miał już inny kształt, a na NFZ były przeznaczone tylko 102 mld zł, co by oznaczało, że w ciągu 3 miesięcy z planowanego budżetu wyparowały 4 mld zł. Dyrektor uspokoiła jednak, że te pieniądze nie zniknęły, lecz zostały wykorzystane w ramach wydatków Ministerstwa Zdrowia i innych resortów związanych z pandemią. Oznacza to, że środki zagwarantowane tzw. ustawą o 6 proc. PKB, wyznaczającą dynamikę wzrostu nakładów na ochronę zdrowia, są dziś alokowane w innych obszarach, co wymusza sytuacja

epidemiczna. Tym samym wszystkie ambitne plany dotyczące np. kompleksowych, koordynowanych projektów opieki czy zwiększonych działań profilaktycznych będą musiały zostać zrewidowane ze względu na zmniejszone środki. Jedno jest pewne, jak uzupełniła prelegentka, wszyscy – tak politycy, jak i zwykli obywatele – będą musieli wybierać, na co przeznaczać skurczone kwoty, a ochrona zdrowia wszystkich będzie kosztowała więcej. Z uwagi na podaż koszty świadczeń medycznych już teraz lawinowo rosną, a wartość nabywcza pieniędzy, które są w systemie, będzie też systematycznie malała.

Doktor Gałązka-Sobotka podkreśliła, że strony powinny zasiąść przy jednym stole, a politycy muszą wreszcie zawrzeć „pakt dla zdrowia”, wyprowadzając ten obszar z burzliwego dyskursu, który toczy się od wielu miesięcy. Potrzebny jest długoterminowy kompromis, który umożliwi zdefiniowanie na nowo priorytetów, określenie celów strategicznych i przypisanie im konkretnych spodziewanych efektów, z których zaangażowane strony będą się mogły wzajemnie rozliczać i będą się takiemu rozliczaniu poddawały. Dyrektor zauważyła, że wiąże się to ze zmianą dotychczasowych paradygmatów, wartości i norm, które pandemia zdevaluowała i uczyniła niemożliwymi do dalszego utrzymania. Pandemia uwypukliła też to, co było wiadome, zanim wybuchła: o bezpieczeństwie zdrowotnym w pierwszej kolejności decyduje sprawność podstawowego zabezpieczenia zdrowotnego, a konkretnie system opieki lokalnej, czyli podstawowej opieki ambulatoryjnej i szpitalnej, zapewniający szybką i dobrą jakościowo pomoc. Na tym poziomie, według mówczynie, może być zabezpieczone 80 proc. potrzeb spowodowanych chorobami cywilizacyjnymi. Nie będzie się już przeznaczać pieniędzy na utrzymanie rozdrobnionego syste-



„Nadzieja na usprawnienie systemu leży właśnie w nowoczesnych systemach informatycznych, w sztucznej inteligencji, czego dowodem jest fakt wdrożenia e-recept i e-skierowań czy funkcjonowanie podmiotów z elektroniczną dokumentacją medyczną”

mu, z ogromem podmiotów działających w mikroskali, bo te rozproszone, niekontrolowane inwestycje przez lata spowodowały wystarczająco duże spustoszenie w polskiej opiece zdrowotnej i muszą być zatrzymane.

Odwołując się do słów senator Małeckiej-Libery, że dotychczas w Polsce skupiano się na medycynie naprawczej skoncentrowanej na chorobach zakaźnych, potwierdziła potrzebę wpisania w podstawę przyszłej strategii odbudowę systemu reagowania na choroby zakaźne. Prelegentka przyznała, że jako ekonomistka patrzy na wiele procesów przez pryzmat finansowania i tego, jaką siłą sprawczą jest pieniądź. Polski system ochrony zdrowia dawno się zmonetaryzował – to pieniądź warunkuje zachowania, kształtuje epidemiologię. Należy być świadomym pułapek, w jakie w tym kontekście się wpada.

Trzeba zadbać o to, jak wskazała dr Gałązka-Sobotka, by dla strategii „Zdrowia publicznego 3.0” wyodrębniono osobny strumień i sposób finansowania, co zagwarantuje rozwój tego systemu. Przypomniała, że od lat apeluje, by zdrowie publiczne było finansowane z danin, które są nakładane na produkty szkodliwe dla zdrowia, np. z akcyzy na alkohol, papierosy czy cukier. Dziewięć procent składki i inne dotacje z Ministerstwa Zdrowia mogłyby wtedy służyć medycynie naprawczej.

Z kolei pieniądze na opiekę długoterminową powinny pochodzić z oddzielnego źródła, jakim jest powszechne ubezpieczenie opiekuńcze. Opierając się na tych trzech filarach: akcyzowym, fiskalnym i ubezpieczeniowym, będzie można osiągnąć równowagę i zyskać środki na cele, na których finansowanie nie można było sobie dotychczas pozwolić.

Dyrektor powiedziała też o pewnej wadze narodowej, która decyduje o tym, że Polacy nie mogą nazywać siebie liderami. W jej odczuciu dobrze wiedzą, na czym polega problem i co należy zrobić, by go rozwiązać, jednak mają ogromną skłonność do zaniechania i niepodejmowania działania. Liczne projekty i przedsięwzięcia przywołane przez mówców konferencji *Kardiologia Prewencyjna*, które były opracowywane w eksperckich, klinicznych gremiach, przedyskutowane z pacjentami, a nawet ogłoszone, wciąż pozostają niewdrożone. Pandemia jest skutecznym bodźcem do działania, ale takie bodźce powinny być znajdowane także gdzie indziej.

Doktor Gałązka-Sobotka stwierdziła, że wspomniany *reengineering*, czyli rekonstrukcja systemu ochrony zdrowia, musi być nakierowany na wykorzystanie technologii jako trampoliny, która pozwoli przeskoczyć rów, nad którego krawędzią stoi polska ochrona zdrowia. Nadzieja na usprawnienie systemu leży właśnie w nowoczesnych systemach informatycznych, w sztucznej inteligencji, czego dowodem jest fakt wdrożenia e-recept i e-skierowań czy funkcjonowanie podmiotów z elektroniczną dokumentacją medyczną. Należy też zwrócić uwagę na systemy komunikacji z pacjentami, którzy zmienili diametralnie swoją postawę wobec leczenia. Równie ważne jest zarządzanie oparte na rzetelnych danych.

Podsumowując, prelegentka przywołała kwestię podziału kompetencji i przesunięć obowiązków, odnosząc się do wielu dyskusji z prof. Zembalą na temat zawodu asystenta medycznego. W jej opinii powinien on – wzorem innych państw europejskich – znaleźć się w systemie ochrony zdrowia. Zaapelowała do premiera, by przeznaczył środki na aktywizację i tworzenie nowych miejsc pracy, bo w systemie jest w tym zakresie potencjał. Mógłby on nawet być adresem, pod który udadzą się osoby, które w wyniku pandemii będą musiały się przebranżowić, a specjalistów we wszelakich dziedzinach niemedyce w ochronie zdrowia potrzeba wielu.

Profesor Jankowski, zamykając sesję poświęconą profilaktyce chorób zakaźnych w dobie COVID-19, podkreślił znaczenie wyzwań, jakie stoją przed lekarzami, pielęgniarkami i fizjoterapeutami zarówno zajmującymi się chorobami układu krążenia, jak i tymi, którzy pracują na oddziałach zakaźnych i walczą z COVID-19. Wyraził nadzieję na rychłe porozumienie poprawiające stan polskiego systemu ochrony zdrowia.

Tomasz Zdrojewski, Zuzanna Opolska