Image not found or type unknown

Prezes NRL w debacie podczas Wizjonerów Zdrowia „Wprost”

Dn. 25.11. 2024 r. w Centralnym Domu Technologii w Warszawie odbyła się debata pn. „Demografia i związane z nią wyzwania. „ Profilaktyka-diagnostyka-leczenie, kadry w medycynie, medycyna publiczna oraz prywatna” – w panelu wziął udział prezes Naczelnej Rady Lekarskiej, Łukasz Jankowski.
W debacie uczestniczyli:

Prof. dr hab. n. med. Urszula Demkow, podsekretarz stanu, Ministerstwo Zdrowia
prof. dr hab. n. med. Jarosław Fedorowski, prezes, Polska Federacja Szpitali
Łukasz Jankowski, prezes Naczelnej Rady Lekarskiej
Anna Gołębicka - Centrum im.Adama Smitha
Przemysław Mroczek, prezes Fundacja SeniorAPP
Prof. dr hab. n. med. Bolesław Samoliński, kierownik Katedry Zdrowia Publicznego, Warszawski Uniwersytet Medyczny
Debatę moderowała Katarzyna Pinkosz Redaktor naczelna NewsMed, szef działu zdrowie Wprost Premium. Eksperci dyskutowali o tym, czym obecnie jest polska geriatria, jak wygląda opieka na pacjentem w starszym wieku w Polsce i do jakiego modelu powinniśmy dążyć w swoich działaniach.
Dla nas przede wszystkim wydaje się dziś oczywiste, że geriatria i kurs specjalizacyjny z geriatrii nie jest rozwiązaniem, pamiętam boom na geriatrię, gdy powstawała polska szkoła geriatrii (…) ten pomysł nie wypalił, mamy ok. 500 geriatrów w Polsce w wyspecjalizowanych ośrodkach a oddziały, które realnie opiekują się osobami starszymi to głównie interny, ale też na przykład neurologia – 50% pacjentów przyjmowanych na neurologię to chorzy w wieku 65+. Myśląc dzisiaj o demografii i związanych z nią wyzwaniach nie możemy uciekać od oddziałów internistycznych, oddziałów, które przez lata były traktowane „po macoszemu” – młodym lekarzom mówiono „ten oddział będzie przynosił straty”. Co miesiąc rozmawiano w szpitalnych dyżurkach „słuchajcie, jeszcze nie wyrobiliście kontraktu, przynosicie straty, szybciej wypisujcie pacjentów myśląc o wyniku finansowym”. Młodzi lekarze widzieli, że na tych oddziałach ze względu na dofinansowanie a właściwie złą wycenę procedur przyszłości i rozwoju nie ma. Widzieli swoich kolegów w innych specjalizacjach, którzy i ten rozwój i apanaże mieli wyższe. Stworzyły się nierówności. Gremialnie przesunięto nacisk z interny do medycyny szczegółowej. Mój tata jest internistą, gdy rozmawiałem z nim o wyborze specjalizacji, mówił mi „interna”. Bo to królowa nauk, szeroka wiedza, możliwość holistycznego spojrzenia na leczenie. Ja nie jestem internistą, jestem nefrologiem, zrobiłem szczegółową specjalizację już w moim pokoleniu ten pomysł na to, aby uprawiać holistyczną medycynę odszedł do lamusa. Nie dlatego, że my jesteśmy źli i nie chcemy holistycznie leczyć chorych tylko dlatego, że system tak nas sprofilował. Opłacało się młodemu lekarzowi najpierw zrobić specjalizację szczegółową a potem, jeżeli chce, to można było podjąć się interny – powiedział prezes Naczelnej Rady Lekarskiej, Łukasz Jankowski.
Prof. Jarosław Fedorowski, prezes Polskiej Federacji Szpitali, przedstawił koncepcję zrównoważonego systemu ochrony zdrowia, aby opieka mogła być świadczona na właściwym etapie, przez właściwego świadczeniodawcę. Wskazał, że należy unikać podziałów medycyny wynikających z zaszłości historycznych, z podziałów na szereg specjalizacji oraz z dzielenia

systemu na silosy.
Konsolidacja owszem, ale nie na zasadzie: kilka szpitali okolicznych dogaduje się, że jeden będzie miał porodówkę, a inny nie. Chodzi o konsolidację w charakterze koordynowanej ochrony zdrowia, a nie tylko o konsolidację szpitali – mówił prof. Fedorowski.
Tomasz Kopiec, dyrektor SPSK im. Orłowskiego CMKP w Warszawie podkreślił, że lekarze POZ powinni być rozliczani z efektu zdrowotnego. Gdyby tak było, dopiero dążyliby do włączania profilaktyki, np. szczepień ochronnych. W Polsce jest zaszczepionych zaledwie 40 proc. seniorów, gdy w Europie jest zaszczepionych 70 proc.
W kwestii seniorów musi być polityka długoterminowa, ponad podziałami politycznymi. Bo dziś nie odpowiadamy na potrzeby zdrowotne pacjentów – podkreślał Tomasz Kopiec.
W szpitalu im. Orłowskiego funkcjonuje program PRO SENIOR 65+. Pacjenci, którzy zgłaszają się do niego, są kompleksowo badani (mają wykonywane m.in. badania biochemiczne, badania układu krążenia, kostno-stawowego, mięśniowego i nerwowego), a ich stan zdrowia jest później monitorowany.
Chcemy wywołać u seniorów chęć zdrowego starzenia się, pokazać wzorce takiego starzenia. Obecnie pracujemy nad aplikacją. „PRO-SENIOR 65+" to pogłębiona diagnostyka, profilaktyka. Trochę na wzór sieci kardiologicznej: od POZ, przez specjalistów, aż po rehabilitację. Wypracowany przez nas wzorzec znajduje uznanie w Ministerstwie Zdrowia – mówił Tomasz Kopiec.
Anna Gołębicka, ekonomistka i ekspertka Centrum Adama Smitha zwróciła uwagę na kwestię stanu zdrowia osób w wieku senioralnym.
Nie jest wyzwaniem doholowanie kogoś do setnych urodzin, lecz wyzwaniem jest doholowanie go do śmierci w dobrym zdrowiu. Dziś mamy taką sytuację, że w szpitalach jest mowa o „pacjencie nieprofilowym", bo cierpi na mnóstwo chorób. Jest przerzucany między oddziałami. Tymczasem system powinien być nastawiony właśnie na takiego „pacjenta nieprofilowego". Muszą powstać oddziały dla pacjentów z wielochorobowością. Tylko w szczególnych, trudnych przypadkach powinni trafiać do specjalistów – pokreśliła Anna Gołębicka.
Prezes NRL w dyskusji zwrócił również uwagę na to, iż kwestia związana z trudną sytuacją w oddziałach internistycznych ma głębokie podwaliny w schemacie finansowania danych świadczeń medycznych.

Dlatego również ponieważ tak rozłożono akcenty, oddziały chorób wewnętrznych to są oddziały, o których głównie słyszymy jeżeli zamykają się jakieś oddziały czy szpitale. Nie słyszymy, żeby zamykały się oddziały specjalistyczne z dobrze wycenionymi procedurami, raczej braknie kadry na oddziałach internistycznych. Trudno jest znaleźć internistów chętnych do pracy zwłaszcza w oddziałach powiatowych, nierzadko 2-3 lekarzy na 30 łóżkach utrzymuje oddziały internistyczne. Potrzebujemy pilnie przygotować się już w tej chwili, wzmocnić oddziały internistyczne, dobrze wycenić procedury, odwrócić ten trend pochodzenia do interny jako do takiego worka, do którego szpitalny oddział ratunkowy może wepchnąć w zasadzie chorego z dowolną chorobą i interna jakoś te sprawy załatwi. Należy skończyć myślenie o lekarzu interniście jako o managerze, który będzie kierował pacjenta do innych specjalistów a nie o samodzielnym specjaliście i być może wtedy uda się przywrócić ten etos internisty, o którym mówili nasi rodzice, czyli interna wróci jako królowa nauk a konsultanci z innych dziedzin będą tylko pomagali w tych oddziałach. Może to jest jeszcze do zrobienia, ale tu bez odpowiednich środków finansowych i dobrej wyceny procedur zrobić się nie da. Jeżeli interna cały czas będzie kosztem a nie inwestycją w zdrowie danej populacji to my w starości będziemy bardziej zależni od zasobności portfela tak jak to jest dziś niż od systemu. Z przykrością powiem – publicznego systemu opieki nad osobami starszymi w Polsce właściwie dzisiaj nie ma – podkreślił prezes NRL.
fot. Wprost