FORUM OCHRONY ZDROWIA 2023

DEBATY WNIOSKI REKOMENDACJE

Forum Ochrony Zdrowia 2023. Debaty - Wnioski - Rekomendacje.

Instytut Studiów Wschodnich. Warszawa - Karpacz 2023.

Partnerzy:

KIDL ?

Zespół redakcyjny:

Jerzy Bochyński

Katarzyna Dudek

Katarzyna Grabka

Krzysztof Jakubiak

Malwina Użarowska

Ryszard Sterczyński

Wydawca:

Modern Healthcare Institute

ISBN: 978-83-968652-8-1

Warszawa-Karpacz, 2023

FORUM OCHRONY ZDROWIA 2023

DEBATY
WNIOSKI
REKOMENDACJE

SPIS TREŚCI

Wstęp ... 1
Rekomendacje ... 2
Rozdział 1. Organizacja systemu ochrony zdrowia ... 5
- Co się udało zrobić a co powinno być priorytetem na następną kadencję. Wyzwania dla ochrony zdrowia ... 6
- Po pierwsze ZDROWIE ... 7
- Priorytety zdrowotne Polskiej Prezydencji w Radzie Unii Europejskiej 2025 ... 9
- Eksperci Komisji Zdrowia Senatu RP rekomendują Nowy System Ochrony Zdrowia Polaków ... 11
- Jakość w ochronie zdrowia – nowa perspektywa ... 13
- Bezpieczeństwo, skuteczność, monitorowanie - optymalizacja procesów terapeutycznych ... 15
- Medycyna prywatna w systemie ochrony zdrowia ... 16
- Zarządzanie w ochronie zdrowia - wyzwania ... 18
- Inwestycje w sektorze zdrowia - jakie korzyści dla pacjentów i systemu ochrony zdrowia? ... 19
- The Voice of Patients ... 20
- Pacjent w systemie ochrony zdrowia ... 22
Rozdział 2. Polityka lekowa ... 25
- Nowe wyzwania w polityce lekowej państwa ... 26
- Okrągły stół dla Polityki Lekowej ... 27
- Nowoczesne podejście do profilaktyki zdrowotnej - rola szczepień w XXI wieku ... 29
- Strategia rozwoju przemysłu farmaceutycznego w Polsce ... 31
- Przegląd prawodawstwa farmaceutycznego UE - jakie szanse, jakie ryzyka ... 33
- Jak usprawnić profilaktykę, opiekę i dostęp do innowacyjnych terapii? ... 35
Rozdział 3. Rozwój kadr medycznych ... 39
- Zawody medyczne - perspektywa rozwoju ... 40
- Kształcenie w zawodach medycznych - perspektywa i wyzwania. Rekomendacje KRAUM ... 41
- Nowoczesne kształcenie podyplomowe medyków szansą rozwoju technologii medycznych ... 42
- Innowacyjne zawody przyszłości ... 44
- Komunikacja medyczna. Między teorią a praktyką ... 45
- Forum Młodych. Wiedza. Umiejętności. Kompetencje ... 47
Rozdział 4. Innowacje i nowe technologie ... 49
- Wykorzystanie nowoczesnych technologii w diagnostyce i leczeniu pacjenta ... 50
- Informatyzacja obszaru ochrony zdrowia - gotowość systemu e-zdrowia ... 51
- Czy sztuczna inteligencja to większe bezpieczeństwo w medycynie? ... 53
- Jakość wyrobów medycznych w świadczeniach gwarantowanych z perspektywy zamówień publicznych i ich serwisowania ... 55
- Dzieci i młodzież w świecie wirtualnym - uwarunkowania prawne i konsekwencje zdrowotne ... 57
Rozdział 5. Obszary medycyny ... 59
- Narodowy Program Chorób Układu Krążenia - szansa na zmniejszenie ryzyka chorób serca i naczyń ... 60
- Krajowa Sieć Onkologiczna - debata o kierunkach zmian w polskiej onkologii ... 62
- Po 365 dniach. Jak z sukcesem kontynuować wdrożenie opieki koordynowanej ... 64
- Zdrowie Polaków - aktualne wyzwania w dziedzinie neurologii i psychiatrii ... 65
- Wczoraj, dziś i jutro. Wyzwania psychiatrii wieku rozwojowego w Polsce ... 68
- Zdrowie Publiczne - profilaktyka, edukacja zdrowotna, longevity ... 70
- Choroby rzadkie: systemowe rozwiązania i ich realizacja ... 71
- Okrągły stół dla chorób rzadkich ... 73
- Niezaspokojone potrzeby w hematoonkologii ... 76
- Medycyna pola walki - nowy, trwały element systemu bezpieczeństwa medycznego państwa i sił zbrojnych ... 78

Wstęp

Szanowni Państwo, Goście Forum Ochrony Zdrowia,

Z ogromną satysfakcją i zadowoleniem oddajemy w Państwa ręce raport podsumowujący obrady 14 edycji Forum Ochrony Zdrowia, które odbyło się w ramach XXXII Forum Ekonomicznego w dniach 5-7 września 2023 roku w Karpaczu. To wyjątkowe spotkanie zgromadziło blisko 700 wiodących ekspertów, decydentów, dyrektorów publicznych i niepublicznych placówek medycznych, managerów ochrony zdrowia, a także kadrę zarządzającą sektorem farmaceutycznym w Polsce.

Forum Ochrony Zdrowia 2023 było unikalną okazją do wymiany wiedzy, doświadczeń i najlepszych praktyk z zakresu zarządzania, finansowania oraz świadczenia usług medycznych. W trakcie 30 debat, paneli dyskusyjnych i warsztatów, podjęto istotne tematy związane z cyfryzacją ochrony zdrowia, nowymi technologiami, opieką koordynowaną w POZ, bezpieczeństwem zdrowotnym, wybranymi obszarami terapeutycznymi: kardiologią, onkologią, neurologią, chorobami rzadkimi, psychiatrią, a także zagadnieniem jakości w ochronie zdrowia oraz kadr medycznych.

W wyniku intensywnych debat i analiz zespół redakcyjny zdecydował o wyłonieniu wniosków, które jak mamy nadzieję, będą mieć realny wpływ na system ochrony zdrowia w Polsce. Główne kierunki zmian systemowych, które zostały zidentyfikowane podczas Forum przedkładamy Państwu w poniższym opracowaniu.

Dziękujemy wszystkim uczestnikom za aktywny udział w Forum Ochrony Zdrowia 2023 i mamy nadzieję, że wyniki przedstawione w niniejszym raporcie będą cennym źródłem inspiracji i wiedzy dla wszystkich zainteresowanych wprowadzaniem zmian w systemie ochrony zdrowia i dalszych dyskusji podczas tegorocznej edycji Forum Ochrony Zdrowia w Karpaczu.

Z poważaniem,

Jerzy Bochyński

Prezes Zarządu
Fundacja Instytut Studiów Wschodnich

REKOMENDACJE

ORGANIZACJA SYSTEMU OCHRONY ZDROWIA:

- Kontynuacja tych działań, które przynoszą efekty: zwiększanie nakładów, likwidowanie limitów w kontraktach NFZ, zwiększanie liczby kadr medycznych, wprowadzanie nowych technologii, cyfryzacja systemu, wdrażanie powiązań mających prowadzić do podnoszenia jakości opieki, wprowadzanie rozwiązań opieki koordynowanej, reorganizacja systemu opieki psychiatrycznej, wdrażanie Planu dla Chorób Rzadkich.
- Zwiększenie nakładów na profilaktykę: świadomość społeczną, badania profilaktyczne, szczepienia, zachęty finansowe dla POZ. Zwiększenia roli zdrowia publicznego systemie ochrony zdrowia oraz w strukturach rządowych.
- Urealnienie i podwyższenie wycen świadczeń w wielu dziedzinach medycyny, m.in. interna, chirurgia, położnictwo, neurologia.
- Stawianie pacjenta w centrum uwagi dokonywanych zmian. Wyrównywanie szans pacjentów i poziomu opieki bez względu na miejsce zamieszkania.
- Odwracanie piramidy świadczeń, tak aby ciężar opieki przesuwał się w kierunku podstawowej opieki zdrowotnej i placówek znajdujących się blisko zamieszkania pacjentów.
- Integracja i konsolidacja poszczególnych elementów systemu opieki zdrowotnej, zarówno pionowa, jak i pozioma, geograficzna.
- Zmniejszanie obciążeń biurokratycznych nakładanych zwłaszcza na lekarzy, a także na innych specjalistów i placówki medyczne.
- Budowanie systemu monitorowania, zbierania wysokiej jakości danych (m.in. o świadczeniach, rynku leków, placówkach medycznych), ich analizy i wyciągania wniosków, służącego podnoszeniu efektywności i jakości świadczeń medycznych.

POLITYKA LEKOWA:

- Rozwijanie krajowej produkcji leków i substancji czynnych, jako gwarancji bezpieczeństwa lekowego.
- Stworzenie kalendarza szczepień osób dorosłych i poszerzenie ich refundacji, zwłaszcza w określonych grupach podwyższonego zachorowania i niedoborów odporności.
- Co najmniej utrzymanie (lub lepiej: zwiększenie) tempa udostępniania pacjentom nowoczesnych terapii, w tym dostępności refundacyjnej leków innowacyjnych (np. szybszy proces refundacji), biologicznych (np. przenoszenie terapii z programów lekowych do refundacji aptecznej) i generycznych (np. wydłużanie listy leków bezpłatnych, refundacja szczepionek).
- Aby międzynarodowe firmy farmaceutyczne nadal inwestowały w Polsce i rozwijały swoją działalność, potrzebne jest zapewnienie stabilnego otoczenia prawnego, utrzymanie wysokiego poziomu kadr medycznych i innych specjalistów (np. IT, biotechnologia), konsekwentne podnoszenie nakładów na ochronę zdrowia oraz wspieranie rozwoju nauki i cyfryzacji systemu ochrony zdrowia .
- Na forum Unii Europejskiej należy działać na rzecz rozwoju produkcji leków i substancji czynnych, a wobec planowanej rewizji europejskiego prawa farmaceutycznego - zapewnić stabilność prawną, jak najjaśniejsze zasady określania terminów wyłączności, praw ochronnych i patentów, tak aby stymulować konkurencję i racjonalizować koszty terapii.

ROZWÓJ KADR MEDYCZNYCH:

- Podnoszenie kwalifikacji i poziomu wiedzy lekarzy na temat najnowszych technologii - ponieważ stanowi to warunek wdrażania innowacji i wyższej efektywności systemu ochrony zdrowia.
- Dalsze działania, w tym zmiany w programach nauczania, mające na celu rozwój kompetencji i umiejętności komunikacyjnych lekarzy, a także innych specjalistów, menedżerów i całych placówek medycznych.

INNOWACJE I NOWE TECHNOLOGIE:

- Publiczne wsparcie inwestycji placówek ochrony zdrowia powinno dotyczyć przede wszystkim tych obszarów, które są niedoinwestowane i w których występują największe potrzeby (diabetologia, onkologia, diagnostyka, opieka koordynowana), a także tam, gdzie są najbardziej użyteczne z punktu widzenia jakości opieki nad pacjentem i poprawy dostępności.
- W onkologii strategicznym celem decyzji systemowych i organizacyjnych powinno być szybsze wykrywanie choroby, na jej wcześniejszym etapie, ponieważ radykalnie rosną wówczas szanse na skuteczne wyleczenie lub przynajmniej zatrzymanie postępów choroby.
- W kardiologii pilotaż Krajowej Sieci Kardiologicznej i rozwiązania wzmacniające opiekę koordynowaną i rolę POZ w diagnostyce i leczeniu powinny być kontynuowane, tak aby jak najszybciej objąć obszar całej Polski.
- Potrzebny jest intensywny rozwój diagnostyki, w tym molekularnej, czyli odpowiednie decyzje organizacyjne i finansowe - jako warunek postępu w leczeniu bardzo wielu chorób rzadkich, neurologicznych, nowotworowych.
- Wypracowanie systemowej odpowiedzi na zagrożenia płynące z coraz większego uzależnienia dzieci i młodzieży od treści internetowych, w tym zwłaszcza pornografii oraz cyberprzemocy.

ROZDZIAŁ 1.

ORGANIZACJA SYSTEMU OCHRONY ZDROWIA

Debata: **"Co się udało zrobić a co powinno być priorytetem na następną kadencję. Wyzwania dla ochrony zdrowia"**

Uczestnicy: Piotr Bromber, Beata Leszczyńska, Filip Nowak, Krzysztof Saczka, Jakub Swadźba, Bernard Waśko, Anna Rulkiewicz (moderator)

Inwestycja w kadry, płacenie za jakość, odwracanie piramidy świadczeń – to niektóre z działań podjętych na rzecz poprawy funkcjonowania systemu ochrony zdrowia.

Inicjatywy podjęte w celu usprawnienia funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej rzadko przynoszą widoczne korzyści od razu. Proces zmian jest rozciągnięty w czasie, stąd ważna jest kontynuacja rozpoczętych działań.

Paneliści mówili o dokonaniach w obszarze ochrony zdrowia w ostatnich latach oraz wyzwaniach na przyszłość. Wiceminister **Piotr Bromber** zwracał uwagę, że dużym problemem, z którym cały czas boryka się system ochrony zdrowia, jest deficyt kadr - „W kontekście dostępności do świadczeń coraz częściej determinantem jest liczba osób wykonujących zawód medycznych". Od kilku lat resort inwestuje w kształcenie wyższe na kierunkach medycznych - wiceminister podał konkretne liczby świadczące o tych działaniach. Na kierunku lekarskim od roku akademickiego 2015/2016 do rozpoczynającego się 2023/2024 nastąpił wzrost liczby miejsc o ponad 3,4 tys. Sukcesywnie zwiększana jest również liczba miejsc rezydenckich. W przypadku pielęgniarstwa obserwowana jest wzrastająca atrakcyjność tego zawodu i wzrosła liczba uczelni, które oferują kształcenie na tym kierunku. Minister wspomniał również o wprowadzonych działaniach legislacyjnych, które umożliwiły podjęcie pracy w Polsce medykom z Ukrainy i Białorusi. Jego zdaniem stanowi to wzmocnienie zasobów ludzkich, zwłaszcza szpitali powiatowych. Jako kolejne dokonanie w ostatnim czasie **Piotr Bromber** wskazał na opracowanie regulacji prawnych zawartych we wprowadzonej niedawno ustawie o jakości - „Będziemy płacić za jakość" oraz wdrożone rozwiązania w zakresie e-zdrowia. Minister był pytany o to, co uważa za porażkę mijającej kadencji. W odpowiedzi zaznaczył, że nie uważa tego za porażkę, ale za wyzwanie, któremu nie łatwo jest sprostać i wskazał na Program 40 PLUS, a szerzej - o zachęcenie społeczeństwa do dbania o profilaktykę.

Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia **Filip Nowak** odniósł się do okresu sprzed 2021 roku, kiedy zaczął pełnić obecną funkcję - „Trudno ocenić te trzy lata nie wspominając o epidemii COVID-19. To był w zasadzie „poligon" dla całej Polski. NFZ był odpowiedzialny przede wszystkim za zabezpieczenie finansowania działań, które nie były standardowe. Nasze główne zadania były związane z epidemią COVID-19, a później z wojną w Ukrainie. Nie zapomnieliśmy jednak o innych działaniach". I wymienił - „W przypadku POZ zawarliśmy umowy aż do 2027 r., a w niektórych przypadkach nawet bezterminowo. Zachęciliśmy lekarzy POZ do wypracowania modelu opieki koordynowanej, czyli przejęcia opieki nad pacjentem z chorobą przewlekłą już na poziomie POZ". Wyzwaniem wciąż pozostaje odwrócenie piramidy świadczeń, czyli przeniesienia części świadczeń do opieki ambulatoryjnej - jak podkreślał prezes NFZ, ta zmiana już się dokonuje. Kolejnym wyzwaniem na najbliższy okres jest w jego opinii wprowadzenie w życie rozwiązań na podstawie ustawy o jakości. Mówiąc o tym, co wymaga poprawy, **Filip Nowak** wskazał na wyceny niektórych świadczeń. Aktualnie na finiszu jest

wycena „interny", a w następnej kolejności ukażą się nowe wyceny w zakresie chirurgii oraz położnictwa.

Główny Inspektor Sanitarny **Krzysztof Saczka** dodał, że dużo do zrobienia jest w temacie zakażeń szpitalnych. Problem ten narasta, a pomóc może tu m.in. edukacja, ponieważ istotną rolę w inicjowaniu zakażeń u kolejnych pacjentów odgrywa nieprzestrzeganie często najprostszych zasad higienicznych, np. mycia rąk. Wyzwaniem są również choroby zakaźne, które powracają po latach nieobecności w naszym kraju. Mimo że dostępne są szczepionki, coraz więcej osób ich unika - po części dlatego, że nie pamiętają już czasów, gdy niektóre choroby zakaźne były powszechne. „Szczepienia padły ofiarą swojego sukcesu" – podkreślał **Krzysztof Saczka**.

Debata: **"Po pierwsze ZDROWIE"**

Uczestnicy: Rafał Dutkiewicz, Piotr Bromber, Grzegorz Cessak, Bartłomiej Chmielowiec, Andrzej Mądrala, Filip Nowak, Jarosław Pinkas, Piotr Warczyński, Bartosz Kwiatek (moderator)

Konieczna jest zmiana podejścia do ochrony zdrowia. Niezbędne jest nadanie jej statusu priorytetu zarówno w działaniach rządu, jak i w świadomości społeczeństwa.

Dyskutowali o tym uczestnicy panelu „Po pierwsze – ZDROWIE" zorganizowanego przez Pracodawców RP a osią dyskusji były rekomendacje zawarte w raporcie o takim samym tytule.

Jak przejść od deklaracji do praktyki, żeby rzeczywiście pacjent znalazł się w centrum systemu? Żeby współdecydował o swoim leczeniu, był partnerem w tym procesie? „By tak było, powinniśmy za każdym razem dyskutować o potencjalnych możliwych rozwiązaniach ze środowiskiem organizacji pacjenckich. Na przestrzeni ostatnich lat tak się w wielu sytuacjach dzieje. Przy planowaniu licznych projektów prowadzona jest dyskusja z organizacjami pacjenckimi. Ważne jest, żebyśmy tę dyskusję podtrzymywali, kontynuowali i rozwijali. Głos przedstawicieli pacjentów jest brany pod uwagę przy podejmowaniu istotnych dla ochrony zdrowia decyzji" – zauważył **Bartłomiej Chmielowiec**, Rzecznik Praw Pacjenta

Polski system opieki zdrowotnej powinien koncentrować się na pacjenci i być oparty na jakości. Czy potrzebna jest modyfikacja sposobu finansowania ochrony zdrowia, żeby być bliżej tych wartości? Czy potrzebny jest gwarant stałego wzrostu nakładów na ochronę zdrowia? „Jeśli myślimy o tym, że pacjent ma być w centrum systemu i mieć świadczenia wysokiej jakości, to prostą drogą do tego jest oparcie finansowania o efekty. Żeby takie finansowanie wprowadzić, trzeba przede wszystkim zmienić organizację systemu. Trudno promować jakość przy przewadze systemu ryczałtowego. Po drugie, dla zapewnienia wysokiej jakości świadczeń, niezbędne jest wysokie finansowanie. Już wydaje się ono być ogromne. Plan NFZ to obecnie prawie 190 mld zł, co wydaje się ogromną sumą. Ale jeśli porównamy finansowanie w Polsce i w innych krajach, to okazuje się, że nie jest tak różowo i że nasz system jest jednym z najniżej finansowanych systemów ochrony zdrowia w Unii Europejskiej, oczywiście proporcjonalnie do PKB" – powiedział dr **Piotr Warczyński**, doradca prezesa Pracodawców RP.

Co zrobić, aby zwiększyć finansowanie systemu ochrony zdrowia? „Głównym problemem jest przekonanie społeczeństwa, żeby więcej łożyło na służbę zdrowia. Średni wzrost roczny finansowania ochrony zdrowia w państwach UE jest rzędu 4,5 proc. Czy dojdziemy do takiej średniej? To jest wyzwanie dla kolejnego rządu. Ustawa zakłada 7 proc. Na razie wiadomo, że aby osiągnąć te 7 proc., brakuje nam ponad 80 mld zł" – ocenił **Piotr Warczyński**.

Filip Nowak, prezes Narodowego Funduszu Zdrowia, podkreślił, że nakłady na ochronę zdrowia w naszym kraju rosną w tempie niespotykanym – „Jednak same pieniądze nie leczą. Trzeba jeszcze umieć te pieniądze dystrybuować i zachęcić wszystkich interesariuszy do wykonywania zadań na nich nałożonych". I dodał - „Warto wspomnieć o opiece koordynowanej i podstawowej opiece zdrowotnej. W dużej mierze POZ był finansowany ryczałtem, w związku z czym finansowe stymulowanie podnoszenia jakości było dość trudne. Wprowadzając opiekę koordynowaną, która cieszy się coraz większą popularnością, mamy możliwość sterowania źródłem finansowania w zależności od tego, jaką ofertę zapewniają placówki medyczne. I myślę, że to jest kierunek, w którym powinniśmy podążać. Istotne jest, żeby przenosić ciężar opieki nad chorymi ze szpitali do ambulatoryjnej opieki. Przez ostatnie lata było to robione".

Prezes NFZ wskazał, że nielimitowane finansowanie - to ogromny wysiłek, ale warto go ponosić, aby żaden pacjent nie usłyszał od lekarza: „Nie mogę pani/pana przyjąć, bo fundusz mi za to nie zapłaci". „Fundusz za to zapłaci. Plan finansowy NFZ zmienia się w ciągu roku. Pierwotny jest zazwyczaj niższy od końcowego. Dodatkowe środki chcemy dedykować tym świadczeniodawcom, którzy wykonali więcej świadczeń, przyjęli więcej pacjentów" – podsumował prezes **Nowak**.

„Działania resortu zdrowia w ostatnim czasie koncentrują się na zasobach ludzkich. W kadrach dostrzegam w głównej mierze szansę na zmianę w systemie i zwiększenie dostępności do świadczeń dla pacjentów. W mojej ocenie jak nikt wcześniej zadbaliśmy o pracowników medycznych. Pokazaliśmy, że zależy nam na ludziach" – stwierdził wiceminister **Piotr Bromber**. Przypomniał też, że systematycznie rosną wynagrodzenia. Wprowadzone zostały nowe regulacje dotyczące poszczególnych grup medyków - „Procedowaliśmy ustawę o medycynie laboratoryjnej. Diagności laboratoryjni czekali na nią 20 lat. Mamy nową ustawę o zawodzie ratownika medycznego i samorządzie ratowników medycznych, a także ustawę o niektórych zawodach medycznych, która dotyczy 15 zawodów. Te ustawy wzmacniają pozycję tych zawodów, wzmacniają ich kompetencje".

Jeszcze w 2015 r. na kierunku lekarskim kształciło przyszłych lekarzy 15 uczelni, obecnie jest 30. „W tym roku mamy przeszło 9,8 tys. miejsc na kierunku lekarskim. To jest przeszło 3,4 tys. miejsc więcej niż rok wcześniej. Od 1 września rozpoczęliśmy nabór na rezydentury. Udostępniliśmy przeszło 6,2 tys. miejsc (o 2 tys. więcej niż przed rokiem). Te liczby pokazują, jak ważne są dla nas zawody medyczne. Rośnie liczba absolwentów pielęgniarstwa. Wspólnie ze środowiskiem przystąpiliśmy do pisania ustawy o zawodzie pielęgniarki i położnej" – wyliczał wiceminister. Podkreślił, że dla resortu równie ważne, jak liczba uczelni, jest utrzymanie jakości edukacji -„Dziś możemy mówić o trzech perspektywach mających poprawić funkcjonowanie systemu. Są to: zwiększenie nakładów na ochronę zdrowia, dofinansowanie infrastruktury i kapitał ludzki. Mamy ustawę o jakości, która – mam nadzieję – zupełnie zmieni perspektywę świadczeniodawców i potwierdzi perspektywę pacjentów".

Prof. **Jarosław Pinkas**, konsultant krajowy w dziedzinie zdrowia publicznego, mówił o znaczeniu profilaktyki i pojmowaniu dobrobytu zdrowotnego przez Polaków - „Nasi obywatele są głęboko przekonani, że za ich zdrowie odpowiada ktoś. Ten szeroko rozumiany ktoś - to rząd, NFZ. Prawda jest taka, że za swoje zdrowie odpowiadamy sami. To my sami mamy podejmować właściwe decyzje odnośnie swojego zdrowia. Główny paradygmat zdrowia publicznego - to dobre wybory zdrowotne. Ktoś powinien nas nauczyć, jak dobrze wybierać. Powinni to robić rodzice, dziadkowie, szkoła". Prof. **Pinkas** przypomniał, że obecnie ogromnym problemem jest to, że ludzie wątpią w szczepienia ochronne, odchodzą od nich - „Szczepienia padły ofiarą własnego sukcesu. Dzięki nim wielu chorób nie ma, a jak nie ma, to po co się szczepić – uważają niektórzy. Do tego dochodzi wszelkiej maści szarlataneria grasująca przede wszystkim w Internecie, ale nie tylko. Jednym z największych wyzwań jest teraz nauczyć ludzi, żeby byli „impregnowani" na tę szarlatanerię".

Grzegorz Cessak, prezes Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych, mówił o dostępie do innowacyjnych technologii medycznych. Jak skrócić czas oczekiwania i rozszerzyć dostęp pacjentów do innowacyjnych terapii? - „Europejscy regulatorzy stworzyli wiele udogodnień regulacyjnych dla przedsiębiorców i sponsorów, a także środowiska akademickiego, ułatwiających szybkie wdrożenie innowacyjnych terapii. W Europejskiej Agencji Leków i niektórych krajach europejskich funkcjonuje odpowiednie doradztwo naukowe. U nas też zostało wprowadzone (od 1 lipca)

wraz z ustawą o badaniach klinicznych. Ma ono pomóc w metodologii badań klinicznych i wczesnej ich weryfikacji, tak aby miały szybki finał w procesie dopuszczenia do obrotu".

Grzegorz Cessak wspomniał też o unijnej platformie wymiany wiedzy między producentami, światem akademickim, regulatorami, która wspiera wprowadzanie innowacyjnych technologii - „Liczę, że wszystkie te usprawnienia funkcjonujące już w Europie, wspierające innowacje i wprowadzenie szybkiego dostępu do leków, będą miały także swoje środowisko w Polsce. Tak byśmy w procedurach krajowych mogli z nich skorzystać".

Debata: **"Priorytety zdrowotne Polskiej Prezydencji w Radzie Unii Europejskiej 2025"**

Uczestnicy: Artur Białkowski, Grzegorz Cessak, Piotr Czauderna, Andrzej Fal, Małgorzata Janas-Kozik, Krzysztof Kopeć, Anna Latos-Bieleńska, Adam Maciejczyk, Przemysław Mitkowski, Marcin Moniuszko, Małgorzata Myśliwiec, Jarosław Pinkas, Aleksandra Sienkiewicz, Radosław Sierpiński, Roman Topór-Mądry, Mieczysław Walczak, Jakub Gierczyński (moderator), Bartosz Kwiatek (moderator).

Potrzebna jest dyskusja o priorytetach zdrowotnych na polską prezydencję w Radzie UE, którą przejmiemy w pierwszej połowie 2025 roku. Współpracować w realizacji priorytetów będziemy z Danią i Cyprem, tak jak za czasów pierwszej polskiej prezydencji w 2011 roku.

Profesor **Piotr Czauderna**, przewodniczący prezydenckiej Rady do spraw Ochrony Zdrowia powiedział, że o priorytetach zdrowotnych na czas prezydencji Polski w Radzie UE mówią już cztery ustawy zdrowotne wniesione do Sejmu z inicjatywy Prezydenta RP. Chodzi o onkologię - z naciskiem na transformację cyfrową i profilaktykę, choroby rzadkie, zdrowie seniorów.

Prezes ABM **Radosław Sierpiński** stwierdził, że Polska w czasie prezydencji powinna skupić się na zacieśnieniu współpracy, głównie badawczej, w regionie Trójmorza - „Patrząc na relatywnie krótki czas tej prezydencji, chcielibyśmy wykorzystać to, że oczy Europy są zwrócone na Polskę do zacieśnienia współpracy w regionie Trójmorza. Możemy zacieśnić współpracę naukową, współpracę w zakresie badań klinicznych, szczególnie w onkologii. Mamy takie poczucie, że ten czas warto spożytkować na to, żeby budować partnerstwa w regionie Trójmorza, tym bardziej, że to są systemy ochrony zdrowia, które borykają się z bardzo podobnymi problemami, z jakimi my się borykamy. (...) Będziemy starali się utworzyć programy finansowania tak, żeby to był spójny mechanizm, gdzie każdy kraj płaci za swoją część badania klinicznego, swoją część projektu, a to składa się na duże, międzynarodowe badanie. Wydaje mi się, że to jest taka siła, którą możemy wytworzyć w relatywnie krótkim okresie, ale która będzie trwała dłużej".

O cyfryzacji systemu ochrony zdrowia jako priorytecie mówił dr **Roman Topór-Mądry** (prezes AOTMiT) - „Ścieżka pacjenta od diagnozy po rehabilitację musi być ucyfrowiona". Z kolei dr **Grzegorz Cessak** (prezes Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych) jako przykład cyfryzacji, która obecnie postępuje, podał elektroniczną ulotkę leku. Prof. **Przemysław Mitkowski** (prezes Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego) mówił o cyfryzacji w obszarze polityki lekowej - „Mamy bardzo

dużo nowych wyrobów medycznych, mamy bardzo dużo leków. I dostęp do tych najnowocześniejszych osiągnięć jest opóźniony nie tylko w Polsce, ale w wielu krajach europejskich. Przy tych najnowszych technologiach, najdroższych lekach, które mają olbrzymi współczynnik wpływania na rokowanie, myślę, że warto pomyśleć o zakupach na poziomie unijnym". Profesor zaapelował, aby wśród priorytetów oprócz cyfryzacji, znalazły się innowacje.

Do wspomnianych kierunków działań – cyfryzacji i innowacji – dr **Adam Maciejczyk** (przewodniczący Krajowej Rady ds. Onkologii i dyrektor Dolnośląskiego Centrum Onkologii, Pulmonologii i Hematologii we Wrocławiu) dodał kwestię jakości - „Chcę podkreślić, że do priorytetów trzeba dodać słowo jakość, bo jeżeli mówimy o cybernetycznym rozwoju i o cyfryzacji, to przy danych niskiej jakości cyfryzacji nie ma sensu robić".

Zdaniem prof. **Jarosława Pinkasa** (krajowy konsultant w dziedzinie zdrowia publicznego) ważna jest walka z uzależnieniami od różnych substancji. - „Kolejna sprawa, która być może będzie miała już mniejszy wydźwięk, ale podejrzewam, że może być w tym czasie w Europie niezwykle istotna - to jest fala dramatów amerykańskich, która może przedostać się do Europy. Mówię tutaj o uzależnieniach od środków przeciwbólowych, ale przede wszystkim o ofiarach fentanylu. To wszystko jest tak łatwo dostępne, że powinniśmy w tej chwili jako Europejczycy walczyć, żebyśmy nie popełnili amerykańskiego błędu, który jest w tej chwili amerykańskim dramatem". Ważną kwestią są również prozdrowotne postawy obywateli UE. „Ich posiadanie powinno być obywatelskim obowiązkiem, abyśmy dobrze wybierali i byli odporni na fake newsy, zaburzające podejmowanie racjonalnych decyzji zdrowotnych" – podkreślał prof. **Pinkas**.

Do tematu prozdrowotnych postaw, nawiązywali także inni eksperci. Prof. **Andrzej Fal** (kierownik Kliniki Alergologii, Chorób Płuc i Chorób Wewnętrznych Państwowego Instytutu Medycznego MSWiA w Warszawie) wskazywał na promocję zdrowego stylu życia jako receptę na zwiększenie odsetka populacji seniorów w dobrej kondycji zdrowotnej. Jednak jest to praca obliczona na lata i jej efekt będzie dopiero widoczny za kilka dekad - „Miejmy nadzieję, że inne prezydencje za 5, 7 czy 10 lat zechcą to kontynuować, bo w takiej perspektywie na tego typu pomysły trzeba patrzeć".

W podobnym tonie wypowiedziała się **Aleksandra Sienkiewicz** (dyrektor Forum Zdrowia Związku Przedsiębiorców) - „Powinniśmy skupić się na transformacji cyfrowej w opiece zdrowotnej. Istotna jest także mocna promocja profilaktyki zdrowia i współodpowiedzialności pacjenta za leczenie. Każdy powinien wiedzieć, że jeśli nie będzie dbał o swoje zdrowie od najwcześniejszych lat, może w późniejszym czasie stać się pacjentem – a co za tym idzie – przestać pracować, a więc nie budować PKB, a pobierać świadczenia socjalne. To wszystko stanowi koszt dla państwa, pracodawcy i zarazem dodatkowe obciążenie budżetu domowego. Współodpowiedzialność nas wszystkich za aktywną profilaktykę i leczenie pacjentów to ważny priorytet zdrowotny. Profilaktyka jest bardzo ważna, ale nie możemy tylko mówić, że jest istotna. Musimy pokazać pacjentowi, żeby się ruszał, odpowiednio się odżywiał, dbał o siebie, bo za chwilę właśnie może zostać pacjentem. A to się łączy z tym, że będzie na zwolnieniach lekarskich, będzie obciążeniem dla systemu, jeśli chodzi o koszty pośrednie i bezpośrednie, czyli prezenteizm, absenteizm, zwolnienia z pracy. Zdrowe społeczeństwo to zdrowa gospodarka".

Prof. **Mieczysław Walczak** (konsultant krajowy w dziedzinie endokrynologii i diabetologii dziecięcej, członek Rady ds. Chorób Rzadkich) zwrócił uwagę na zdrowie najmłodszych obywateli UE - „Okazuje się, że zaledwie 6 proc. dzieci w wieku szkolnym spełnia jakiekolwiek kryterium sprawności fizycznej, a 94 proc. młodzieży szkolnej - to inwalidzi. Stąd ważne są działania na rzecz poprawy sprawności fizycznej dzieci i młodzieży, tak aby zmniejszyć skalę występowania u nich problemu otyłości i cukrzycy."

Kwestię edukacji społeczeństwa poruszyła także prof. **Anna Latos-Bieleńska** (konsultant krajowa w dziedzinie genetyki klinicznej przewodnicząca Rady ds. Chorób Rzadkich), mówiąc o popularyzowaniu wiedzy dotyczącej medycyny genomowej - „Za rozwojem genetyki nie nadąża legislacja i edukacja lekarzy, a społeczeństwo nie zna zagrożeń związanych z ochroną danych w tym obszarze".

Artur Białkowski (członek zarządu Medicover, wiceprezes Pracodawców Medycyny Prywatnej) dodał, że w temacie profilaktyki należy szczególnie zaznaczyć dbanie o zdrowie pracownika. Zapewnienie lepszego wsparcia w zakresie zdrowia fizycznego, psychicznego i społecznego, generuje korzyści dla firmy i całej gospodarki, poprzez m.in. zmniejszenie absencji chorobowej.

Podczas debaty wspomniano również o konieczności rewizji prawa farmaceutycznego. Zdaniem **Krzysztofa Kopcia** (prezes Krajowych Producentów Leków) należy dążyć do produkcji gotowych farmaceutyków i substancji czynnych w państwach UE. Sprzyjać europejskiemu przemysłowi farmaceutycznemu będzie stabilność prawna w tym obszarze. Zmniejszy to ryzyko wystąpienia problemów związanych z dostępnością najpotrzebniejszych leków.

Uczestnicy debaty wymieniali również rozwiązania z obszaru opieki zdrowotnej w Polsce, na których mogą wzorować się inne państwa UE. „Możemy pół roku prezydencji wykorzystać na to, by pokazać, w czym jesteśmy dobrzy. Priorytety w chorobach cywilizacyjnych definiuje się poprzez dobre badania epidemiologiczne, a my jesteśmy dużym krajem i badania wykonane w Polsce mają przełożenie na całą Europę, zwłaszcza w połączeniu z genomiką, która pozwoli nam na nowo definiować pewne problemy związane z diagnostyką i terapią chorób cywilizacyjnych. Dobrze byłoby też o metodzie definiowania priorytetów porozmawiać i w czasie tej prezydencji pochwalić się naszymi badaniami epidemiologicznymi" – mówił prof. **Marcin Moniuszko** (prorektor ds. nauki i rozwoju Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku).

Prof. **Mieczysław Walczak** za wzór do naśladowania wskazał polski Plan dla Chorób Rzadkich. Jego zdaniem, warto na forum europejskim rozpocząć dyskusję na temat terapii chorób rzadkich, tak aby skuteczność tych często kosztownych metod leczenia była jak najwyższa. W Polsce wzorowa jest również opieka nad dziećmi cierpiącymi na cukrzycę. „Polskie dzieci chorujące na cukrzycę, dzięki dostępowi do najnowszych insulin i systemów monitorowania glikemii, mają najlepiej w Europie wyrównany poziom glikemii" – podkreślił profesor **Walczak**.

Prof. **Małgorzata Myśliwiec** (kierownik Kliniki Pediatrii, Diabetologii i Endokrynologii Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego) zwróciła uwagę na pewne niedociągnięcia w zakresie dostępu do najnowszych technologii w tym obszarze. Pacjenci po ukończeniu 26 roku życia mają zamkniętą drogę do refundowanych pomp insulinowych. I przypomniała - „Jesteśmy jednym z krajów, który nie ma screeningu badań przesiewowych w kierunku hipercholesterolemii rodzinnej. Rozwiązaniem byłoby takie badanie przy bilansie sześciolatków".

Prof. **Małgorzata Janas-Kozik** (pełnomocnik Ministra Zdrowia ds. reformy psychiatrii dzieci i młodzieży, kierownik Katedry Psychiatrii i Psychoterapii SUM) jako o wzorze do naśladowania mówiła o polskiej reformie systemowej psychiatrii, zwłaszcza jeżeli chodzi o opiekę w zakresie zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży - „Środowiskowe poradnie psychologiczno-psychoterapeutyczne mogą rozwiązywać problemy na wczesnym etapie i bardzo szybko".

Debata: **"Eksperci Komisji Zdrowia Senatu RP rekomendują Nowy System Ochrony Zdrowia Polaków"**

Uczestnicy: Artur Białoszewski, Paweł Buszman, Mariola Dwornikowska-Dąbrowska, Marcin Pakulski, Christoph Sowada, Maciej Bogucki (moderator)

Minister Zdrowia w randze wicepremiera, zbudowanie efektywnego systemu ochrony zdrowia, zwiększenie znaczenia zdrowia publicznego - to niektóre rekomendacje przedstawione przez ekspertów Komisji Zdrowia Senatu RP.

Dyskusję prowadził **Maciej Bogucki**, dyrektor Europejskiego Centrum Strategii i Polityk w Ochronie Zdrowia. Jak przypomniał, w wyniku kilkumiesięcznej pracy zespołu ekspertów udało się opracować rekomendacje dotyczące budowy nowego systemu ochrony zdrowia w Polsce. Skupiają się one na czterech kluczowych obszarach: organizacja systemu, finansowanie, kadra medyczna oraz zdrowie publiczne.

Profesor **Paweł Buszman** (Uniwersytet Śląski w Katowicach) przedstawił rekomendacje dotyczące organizacji systemu ochrony zdrowia w Polsce, zakładające integrację różnych elementów systemu zarówno w poziomie, jak i w pionie. Powiedział, że integracja systemu opieki zdrowotnej i ochrony zdrowia jest kluczowa, aby skoordynować działania, zapewnić ciągłość opieki, monitorować jakość oraz skuteczność działań. Jak ocenił, obecnie różne podmioty medyczne działają w izolacji, a pacjent jest pozostawiony własnemu losowi. System powinien działać bardziej proaktywnie, wskazując, gdzie i kiedy pacjent powinien się znaleźć oraz jakie badania i leczenie są w danej chwili potrzebne.

Zespół ekspertów komisji senackiej rekomendował kompleksową integrację różnych elementów i poziomów systemu ochrony zdrowia. Jeśli chodzi o integrację poziomą, obejmującą powiaty (pierwszy poziom), istotne jest zintegrowanie działań POZ, AOS oraz szpitali powiatowych w zakresie szybkiego kierowania pacjentów do leczenia. Konieczne jest także stworzenie Centrów Diagnostycznych, spełniających rolę ośrodków profilaktycznych w zakresie chorób cywilizacyjnych. Kolejnym elementem tego poziomu jest opieka społeczna, rehabilitacja oraz transport medyczny i sanitarny, mające na celu zapewnienie ciągłości procesu diagnostyczno-terapeutycznego pacjenta bez dodatkowych kosztów. Integracja pozioma zakłada współpracę różnych podmiotów medycznych działających na danym obszarze.

Na poziomie wojewódzkim (drugim), zwłaszcza w szpitalach wojewódzkich, działalność powinna zostać skonsolidowana. Profesor **Buszman** sugerował, aby rozważyć stworzenie nowej struktury podmiotów o charakterze samorządowym lub publiczno-prywatnym, zarządzanych w taki sposób, aby unikać zbędnej konkurencji, zwłaszcza w zakresie zasobów ludzkich i zakupu sprzętu medycznego. Na poziomie wojewódzkim system powinien być silnie zintegrowany, co umożliwi tworzenie wspólnych grup zakupowych, monitorowanie i porównywanie wydatków, zwłaszcza w dziedzinie medycyny specjalistycznej. Trzeci poziom - to poziom uniwersytecki. Szpitale kliniczne powinny monitorować parametry epidemiologiczne i demograficzne, tworzyć programy zdrowotne oraz koordynować integrację pionową, czyli dostęp pacjentów do ścieżek terapeutycznych.

Artur Białoszewski (kierownik Programu SGH-WUM MBA w Ochronie Zdrowia) przedstawił rekomendacje zespołu dotyczące kwestii kapitału ludzkiego. Jak powiedział, w trakcie prac zespołu sytuacja kadrowa w ochronie zdrowia ulegała ciągłym zmianom. Pierwotnie dyskusje zespołu koncentrowały się głównie na zachętach finansowych dla personelu medycznego. Finalne rekomendacje opierają się jednak na kwestiach pozapłacowych, takich jak kształcenie i poszerzanie kompetencji.

Członkowie Zespołu Senackiego rekomendują bardziej prozdrowotną politykę państwa, mającą na celu utrzymanie społeczeństwa w zdrowiu przez jak najdłuższy czas, czyli odejście od skupiania się wyłącznie na leczeniu. Konieczne jest dostosowanie kadr medycznych do prognozowanego wzrostu liczby osób w ieku powyżej 60 lat (do 2050 roku o 40 proc.). Wskazano, że Polska ma zbliżoną do Japonii liczbę lekarzy w przeliczeniu na 1 mieszkańca, ale dwa razy mniej pielęgniarek, dlatego zespół pracował nad metodami zwiększenia liczby personelu medycznego ogólnie, a nie tylko lekarzy. Popyt na kadrę medyczną nigdy nie zostanie zaspokojony, dlatego kluczowe jest zapewnienie wysokiej jakości kształcenia oraz stworzenie nowego systemu ewaluacji uczelni medycznych. Konieczne jest także zapewnienie odpowiednich źródeł finansowania specjalizacji, rozszerzenie kompetencji innych zawodów medycznych oraz odciążenie lekarzy od zadań biurowych. Rekomendowano także stworzenie systemu zachęt dla pracowników sektora publicznego, np. w postaci dodatkowych urlopów szkoleniowych, które byłyby wpisane do umowy o pracę, tak aby pracodawca publiczny był konkurencyjny względem pracodawcy niepublicznego.

Profesor **Christoph Sowada** (dyrektor Instytutu Zdrowia Publicznego UJ CM) omówił rekomendacje dotyczące finansowania systemu ochrony zdrowia. Kluczowym pytaniem, na które eksperci starali się znaleźć odpowiedź, było - ile środków powinno być przeznaczonych na ten system. Jak podkreślił, przed rozpoczęciem reformy konieczne jest zidentyfikowanie potrzeb zdrowotnych oraz opracowanie efektywnych procedur medycznych. Głównym celem jest zbliżenie się do średniej unijnej, gdzie wydatki na ochronę zdrowia wynoszą ponad 9 proc. PKB, co oznaczałoby podwojenie aktualnych wydatków. Bez znacznego zwiększenia środków niemożliwe jest przeprowadzenie reformy systemu. Jednak równie ważne jest - według ekspertów - wprowadzenie głębszych reform systemowych, aby uniknąć utrwalania nieskutecznego systemu. Wskazano, że należy zapewnić sprawiedliwe obciążenie składką zdrowotną wszystkich grup społecznych. Konieczne jest także bardziej efektywne wykorzystanie środków prywatnych, na przykład przez wprowadzenie ubezpieczeń uzupełniających. Zaproponowano rozważenie opcji stworzenia mieszanego systemu finansowania, wzorowanego na niemieckim modelu, który łączy środki publiczne i prywatne.

Marcin Pakulski (zastępca dyrektora ds. medycznych Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Częstochowie) wskazał na brak koordynacji działań w obszarze zdrowia publicznego, który znacząco wpływa na pojedynczych pacjentów oraz na całe społeczeństwo. Wskazał, że przyszłość demograficzna nie jest obiecująca, uwzględniając m.in. prognozy, że do 2035 roku potrzeby zdrowotne w zakresie hospitalizacji w oddziałach wewnętrznych i geriatrycznych wzrosną o 50 proc. Dlatego kluczowe jest wzmocnienie sektora zdrowia publicznego, co powinno oznaczać m.in. powołanie przez premiera pełnomocnika ds. Zdrowia publicznego, który będzie koordynował te działania. Należy utworzyć komitet zdrowia publicznego przy KPRM, w którym mieliby pracować przedstawiciele różnych resortów. Konieczne jest także bardziej efektywne wykorzystanie zasobów ludzkich, takich jak absolwenci kierunków związanych ze zdrowiem publicznym, dążąc do odciążenia lekarzy od obowiązków biurokratycznych. Warto także integrować zadania związane z promocją zdrowia i edukacją zdrowotną na poziomie samorządów oraz zwiększyć nakłady na szeroko rozumiane zdrowie publiczne.

Mariola Dwornikowska-Dąbrowska (wicedyrektor ds. finansów i administracji Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego we Wrocławiu) zwróciła uwagę, że zarządzanie systemem ochrony zdrowia powinno być bardziej elastyczne. Ponieważ to pacjent ostatecznie korzysta z usług medycznych, ważne jest, aby system skupił się na dostarczaniu właściwej opieki medycznej. Przypomniała o znaczeniu narzędzi menedżerskich, takich jak koordynacja czy odpowiednie zarządzanie zasobami ludzkimi. W kontekście wynagrodzeń zwróciła uwagę na konieczność elastycznego podejścia, tak aby zaspokajać potrzeby różnych grup medycznych w zróżnicowanych obszarach. Wskazała na potrzebę benchmarkingu, czyli porównywania się z innymi systemami ochrony zdrowia, aby czerpać z nich inspirację do efektywnego zarządzania. Na koniec zaznaczyła, że należy skupić się na zmniejszeniu biurokracji i zoptymalizowaniu procesów w systemie ochrony zdrowia, w tym wykorzystaniu systemów informatycznych oraz zagospodarowaniu zasobów ludzkich.

Debata: **"Jakość w ochronie zdrowia – nowa perspektywa"**

Uczestnicy: Jakub Adamski, Piotr Bromber, Marcin Gruchała, Magdalena Kołodziej, Jakub Kraszewski, Katarzyna Pinkosz (moderator)

Poprawa jakości w ochronie zdrowia nie jest możliwa bez świadomości jej potrzeby. Wyższe standardy świadczeń medycznych wymagają stosowania najlepszych praktyk. W systemie ochrony zdrowia jakość jest nierozerwalnie związana z bezpieczeństwem pacjenta. Dlatego potrzebne jest budowanie systemu monitorowania, oceny i nagradzania podmiotów leczniczych, które potrafią zapewnić pacjentom najwyższą jakość i bezpieczeństwo opieki.

Jakość w ochronie zdrowia - to zgodnie z definicją WHO - stopień, do jakiego usługi zdrowotne obejmujące jednostki i populacje zwiększają prawdopodobieństwo osiągnięcia oczekiwań w zakresie efektów leczenia oraz wykazują zgodność z aktualną i profesjonalną wiedzą. Podczas debaty „Jakość w ochronie zdrowia – nowa perspektywa" rozmawiano o wprowadzaniu elementów podnoszących jakość świadczonych usług medycznych oraz o monitorowaniu jakości w ochronie zdrowia.

Wiceminister **Piotr Bromber** mówił o kulisach prac nad ustawą o jakości w ochronie zdrowia i bezpieczeństwie pacjenta i ocenił, że włączenie pacjentów w ocenianie procesu leczenia jest najważniejszym elementem

wprowadzonej ustawy - “To był jeden z trudniejszych procesów legislacyjnych, w których uczestniczyłem”. Obawy przed uchwaleniem ustawy uznał za oznakę “strachu przed jakością”. Jego zdaniem, z perspektywy czasu uchwalenie tej ustawy będzie uznane za bardzo ważne, chociaż w czasie prac nie każdy doceniał jej znaczenie. Możliwość wypełniania ankiet - co przewiduje ustawa - sprawi, że pacjenci po raz pierwszy na gruncie formalno-prawnym będą mogli oceniać proces leczenia, w którym uczestniczą. Powiedział również, że ustawa nie stanowi zakończenia pracy, ale rozpoczyna nowy etap wdrażania rozwiązań na rzecz jakości.

Jakub Kraszewski, dyrektor naczelny Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego w Gdańsku, podkreślał znaczenie jednakowych standardów oceny poszczególnych aspektów procesu leczenia. Powinny być one zrozumiałe dla wszystkich – zarówno ocenianych, jak też oceniających. Jego zdaniem największą trudność przy wprowadzaniu zmian mających na celu poprawę jakości sprawia zmiana mentalności pracowników placówek medycznych. Wynika to z trudności w przełamywaniu nawyków i wieloletnich przyzwyczajeń. W wielu przypadkach część drobnych korekt procedur wydaje się pracownikom nieistotna w danym momencie, podczas gdy odgrywa duże znaczenie jako element większej zmiany, która po pewnym czasie “zapunktuje w statystykach”. Należy zatem cały czas mieć świadomość, że projakościowe zmiany są wprowadzane dla dobra pacjentów. Dyrektor **Kraszewski** podkreślił, że jakość - to także lepsze wykorzystanie zasobów, które w systemie ochrony zdrowia są dość ograniczone. Wskazał również, że tematyka jakości powinna pojawiać się już na studiach, na kierunkach medycznych, tak aby w pracy zawodowej lekarze i inni specjaliści medyczni nie bali się podlegać ocenie.

Profesor **Marcin Gruchała**, rektor Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego powiedział, że najbardziej bolesnym elementem oceny jakości opieki był zawsze stosunek personelu medycznego do pacjentów. Wykonywanie cennych i unikalnych procedur medycznych powinno iść w parze z właściwym stosunkiem do chorych. Jego zdaniem bardzo ważne jest zbieranie i analizowanie danych dotyczących efektywności leczenia na poszczególnych oddziałach czy w placówkach medycznych. Monitorowanie efektów leczenia sprawia, że jakość opieki się podnosi - mówił prof. **Gruchała**, powołując się na przykłady zmian wprowadzonych w organizacji pracy UCK w Gdańsku.

Jakub Adamski, reprezentujący Biuro Rzecznika Praw Pacjenta, mówił o trudnościach związanych z wprowadzaniem zmian projakościowych w systemie ochrony zdrowia. Wymagają one nie tylko inicjatyw na poziomie regulacyjnej, ale również gotowości na zmianę w podmiotach leczniczych. Wprowadzenie tych zmian wymaga świadomości potrzeby ich wprowadzenia również po stronie kierujących podmiotami leczniczymi. Dzięki temu coraz bardziej powszechne będzie wykorzystanie m.in. narzędzi mierzących jakość. Dyrektor **Adamski** zwrócił również uwagę, że jakość w systemie ochrony zdrowia wygląda inaczej z perspektywy pacjentów i ekspertów. Pacjenci najczęściej chwalą personel za tzw. ludzkie podejście, doceniają relacje interpersonalne i otwartą komunikację. Mimo, że na pierwszym miejscu wśród sygnałów do Rzecznika znajdują się problemy z dostępnością świadczeń, to jakości dotyczy co trzecie zgłoszenie.

Również **Magdalena Kołodziej**, prezes Fundacji MY PACJENCI potwierdziła, że chociaż nadal dostępność do świadczeń jest bardzo ważnym problemem, tym niemniej - jej zdaniem - dobrze się stało, że za sprawą uchwalenia ustawy kwestie dotyczące jakości weszły na nowy poziom, nabrały nowego znaczenia. Pacjenci patrzą trochę inaczej na jakość opieki medycznej niż placówki czy eksperci - dla nich bardzo ważny jest aspekt ludzki, czyli emocjonalna strona opieki i zaangażowanie, gesty czy nastawienie personelu medycznego. Dlatego “miękkie” kwestie oceny opieki należy brać pod uwagę i analizować, a przewidziane ustawą badania ankietowe wychodzą naprzeciw tej potrzebie.

Debata: **"Bezpieczeństwo, skuteczność, monitorowanie - optymalizacja procesów terapeutycznych"**

Uczestnicy: Krzysztof Adamcewicz, Michał Byliniak, Grzegorz Cessak, Joanna Lis, Maciej Miłkowski, Grzegorz Rychwalski, Roman Topór-Mądry, Anna Zimny-Zając (moderatorka)

Optymalizacja procesów terapeutycznych musi dotyczyć wszystkich poziomów i zaczynać się na etapie badań klinicznych oraz wdrażania innowacyjnych produktów leczniczych.

„Wiemy, że między Europą a Stanami Zjednoczonymi istnieje konkurencja w rozwoju badań klinicznych i w dostępie do innowacyjnych produktów leczniczych" – przypomniał **Grzegorz Cessak** (prezes Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych) - „Dlatego Unia Europejska postanowiła przyspieszyć proces podejmowania decyzji, zharmonizować go tak, by był atrakcyjny dla sponsora. Zmiany zmierzają do tego, by jak najwcześniej były dostępne te produkty lecznicze, co do których potrzeby medyczne są niezaspokojone."

Jak zauważył wiceminister **Maciej Miłkowski**, coraz mniej jest leków nierefundowanych - „Zaległych wniosków mamy bardzo niewiele. W ostatnim czasie wydajemy coraz więcej decyzji negatywnych, co dyscyplinuje rynek, pokazuje kierunki myślenia ministerstwa oraz to, w jaki sposób poprawiać oferty. Nie chcemy za wszelką cenę refundować wszystkich terapii. Będziemy też monitorować ich efektywność, być może nie wszystkie będą kontynuowane w dotychczasowej cenie. Albo w ogóle."

„Ocena efektu klinicznego terapii - to podstawowa sprawa, standard. Jej podstawą są badania kliniczne. Ważnym elementem jest również bezpieczeństwo leczenia, bo terapia musi być nieraz agresywna" - stwierdził **Roman Topór-Mądry** (prezes AOTMiT). Jednak i w kwestii bezpieczeństwa można mówić o optymalizacji procesu terapeutycznego dzięki innowacyjności rozwiązań. „Już dzisiaj możemy zaproponować wyprowadzenie chemioterapii, immunoterapii, które dawniej były uważane za bardzo toksyczne, do ambulatoryjnej opieki medycznej, co wpłynie na obniżenie kosztów w systemie" – przekonywał **Krzysztof Adamcewicz** (Roche Polska). Kwestię do dyskusji stanowi też udostępnianie terapii biologicznych poza programami lekowymi, przeniesienie ich do AOS, szczególnie tam, gdzie pozwoli na to brak bariery cenowej.

Efektywność terapii będzie większa, jeśli lepiej będą prowadzone badania kliniczne. Nie jest to łatwe, ponieważ uczestniczą w nich pacjenci w różnym stanie. „Myślę, że nie tędy droga, by rejestrować leki po jednoramiennych badaniach, ale by starać się przeprowadzać coraz lepsze badania. Okres, który poświęcimy na lepsze badania, zaowocuje terapiami skutecznymi, a nie takimi, z których będziemy się wycofywać po 2-3 latach" - zauważył **Grzegorz Cessak**.

Według wiceministra **Miłkowskiego**, dobrym rozwiązaniem byłby zdefiniowany okres dostępności leku bezpłatnie bezpośrednio po rejestracji - „W Europie funkcjonuje dwuletni okres bezpłatny, by dowieść skuteczności farmaceutycznej terapii". Natomiast **Joanna Lis** zwróciła uwagę na znaczenie diagnostyki - „Mówimy o optymalizacji w różnych aspektach: rejestracyjnym, refundacyjnym, oceny technologicznej,

dostępności w praktyce klinicznej. Dobrze byłoby połączyć wszystkie te elementy w ścieżce pacjenta. Niezdiagnozowany pacjent generuje duże koszty, jest źle leczony. Optymalizacja powinna być więc oparta na ocenie ścieżki diagnostycznej. Na podstawie rejestrów, baz danych, będzie można ocenić, jak powinna ona przebiegać, a jednocześnie, który lek jest dla tego pacjenta zarejestrowany i powinien być jak najszybciej refundowany." Ten kompleksowy proces będzie się przekładał na lepsze wykorzystanie zasobów ochrony zdrowia. To już się dzieje w niektórych obszarach - onkologii czy kardiologii.

Grzegorz Rychwalski, wiceprezes Krajowych Producentów Leków przypomniał, że leki biologiczne w Polsce co do zasady podawane są pacjentom w ramach programów lekowych realizowanych tylko w szpitalach. "Ten system, niestety, osiągnął maksimum swoich możliwości i niemożliwym staje się zwiększanie liczby leczonych chorych. Dlatego tak ważne jest udostępnienie części leków biologicznych w poradniach" - powiedział. Jego zdaniem, taka zmiana poszerzyłaby dostęp do leczenia biologicznego, a chorzy nie musieliby jeździć do szpitali, niekiedy znacznie oddalonych od miejsca ich zamieszkania. Odciążyłoby to też system szpitalny. W odpowiedzi wiceminister **Maciej Miłkowski** zapowiedział, że w przyszłym roku część leków biologicznych będzie dostępna nie tylko w szpitalach, ale i w poradniach. Lista takich leków jest już opracowywana w Ministerstwie Zdrowia i niebawem prace przejdą do etapu wdrożeniowego.

Kolejny ważny temat - to gromadzenie danych oraz wykorzystywanie ich w sposób bezpieczny i z pożytkiem dla optymalizacji procesów terapeutycznych. „Rozwój dostępu do danych, określenie, co będzie w nich gromadzone - to wyzwania, które pozwolą zarówno ministrowi, jak i stronie farmaceutycznej, podejmować szybkie decyzje" – zauważył **Michał Byliniak**, dyrektor Związku Pracodawców Innowacyjnych Firm Farmaceutycznych INFARMA.

Temat bezpieczeństwa terapii powrócił wraz z kwestią monitorowania działań niepożądanych. Zarówno w Europie, jak i w Polsce, działają odpowiednie systemy w tym zakresie. Niemniej temat ciągle wymaga nagłośnienia, popularyzacji w celu podniesienia świadomości społecznej. „Tego, by każdy pacjent rozumiał, że zgłoszenie przez niego działań niepożądanych zwiększy bezpieczeństwo całej populacji" – podkreślił **Grzegorz Cessak**. Jego zdaniem sam system zgłoszeń wymaga uproszczeń zarówno dla osób wykonujących zawody medyczne, jak i dla pacjentów.

Debata: **"Medycyna prywatna w systemie ochrony zdrowia"**

Uczestnicy: Artur Białkowski, Piotr Bromber, Małgorzata Gałązka-Sobotka, Filip Nowak, Andrzej Podlipski, Jakub Szulc, Krzysztof Jakubiak (moderator)

Medycyna prywatna powinna być traktowana jako partner, a nie konkurent sektora publicznego. Obecnie nie jest możliwe zabezpieczenie potrzeb pacjentów bez kooperacji pomiędzy tymi dwoma sektorami: publicznym i prywatnym, które przenikają się wzajemnie. Usystematyzowana współpraca pomiędzy nimi staje się szczególnie istotna w czasach niedoboru kadr.

Uczestnicy panelu dyskutowali o roli sektora prywatnego w całości systemu. **Filip Nowak**, prezes Narodowego Funduszu Zdrowia, podkreślił - „Sektor prywatny jest jednym z głównych elementów

systemu ochrony zdrowia. Płatnik narodowy nie zastanawia się nad strukturą własnościową podmiotu, z którym zawiera umowę na realizację świadczeń. Współpraca zmierzająca do optymalizacji wykorzystania potencjału – to jest to, do czego partnerstwo publiczno-prywatne powinno stale dążyć". Podając przykłady tego partnerstwa, wskazał że w lecznictwie szpitalnym przeważają świadczenia wykonywane w ramach publicznej opieki, ale z kolei stomatologia "jest prawie w stu procentach sprywatyzowana". Zdaniem Filipa Nowaka należy rozszerzyć współpracę np. w zakresie leczenia szpitalnego czy nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej, tak aby jak najlepiej wykorzystywać ograniczone zasoby, m.in. kadrowe.

„Medycyna prywatna nie powinna być traktowana jedynie jako dodatkowe ubezpieczenie lub pakiet zdrowotny, czy też zagrożenie dla funkcjonowania i rozwoju sektora publicznego. Konieczne jest podjęcie szerokiego, wielosektorowego dialogu i wprowadzenie rozwiązań, także tych legislacyjnych, które potwierdzą i usankcjonują partnerstwo sektora prywatnego i publicznego, na którym skorzysta przede wszystkim polski pacjent, ale także system ochrony zdrowia jako całość" – mówił **Artur Białkowski**, wiceprezes zarządu Pracodawców Medycyny Prywatnej. Skala potrzeb i oczekiwań polskich pacjentów wciąż rośnie i sam sektor publiczny nie jest w stanie zaspokoić wszystkich potrzeb zdrowotnych. Dlatego sektor prywatny, którego możliwości i potencjał także systematycznie się zwiększają, jest naturalnym elementem polskiego systemu opieki. „Powinniśmy dbać o to, aby prywatna część systemu ochrony zdrowia była traktowana tak samo, jak publiczna. To ważne, bo my także zapewniamy opiekę zdrowotną" – podkreślał prezes **Białkowski**. Jako przykład nierówności wskazał na to, że lekarz w trakcie prywatnej konsultacji lekarskiej nie może wystawić recepty na bezpłatne leki, nawet jeśli pacjent ubezpieczony jest w publicznym systemie.

Wiceminister **Piotr Bromber** zaznaczył, że w ostatnim czasie ze strony resortu zdrowia było wiele sygnałów świadczących o chęci dialogu i współpracy z przedstawicielami prywatnych podmiotów. Najważniejsze - to współpraca, wzajemne uzupełnianie oraz wsparcie. "Doceniamy dobrą współpracę z przedstawicielami medycyny prywatnej. Kluczowe dla wzmocnienia relacji były prace nad ustawą o jakości w ochronie zdrowia. Obecnie jest wypracowany konsensus w relacjach codziennych. Problemy i wyzwania prywatnego sektora ochrony zdrowia są omawiane. Nie dostrzegam problemu, który w najbliższym czasie mógłby nas poróżnić" – mówił **Piotr Bromber**.

Doktor **Małgorzata Gałązka-Sobotka** (dyrektor Instytutu Zarządzania w Ochronie Zdrowia, Uczelnia Łazarskiego) przytoczyła dane liczbowe, pokazujące znaczenie medycyny prywatnej - „Polski system ochrony zdrowia rocznie przyjmuje ok. 28 mln pacjentów w ramach podstawowej opieki zdrowotnej, około 16 mln pacjentów w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. Na każdym z tych poziomów dominuje sektor prywatny – czyli prywatni przedsiębiorcy prowadzący podmioty działające najczęściej w oparciu o umowę z NFZ. Faktem jest mocne współistnienie sektora prywatnego z sektorem publicznym". I dodała - „Dyskusja powinna toczyć się o tym, jak istotnie wyrównywać szanse". Nadzieją na równe traktowanie podmiotów jest - jej zdaniem - ustawa o jakości. Tworzenie zapisów ustawy od początku oparte było na współpracy obu sektorów. W ten sposób następuje również transfer doświadczeń pomiędzy systemem prywatnym i publicznym.

Przypomniała także strategiczne plany rządu, zgodnie z którymi rokrocznie podwyższane będzie finansowanie publicznego sektora. Równocześnie Polacy chcą mieć alternatywę w postaci prywatnych świadczeniodawców, co w konsekwencji będzie stymulować rozwój również tego sektora. Zdaniem dr **Gałązki-Sobotki** największym ograniczeniem dla wszystkich podmiotów są i będą kadry. Wywiązująca się konkurencja o pracowników szkodzi obu sektorom, a w konsekwencji negatywnie odbija się na pacjentach.

Andrzej Podlipski, członek zarządu Pracodawców Medycyny Prywatnej (Scanmed) dodał - „Chciałbym, aby jakość była naturalnym miernikiem służącym do porównywania dwóch sektorów. Nie cena jest ważna, ale to, jak wygląda usługa. Wierzymy, że dzięki usługom sektora prywatnego polepszy się jakość udzielanych świadczeń. Warto podkreślić, że udział w rynku prywatnych świadczeniodawców stanowi prawie 50 proc.".

Również **Jakub Szulc**, członek zarządu Pracodawców Medycyny Prywatnej (ALAB) zaapelował o jednakowe podejście do wszystkich sektorów systemu - „Nie powinniśmy rozróżniać świadczeniodawców na publicznych i prywatnych. Pacjent oczekuje jakości i określonego standardu udzielanego świadczenia. Chciałbym, żebyśmy zaczęli mówić o tym, co dostarczamy pacjentowi i co pacjent powinien otrzymać. Powinniśmy zacząć patrzeć na udzielanie świadczeń przez pryzmat zdrowia. Bez koegzystencji świadczeniodawców nie jesteśmy w stanie pchać tego wózka, którym jest polska ochrona zdrowia".

Debata: **"Zarządzanie w ochronie zdrowia - wyzwania"**

Uczestnicy: Piotr Bromber, Leszek Domański, Monika Domarecka, Monika Raulinajtys-Grzybek, Anna Rulkiewicz, Emilia Grzela (moderatorka)

W jaki sposób przyciągnąć do sytemu najlepszych? Z jakimi wyzwaniami mierzą się menedżerowie placówek medycznych? Czy system kształcenia podyplomowego jest gwarantem najwyższej jakości zarządzania? W jaki sposób zbudować sprawny zespół?

Panel rozpoczęła dyskusja nad tym, w jaki sposób uatrakcyjnić placówki medyczne, aby przyciągały najlepszych pracowników. Wiceminister **Piotr Bromber** powiedział, że pandemia COVID-19 pozwoliła na pokazanie efektywności instytucji publicznych, zwłaszcza placówek medycznych, które musiały szybko dostosować się do nowych wyzwań. Wówczas okazało się, że przede wszystkim dzięki kompetencjom swoich pracowników dysponują one ogromnym potencjałem i są w stanie podołać temu wyzwaniu. Jak ocenił min. Bromber, atrakcyjność sektora publicznego przy wyborze pracy miejsca przez ambitnych menedżerów opiera się na możliwości rozwoju, a sektor publiczny i prywatny wymagają podobnych kompetencji, umiejętności i kultury zarządczej.

Monika Domarecka, dyrektor Centralnego Szpitala Klinicznego Uniwersytetu Medycznego w Łodzi wskazała, że dynamiczny charakter pracy i możliwość zbudowania organizacji o wysokiej jakości są kluczowymi czynnikami przyciągającymi menedżerów. Kwestie finansowe przestają być głównym motorem zainteresowania pracą na stanowisku menedżerskim w sektorze ochrony zdrowia.

W dalszej części dyskusji omówiono wyzwania związane z zarządzaniem w ochronie zdrowia, takie jak właściwe zagospodarowanie dostępnych środków finansowych, poprawa komunikacji pomiędzy różnymi podmiotami systemu oraz zapewnienie odpowiedniej jakości opieki pacjentom. Profesor **Leszek Domański**, prorektor ds. klinicznych Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego zwrócił uwagę na konieczność właściwego wydatkowania środków oraz doskonalenia komunikacji. Te czynniki wpływają na osiągnięcie odpowiednich efektów zarządczych - "Obecnie wiele środków jest nieodpowiednio wydatkowanych ze względu na trudności w komunikacji bądź jej całkowity brak. Dostęp do danych wrażliwych jest możliwy jedynie za pośrednictwem pacjenta, który niejednokrotnie jest zagubiony w systemie, generując mnogość wizyt i dodatkowych konsultacji. Odpowiednia komunikacja na każdym poziomie umożliwia osiąganie odpowiednich efektów zarządczych".

Rozmawiano również o jakości kształcenia menedżerów w ochronie zdrowia. Kształcenie podyplomowe, szczególnie studia MBA, jest coraz bardziej popularne. Skupia się ono na rozwijaniu kompetencji menedżerskich, umiejętności przywódczych i funkcjonowania w zmiennym otoczeniu. **Monika Raulinajtys-Grzybek**, kierowniczka Katedry Rachunkowości Menedżerskiej SGH zwracała uwagę, że dobrze przygotowane studia MBA mają rozwijać kompetencje menedżerskie i uczyć osiągania wyznaczonych celów.

W kontekście budowania sprawnych zespołów podkreślono znaczenie współpracy i komunikacji. Jak mówili eksperci, istotne jest także stworzenie „organizacji uczącej się", w której można uczyć się na błędach i dzielić wiedzą oraz doświadczeniami. Bardzo istotne jest zaangażowanie pracowników w proces decyzyjny. Jak mówiła **Monika Domarecka**, kluczem do sukcesu jest plan działania i odpowiednie zaangażowanie pracowników, tak aby wszyscy razem wspólnie dążyli do celu - "Komunikacja jest kluczowa, a wiara w ludzi, że możemy działać razem, odgrywa ogromną rolę. Ludzie mają również cenne pomysły, które można zrealizować. Jako menadżerowie, nie zawsze mamy pełną wiedzę". Podobnego zdania była **Anna Rulkiewicz**, prezes Grupy LUX MED, według której należy budować poczucie sprawczości wśród pracowników, już od najniższych szczebli drabiny zarządzania.

Paneliści wskazywali również, że ważne kryterium oceny efektywności działań stanowią doświadczenia. Panel zakończył się podkreśleniem, że potrzebujemy dalszego rozwoju oraz edukacji menedżerów w sektorze ochrony zdrowia, aby skutecznie zarządzali placówkami medycznymi. "Budujmy kadrę, która nie wymaga nadmiernego nadzoru. Kadrę, która skutecznie realizuje naszą wizję. Lider powinien podejmować decyzje, które jest w stanie zrozumiale wyjaśnić i uzasadnić. Mamy dobrych menedżerów w systemie, których powinniśmy zatrzymać i wykorzystać ich potencjał" – podsumowała dyskusję **Anna Rulkiewicz**.

Debata: **"Inwestycje w sektorze zdrowia - jakie korzyści dla pacjentów i systemu ochrony zdrowia?"**

Uczestnicy: Jakub Kraszewski, Marcin Martyniak, Rafał Staszewski, Tomasz Szczepański, Magdalena Wojdowska, Paulina Gumowska (moderator)

W jaki sposób prowadzić politykę inwestycyjną w sytuacji zadłużenia szpitali, ale też potrzeb, wynikających z postępu naukowego i technologicznego? Czy da się to pogodzić?

„Oczywiście nie możemy realizować inwestycji w oderwaniu od innych obszarów rozwoju, za które Ministerstwo Zdrowia odpowiada. Mówimy o zwiększaniu kadry, potencjału tego sektora czy nowych innowacyjnych formach świadczenia opieki, o jakości i wreszcie dobrym samopoczuciu pacjenta w związku z żywieniem w szpitalach. Nie możemy tego traktować jako czegoś, co realizujemy równolegle. Obecna polityka MZ, którą realizujemy od 2 lat, ma wymiar łączenia. W dużej części motywatorem dla kadr medycznych jest niezaprzeczalnie element płacowy, ale nie tylko. Istotne są też warunki pracy, jakość sprzętu, na jakim lekarze pracują" - mówił wiceminister **Marcin Martyniak**.

Dokąd trafiły środki z Funduszu Medycznego? „Najpierw były skierowane do tych placówek i obszarów, gdzie były wieloletnie opóźnienia, np. pediatria, która była bardzo mocno niedoinwestowana" – przypomniał **Marcin Martyniak**. Środki unijne będą wspierać podstawową opiekę zdrowotną w związku z przyjęciem przez nią opieki koordynowanej. Dofinansowana ma być również onkologia i psychiatria.

Uzupełniła to **Magdalena Wojdowska** (Narodowy Fundusz Zdrowia) - „Planujemy wsparcie przede wszystkim POZ oraz tych podmiotów, które zamierzają się rozwijać w kierunku opieki koordynowanej i proponują zwiększanie usług dla pacjenta. W ramach dwóch projektów planujemy wesprzeć placówki pod

kątem infrastruktury technicznej, potrzebnej do realizacji konkretnych usług. Planujemy też przygotowanie panelu merytorycznego dla kadry medycznej w tych placówkach, które muszą być obsługiwane przez wyspecjalizowany personel. W ramach funduszy norweskich będziemy chcieli współfinansować nabycie umiejętności takich, by opiekę koordynowaną zwiększać i aby była świadczona na wysokim poziomie."

Na co przeznaczane są środki, które trafiły do placówek? Dofinansowanie na zakup specjalistycznego sprzętu do diagnostyki i leczenia chorób nowotworowych otrzymało Uniwersyteckie Centrum Kliniczne w Gdańsku. Najdroższym zakupem będzie aparat PET do badania postępów leczenia chorób onkologicznych. „Sens tych inwestycji jest taki, że zwiększyliśmy dwukrotnie przyjęcia chorych do szpitala, a trzykrotnie do AOS i czterokrotnie na diagnostykę obrazową. Zwrot inwestycji polega na zwiększeniu dostępności do opieki specjalistycznej, wzroście liczby przyjmowanych chorych i poprawie funkcjonalnej całego systemu. Inwestycje mają rolę katalizatora zmian. Gdzie pojawiają się nowe możliwości, tam są też nowe nadzieje, zapał i szansa wskoczenia na lepszy poziom" - ocenił **Jakub Kraszewski**, dyrektor UCK.

Podobnie dzieje się na Śląsku. „Dotychczas otrzymane środki pozwoliły nam utrzymać i rozwinąć to, co mamy do tej pory. Kieruję jedną z najstarszych w Polsce infrastruktur, w większości są to placówki poniemieckie. Nasz najmłodszy szpital dziecięcy też już wymaga inwestycji. Dzięki Funduszowi Medycznemu w najbliższym czasie będzie ona realizowana" - powiedział prof. **Tomasz Szczepański**, rektor ŚUM. Jak dodał - „Oczywiście najważniejsze jest leczenie pacjentów, ale również kształcimy studentów i musimy unowocześniać infrastrukturę, by przygotować jak najlepszych absolwentów. Odczuliśmy ten dopływ środków. Inwestycja w diabetologię dziecięcą przy epidemii cukrzycy to dobrze spożytkowane pieniądze, podobnie na onkologii dziecięcej, gdzie rodzice ciężko chorych dzieci już niebawem nie będą spali na podłodze."

W nieco innym zakresie inwestycje finansuje Agencja Badań Medycznych. „Nasze główne działania inwestycyjne dotyczą centrów wsparcia badań klinicznych. 23 z nich otrzymały dofinansowanie wielkości 250 mln zł. Jaki był tego cel? Rozwój polskiego rynku badań klinicznych w oparciu o publiczną infrastrukturę ochrony zdrowia. Agencja postanowiła ten rynek wzmocnić, przekazując środki zarówno na utworzenie centrów ambulatoryjnych dla badań klinicznych, jak i na zatrudnienie profesjonalnych zespołów do realizacji tych zadań. Już w tej chwili widzimy znaczący wzrost liczby badań klinicznych w Polsce. Z 400-500 rejestrowanych corocznie badań 3-4 lata temu, dojdziemy niebawem 700-800 takich badań rocznie" - zapowiedział **Rafał Staszewski**, wiceprezes agencji.

Czy inwestycje zawsze są trafione? Jakie są narzędzia monitorowania ich efektywności? „W ramach projektów, które robiliśmy z NFZ, dokonujemy wielokryterialnej oceny danej inwestycji. I w wielu przypadkach z niektórych inwestycji rezygnujemy. Ważne, by ocenę użyteczności inwestycji i jej zasadności wykonywać najpierw wewnętrznie, na etapie menedżerów. Pieniądze wydaje się łatwo, a później jest problem z utrzymaniem sprzętu, okazuje się że pacjentów było niewielu itd." - mówił prof. **Szczepański**.

„Inwestycje są po to, by realizować światowe standardy leczenia, trzeba mieć jak najlepsze ku temu warunki, temu właśnie one służą. I z tego się cieszymy" – powiedział w podsumowaniu dyskusji **Jakub Kraszewski**.

Debata: "The Voice of Patients"

Uczestnicy: Anna Apel, Piotr Czauderna, Alicja Lisowska, Katarzyna Lisowska, Marcin Martyniak, Aleksandra Rudnicka, Agnieszka Wołczenko, Violetta Zajk, Małgorzata Źródlak, Katarzyna Pinkosz (moderator)

W debacie uczestnikami byli wyłącznie przedstawiciele organizacji pacjentów. Sześć liderek zabrało głos w imieniu pacjentów z różnymi chorobami. Mówiły one nie tylko o potrzebach pacjentów, których wspierają ich organizacje, ale też o zmianach systemowych i ich rozwiązaniach.

Celem konferencji "The Voice of Patients" było oddanie głosu pacjentom, by poznać z perspektywy doświadczeń chorych i opiekunów problemy, z jakimi mierzą się na co dzień. Uczestniczki konferencji przedstawiły potrzeby pacjentów: kardiologicznych (**Agnieszka Wołczenko** Stowarzyszenie „EcoSerce"), onkologicznych (**Aleksandra Rudnicka** - Stowarzyszenie SANITAS), hematologicznych i z chorobami rzadkimi (**Katarzyna Lisowska** – Stowarzyszenie Hematoonkologiczni, Fundacja Per Humanus), neurologicznych (**Alicja Lisowska** - Fundacja Epi-Bohater) oraz chorych z alergiami pokarmowymi (**Małgorzata Źródlak** - Polskie Stowarzyszenie Osób z Celiakią i na Diecie Bezglutenowej). Przedstawiono też potrzeby

pacjentów reumatologicznych, które przygotowała **Violetta Zajk**, prezes Stowarzyszenia „3majmy się razem". Do wypowiedzi odnieśli się wiceminister zdrowia **Marcin Martyniak** oraz prof. **Piotr Czauderna**, przewodniczący Rady ds. Ochrony Zdrowia Narodowej Rady Rozwoju przy Prezydencie RP.

Liderki organizacji pacjenckich mówiły nie tylko o problemach chorych, ale również o ich rozwiązaniach. Pokazały propozycje racjonalnych zmian z punktu widzenia pacjenta i korzyści dla systemu. Niektóre z tych rozwiązań są proste, ale mogą zmienić jakoś życia całej populacji chorych, jak np. badanie z krwi, które zlecone przez lekarza POZ może przyczynić się do zwiększenia wykrywalności celiakii. Inne rozwiązania, jak wprowadzenie diagnostyki genetycznej i molekularnej, choć wymagają zmian prawnych, nakładów pracy i dużego finansowania, są inwestycją, bez której nie może istnieć nowoczesna medycyna. Z kolei gwarancją wysokiej jakości leczenia jest wprowadzenia jak najwyższych standardów świadczeń medycznych i określenie ścieżek diagnostyki oraz leczenia pacjentów.

Współczesna medycyna dąży do kompleksowości leczenia, zapewnienia pacjentom wielodyscyplinarnej opieki, co jest związanie z zapewnieniem dostępu w czasie terapii do specjalistów wspierających leczenie podstawowej choroby. Nikogo nie trzeba już przekonywać, jak potrzebny jest psycholog, ale zatrudnienie przez placówki zdrowia certyfikowanych dietetyków klinicznych ciągle jest problemem. Wsparcia wymaga też leczenie pacjentów hematologicznych, leczonych przetoczeniami krwinek czerwonych, którzy powinni mieć podawane leki chelatujące żelazo. Pacjenci po transplantacji komórek macierzystych krwi, których system odpornościowy musi zostać odbudowany i chroniony, wymagają powtórzenia całego kalendarza szczepień, które przeszli w dzieciństwie, a jest to drogie, nierefundowane świadczenie. Do wdrożenia części rozwiązań potrzebne są zmiany organizacyjne i w mentalności lekarzy, jak obowiązek odbywania konsyliów z udziałem pacjenta, potwierdzonych jego podpisem, aby konsylia przestały być fikcją.

W leczeniu chorób rzadkich barierą jest złe funkcjonowanie zespołów koordynujących ds. kwalifikacji i weryfikacji leczenia w programach lekowych. Spotykają się one sporadycznie, ograniczają podawanie leków wszystkim chorym, dla których program został stworzony i często nie ma w nich przedstawicieli pacjentów. Ich praca powinna być poddana lepszej kontroli jednostek nadzorujących.

Potrzebne są zmiany w funkcjonowaniu zespołów orzekania o niepełnosprawności. Obecnie pacjenci borykają się z problemem orzecznictwa. Orzeczenia wydawane są czasowo, a przy wielu jednostkach chorobowych nie ma szansy na wyzdrowienie, zwłaszcza kiedy choroba odbiera sprawność. Oczekiwanie na komisję to około 2 do 3 miesięcy. W tym czasie pacjenci, którzy są zatrudnieni tracą swoje prawa, może to również skutkować utratą pracy. Konieczne jest wydawane orzeczenie o niepełnosprawności umiarkowanej na stałe.

Podczas konferencji liderki mówiły nie tylko o potrzebach poszczególnych grup pacjentów. Przedstawiły siedem priorytetów zmian w systemie ochrony zdrowia, których wprowadzenie powinno przyczynić się do podniesienia jakości opieki zdrowotnej i jakości życia pacjentów. Dotyczyły one:

- diagnostyki genetycznej,
- procesu przejścia z opieki pediatrycznej do opieki dla dorosłych,
- programów lekowych,

- koordynatorów pacjentów,
- wprowadzenia zawodu dietetyka klinicznego,
- wzmocnienia roli organizacji pacjentów,
- praw osób z niepełnosprawnościami.

Debata: **"Pacjent w systemie ochrony zdrowia"**

Uczestnicy: Katarzyna Dubno, Ryszard Gellert, Jakub Gołąb, Agnieszka Grzybowska-Zalewska, Tomasz Kaczyński, Maciej Miłkowski, Katarzyna Popek, Ewa Kurzyńska (moderator)

Pacjent nie może czuć się zagubiony w systemie. Poczucie bezpieczeństwa pacjenta wzrasta wraz z bezpieczeństwem lekowym. Zwiększenie krajowej produkcji farmaceutycznej oraz wykorzystywanie baz danych - to kluczowe działania na rzecz bezpieczeństwa lekowego.

Choć coraz więcej pacjentów bez trudu porusza się w tematach dotyczących zdrowia i systemu opieki medycznej, wielu jest nadal narażonych na korzystanie z niesprawdzonych informacji. Czasem wynika to z niskiego poczucia bezpieczeństwa. Dlatego warto ograniczać poczucie zagubienia pacjenta w systemie, a także stale monitorować i podnosić bezpieczeństwo lekowe. Korzystne jest zwiększenie produkcji krajowej oraz uelastycznienie i unowocześnienie wszystkich procedur związanych z rynkiem farmaceutycznym. Niezbędne staje się budowanie oraz wykorzystywanie baz danych medycznych, tak aby nadążać za realnymi potrzebami pacjentów - to główne wnioski z debaty w czasie FOZ, poświęconej bezpieczeństwu pacjenta.

Jakub Gołąb, reprezentujący Biuro Rzecznika Praw Pacjenta mówił, że wśród pacjentów można obecnie wyodrębnić dwie grupy. Pierwsza - to osoby wyedukowane w zakresie zdrowia oraz poruszania się po systemie i praw pacjenta. Drugą grupę stanowią osoby, które samodzielnie szukają dla siebie rozwiązań w kwestiach zdrowotnych, korzystając przy tym z niesprawdzonych internetowych źródeł. W efekcie leczą się na własną rękę, co przynosi często opłakane skutki. Przyczyną takiej postawy są często obawy dotyczące długiego oczekiwania na badanie czy terapię oraz lęk przed zostaniem sam na sam z diagnozą i koniecznością samodzielnego poruszania się po systemie ochrony zdrowia. Można zatem uznać, że zawierzenie swojego zdrowia Internetowi nosi znamiona desperacji. „Największą bolączką dla pacjentów jest kwestia dostępności i poczucia bezpieczeństwa" – podkreślał **Jakub Gołąb**. Znaczące nierówności w dostępie do prawdziwych informacji dotyczących leczenia wiążą się także z miejscem zamieszkania. Przy dużej odległości do lekarza pacjenci rzadziej szukają fachowej porady. W skrajnej sytuacji znajdują się osoby dotknięte wykluczeniem cyfrowym. Dlatego należy się skupić na wyrównywaniu szans pacjentów w dostępie do wiedzy na temat zdrowia oraz do świadczeń medycznych. W tym celu warto wprowadzić do szkół naukę o zdrowiu i poruszaniu się w systemie ochrony zdrowia.

Katarzyna Popek (zastępca dyrektora ds. medycznych, Dolnośląski Oddział NFZ) dodała, że nierówności występują także w działaniach profilaktycznych - „Są miejscowości, regiony kraju, w których trudno

zorganizować np. pracownię mammografii". Jednak nawet w takiej sytuacji można organizować akcje profilaktyczne czy edukacyjne.

Prof. **Ryszard Gellert**, dyrektor Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego stwierdził, że choć 2023 rok jest przełomowy pod względem dostępności do nowoczesnego leczenia, wprowadzenia nowych cząsteczek czy planowania opieki zdrowotnej, to jednak wciąż relacja pacjent-lekarz nie jest optymalna - „Lekarz 15 minut wypełnia dokumenty na komputerze, a 5 minut ma dla pacjenta. Gdyby było na odwrót - to pacjent miałby trzykrotnie większą korzyść z jakość opieki medycznej". Oprócz wydłużenia czasu, który lekarz może poświęcić pacjentowi, ważne jest również niwelowanie poczucia zagubienia w systemie. Część chorych po wstępnej diagnozie jest pozostawionych samym sobie. „Konieczne jest kształcenie społeczeństwa i budowanie więzi w systemie opieki zdrowotnej. Liczby i jakość już mamy" – zaznaczył prof. Gellert, wskazując szansę na zwiększenie poczucia bezpieczeństwa pacjenta poprzez jego powiązanie z systemem w ramach tworzonych ścieżek pacjenta. Lekarze POZ powinni mieć możliwość kierowania chorych do konkretnych specjalistów, gdyż mają rozeznanie, kto specjalizuje się w danej jednostce chorobowej. Na tej podstawie mogłaby powstać sieć placówek w ramach opieki koordynowanej. Należy także kłaść nacisk na profilaktykę. Prof. Gellert zwrócił uwagę na kolejny problem istniejący w systemie ochrony zdrowia. Gromadzone jest coraz więcej danych o pacjentach, które są wykorzystywane w niewielkim stopniu.

Dla bezpieczeństwa pacjenta w systemie ochrony zdrowia kluczowe jest również zapewnienie nieprzerwanej dostępności leków. **-** Zapewnienie bezpieczeństwa lekowego Polakom czyli dostępności leków, jest priorytetem Adamed Pharma. Aby tego dokonać m. in. zwiększyliśmy moce produkcyjne Centrum Produkcyjno-Logistycznego w Pabianicach a także rozwojowe w obszarze R&D. Od 2019 r. aż trzykrotnie wzrosły nasze zapasy. Za nami rok intensywnych prac legislacyjnych. Zapisy w nowelizacji ustawy refundacyjnej, to dobry początek drogi, na którą wkraczamy. Zgodnie z naszą misją „Odpowiadamy na kluczowe wyzwania współczesnej medycyny" staramy się zagwarantować stałą dostępność nowoczesnych leków polskim pacjentom – co dziś postrzegamy, jako jedno z najważniejszych zadań - mówiła **Katarzyna Dubno**, Dyrektor ds. Relacji Zewnętrznych, ESG i Ekonomiki Zdrowia Adamed Pharma podczas dyskusji. Natomiast **Agnieszka Grzybowska-Zalewska**, prezes Sanofi Polska dodała, że wprawdzie wielu polskich pacjentów nadal ma szansę na nowoczesne leczenie w ramach badań klinicznych, należy jednak zwrócić uwagę na zmniejszenie się udziałów Europy w światowym rynku badań nad rozwojem leków. Jest to kolejny powód, dla którego warto zacząć inwestować w rodzime działania na tym polu.

Tomasz Kaczyński (Kancelaria Domański Zakrzewski Palinka) zwracał uwagę na to, że przy zapewnieniu bezpieczeństwa lekowego liczy się nie tylko aspekt finansowy, ale również aspekt logistyczno-dystrybucyjny - „Co z tego, że jakiś produkt jest finansowany, jak nie mamy go pod ręką? Tu trzeba się zastanowić, co zrobić, żeby produkt ten był fizycznie dostępny dla pacjenta". Mecenas **Kaczyński** przedstawił bariery, które ograniczają dostępność leków. Pierwsze pojawiają się już na etapie rejestracji - to brak elastyczności procesu i długi czas trwania procedury. Drugi rodzaj barier dotyka obszaru produkcji i są to bariery o charakterze finansowym - koszty ponoszone przez producentów czy kwestia wsparcia ze strony państwa w momencie zgłoszenia chęci inwestycji w Polsce. Kolejne bariery dotyczą logistyki, gdzie problemem jest anachroniczny łańcuch dostaw w naszym kraju. Jak powiedział mec. **Kaczyński**, nie ma możliwości przewozu niektórych produktów, które wymagających odpowiednich zabezpieczeń w trakcie transportu. Bariery dotyczą również gromadzenia i udostępniania informacji - zdarza się, że pacjent czy szpital nie wiedzą, gdzie zakupić dany lek, a apteka nie wie, skąd go sprowadzić. Producenci nie mają pewności co do poziomu zapotrzebowania na dany lek z powodu m.in. braku rejestrów medycznych, co utrudnia zaplanowanie produkcji. **Tomasz Kaczyński** podkreślał, że bez bezpieczeństwa lekowego nie ma bezpieczeństwa pacjenta, i wymieniał działania, które mogą je poprawić. To po pierwsze - większa elastyczność przy rejestracji leków, rozumiana jako szybkość reakcji na zapotrzebowanie czy pojawiające się nowości. Po drugie - tworzenie i wykorzystywanie baz danych. Po trzecie - zwiększenie stabilności rynkowej i regulacyjnej. „Biznes nie może być zaskakiwany" – powiedział **Tomasz Kaczyński** i dodał, że ryzyko związane z dostępnością i finansowaniem musi być właściwie rozłożone pomiędzy biznes i państwo.

Wiceminister **Maciej Miłkowski** powiedział, że trwają prace na coraz szerszym wykorzystywaniem zbieranych danych - „Mamy coraz więcej danych i informacji na temat sprzedaży i cen leków. Wiemy też, jakie potrzeby mają pacjenci. Czyli mamy wiedzę, jaka jest dostępność leków. Z informacji tych będą mogli korzystać producenci leków. A to niewątpliwie wpłynie na poprawę bezpieczeństwa lekowego w Polsce".

W ochronie zdrowia nie wystarczy mieć rację

Działania w ochronie zdrowia, można pogrupować w trzech obszarach. Pierwszy - to działania ukierunkowane na rozwój infrastruktury. Dzisiaj mówimy o miliardowych nakładach inwestycyjnych w pediatrii czy onkologii. Ale nie tylko, bo uruchomiano też inwestycje dedykowane SOR, czy wymianie karetek. Rokrocznie realizowany jest szereg wielomilionowych inwestycji mających na celu modernizację i wyposażenie szpitali, co w sposób bezpośredni przekłada się na zwiększenie dostępności do świadczeń i poprawę warunków ich realizacji.

Należy też wspomnieć o wdrażaniu nowoczesnych technologii. W ramach wypracowanego portfolio innowacyjnych rozwiązań istotną pozycję odgrywa chirurgia robotyczna będąca naturalnym rozwinięciem technik laparoskopowych. Jeszcze do niedawna powszechne wprowadzenie robotów do polskich szpitali wydawało się zbyt drogie i obarczone wieloma wątpliwościami. Dzisiaj panuje powszechne przekonanie, że wykorzystanie systemu robotowego gwarantuje bezpieczeństwo, skuteczniejsze wyniki leczenia i lepszą jakość życia pacjentów. Decyzja o dodaniu już trzech procedur do koszyka świadczeń gwarantowanych z ich adekwatną wyceną spowodowały, że w robotyce dominują obecnie podmioty publiczne, a pacjenci mają dostęp do tych procedur w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego. Jednocześnie planowane jest utworzenie akredytowanych ośrodków szkoleniowych w zakresie asysty robotycznej. Jest to odpowiedź na oczekiwania środowiska lekarskiego.

Drugim obszarem działań jest wzrost nakładów na świadczenia opieki zdrowotnej. W ciągu kilku lat kilkakrotnie wzrosły budżety szpitali. Dzisiaj plan finansowy NFZ wynosi ok 160 mld zł. Podwyższyły się też wynagrodzenia kadr medycznych. Na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej m.in. w związku ze wzrostem płac w roku 2022 przeznaczono dodatkowo 18,5 mld zł w okresie 12 miesięcy. Kolejne zwiększenie finansowania świadczeń z uwzględnieniem m.in. kosztów tegorocznych podwyżek oszacowano na ok. 15,5 mld zł. Właśnie inwestycje w kadry - to trzeci kluczowy obszar, aby system zmieniał się na lepsze i lepiej zaspokajał potrzeby pacjentów. Inwestycje w kadry to dopełnienie koncepcji rozwoju systemu. Zainwestowaliśmy w potencjał ludzki, zadbaliśmy o zawody medyczne.

Wciąż głównym celem jest poprawianie dostępu pacjentów do świadczeń opieki zdrowotnej. Są obszary, w których się to udało. Dotyczy to na przykład operacji zaćmy, endoprotez, diagnostyki obrazowej. Na uwagę zasługuje refundacja nowych leków np. w leczeniu nowotworów czy chorób rzadkich. W 2023 roku refundacją objęto aż 145 innowacyjnych terapii, w tym 75 cząsteczko-wskazań onkologicznych. 43 cząsteczko-wskazania dotyczyły chorób rzadkich.

Wśród priorytetów wymienić należy też genetykę, czyli badania molekularne, umożliwiające podejmowanie skutecznego leczenia. Potrzebna jest dalsza cyfryzacja systemu ochrony zdrowia. Poziomu cyfryzacji już nam zazdrości wiele europejskich krajów. Wciąż jednak jest dużo do zrobienia, zwłaszcza w obszarze zbierania i monitorowania danych.

Warto też wspomnieć o uchwaleniu ustawy o jakości i bezpieczeństwie pacjentów, która wprowadziła monitorowanie jakości świadczeń opieki zdrowotnej.Wprowadzony obowiązek monitorowania zdarzeń niepożądanych daje szansę na ograniczenie szkód na zdrowiu i życiu pacjenta związanych z udzielaniem opieki zdrowotnej.

Sytuacja w szpitalnictwie wymaga podjęcia na nowo rozmów jak ten obszar powinien funkcjonować. Poszczególne grupy interesariuszy mają swoje pomysły na zmiany, ale potrzebny jest dialog. Szpitale powiatowe, kliniczne, specjalistyczne - każda grupa ma wypracowane swoje propozycje i kierunki zmian. Musi być jednak przestrzeń na dyskusję. Na pewno należy rozmawiać o tym, jak zarządzać szpitalami zarówno w skali makro, jak i mikro. Nie można się ograniczać do przedstawiania swoich stanowisk. Uczestnicy rynku muszą dać sobie szansę na poznanie i zrozumienie innych punktów widzenia. Konieczny jest konsensus a jednocześnie wspieranie samorządów prowadzących zdecydowaną większość szpitali w Polsce.

W ochronie zdrowia nie wystarczy mieć rację. Trzeba umieć przekonać do niej innych. Nie ma też prostych rozwiązań. Dopiero ciągłość działań, procesów, przynosi efekty. W wielu przypadkach działania, które zostały zrealizowane lub trwają, przyniosą efekty dopiero za kilka lat. Warto pamiętać, że „przeszłość" jest też kapitałem. Warto z niego korzystać wprowadzając w „przyszłości" kolejne zmiany.

Piotr Bromber
wiceminister zdrowia

KOMENTARZ EKSPERTA

W tym roku parlament uchwalił ustawę o jakości i bezpieczeństwie pacjenta. Chociaż dbanie o jakość jest w DNA Narodowego Funduszu Zdrowia od zawsze, to nowe prawo daje nam dodatkowe narzędzia do pełniejszego monitorowania jakości i finansowego premiowania tych ośrodków, które charakteryzują się najwyższymi standardami. Do NFZ należy również weryfikacja, czy świadczenia są udzielane w standardzie wymaganym i gwarantowanym przez prawo.

Ocena jakości i dbanie o pacjenta to kluczowy element w strategii rozwoju NFZ. Zadania, które są przypisane do Funduszu w ustawie o jakości, rozszerzają ten obszar, ale ocena jakości to zadanie, które z powodzeniem już realizujemy.

Zamierzamy premiować te placówki, w których za dobrym jakościowo prowadzeniem działalności klinicznej, idą równolegle efektywne działania w sferze organizacyjnej. Zależy nam na o optymalnym wykorzystaniu zasobów danej placówki. Skuteczne monitorowanie i mierzenie efektów działalności podmiotów medycznych i podejmowanie decyzji zarządczych na bazie twardych danych, pozwala odpowiednio zaplanować działania. A w efekcie skutecznie zarządzać rozwojem placówki.

Jakość będziemy mierzyć w trzech obszarach. Pierwszy to kliniczny, gdzie będziemy zwracać uwagę na poziom i efekty realizowanych świadczeń. Kolejny obszar dotyczy zarządzania, w tym według mnie, kluczowym obszarem, czyli efektywnością wykorzystania zasobów, które mamy już w danym szpitalu. Równie istotnym obszarem monitorowania jakości jest również obszar konsumencki, czyli badanie opinii pacjentów o organizacji udzielania świadczeń w konkretnym szpitalu.

Naszym celem jest wspólne dbanie o jakość w ochronie zdrowia, na której skorzystają pacjenci i same placówki medyczne.

Filip Nowak
prezes
Narodowego Funduszu Zdrowia

KOMENTARZ EKSPERTA

Rządowa szóstka dla wyrobów medycznych, która stawia Pacjenta w centrum systemu

Wyroby medyczne są jednym z filarów systemu ochrony zdrowia. Pod tym pojęciem można w uproszczeniu rozumieć wszystkie komponenty (fizyczne i cyfrowe), które wykorzystuje się w procesie diagnostyki, leczenia i monitorowania stanu zdrowia pacjenta, niezależnie od miejsca udzielania opieki (mowa tu zarówno o leczeniu szpitalnym, ambulatoryjnym, jak i domowym).

„Rządowa szóstka dla wyrobów medycznych" to propozycja sześciu postulatów branży wyrobów medycznych dla decydentów, których wdrożenie pozwoli na postawienie Pacjentów w centrum systemu ochrony zdrowia.

1. Logiczne prawo! Regulacje prawne i standardy jakości dla wyrobów medycznych powinny być jasne, stabilne, przewidywalne, a także zgodne z międzynarodowymi standardami i charakterystyką rynku, który jest różnorodny nawet w obrębie tej samej grupy produktowej. To zapewni równy poziom konkurencji oraz wysoką jakość wyrobów medycznych dostępnych na rynku.

2. Powszechny dostęp do innowacyjnych zabiegów/ wyrobów medycznych dla Pacjentów! Niezbędne jest wsparcie innowacji i rozwoju technologicznego. Inwestycje w badania i rozwój w sektorze wyrobów medycznych przyczyni się do wzrostu innowacyjności i konkurencyjności polskiej gospodarki, a także do lepszego zaspokojenia potrzeb pacjentów. Koniecznym jest udrożnienie ścieżki wprowadzenia nowych technologii medycznych do koszyka świadczeń gwarantowanych dla Pacjentów w Polsce poprzez wprowadzenie określonych ram czasowych na każdym etapie rozpatrywania wniosku oraz rozszerzenie podmiotów, które mogą złożyć taki wniosek o producentów wyrobów medycznych. To przyczyni się do szybszego wprowadzania nowoczesnych wyrobów medycznych do użytku w ramach świadczeń gwarantowanych.

3. Lepsze zaopatrzenie Pacjentów w wyroby medyczne niezbędne do ich codziennego funkcjonowania! Konieczna jest systematyczna aktualizacja limitów finansowania na wykazie wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie, a także w refundacji aptecznej. To pozwoli rozszerzyć asortyment o najbardziej nowoczesne produkty, które nie tylko pozwolą pozostać mobilnymi, ale także zapewnią komfort i często dyskrecję użytkowania. Niezbędne są także konsultacje społeczne wszystkich interesariuszy systemu (pacjentów, branży, decydentów), wokół aktualizacji wykazu.

4. Wczesna diagnostyka dla ratowania życia! Niezbędne jest zapewnienie sprawozdawania do NFZ i w EDM pacjenta, realizowanych laboratoryjnych badań diagnostycznych jako odrębnej usługi, co pozwoli na monitorowanie jakości realizowanych świadczeń w zakresie całej ścieżki diagnostyczno - terapeutycznej pacjenta. Wyodrębnienie osobnych świadczeń dla badań diagnostycznych i laboratoryjnych to lepsza prewencja oraz szybsze wykrywanie schorzeń.

5. Tak dla cyfryzacji ochrony zdrowia! Wraz ze zmieniającym się światem niezbędne jest utworzenie jasnych, jednoznacznych i stale aktualizowanych ram prawnych dla cyfryzacji opieki zdrowotnej ze szczególnym uwzględnieniem przestrzegania standardów interoperacyjności. Opracowanie rejestru cyfrowych rozwiązań medycznych w Polsce oraz identyfikacja luk w dostępie do nowych technologii i stworzenie mapy drogowej ich wdrażania. Wdrożenie systemowych rozwiązań z zakresu cyberbezpieczeństwa sektora ochrony zdrowia (uwzgl. regulacje EU m.in. NIS2-Network and Information Security i CRA-Cyber Resilience Act)

6. Edukacja i Szkolenia! Podkreślenie znaczenia edukacji i szkoleń dla pracowników służby zdrowia w zakresie najnowszych technologii i wyrobów medycznych, co poprawi jakość leczenia i opieki nad pacjentami.

Niepodważalnie istnieje ogromna potrzeba edukacji i dialogu na temat przyszłości systemu ochrony zdrowia, nie będzie on jednak pełny bez głębokiego zrozumienia obszaru wyrobów medycznych – zarówno ze wszystkimi szansami, jakie rysują się z ich wykorzystaniem, jak i świadomością barier stojących na drodze do ich pełnej adopcji. Należy pamiętać, że żaden lekarz nie może wykonywać swojego zawodu bez użycia wyrobu medycznego i żaden pacjent nie jest w stanie wrócić do sprawności bez niego. Obszar wyrobów i technologii medycznych powinien mieć swoją silną reprezentację zarówno w debacie publicznej, jak i wśród decydentów.

Arkadiusz Grądkowski

Prezes
Ogólnopolskiej Izby Gospodarczej
Wyrobów Medycznych POLMED

KOMENTARZ EKSPERTA

Potrzebne są zmiany w systemie organizacji i finansowania szczepień osób dorosłych.

Demografia w Polsce się zmienia – Polacy żyją coraz dłużej, a społeczeństwo się starzeje. Coraz częściej mamy do czynienia z powrotem chorób zakaźnych w populacji seniorów. Z drugiej strony, są zarejestrowane szczepionki, które wcześniej nie były dostępne np. przeciw półpaścowi czy syncytialnemu wirusowi oddechowemu (respiratory syncytial virus, w skrócie RSV). Dlatego warto wziąć pod uwagę szczepienia u dorosłych jako skuteczną i bezpieczną metodę prewencji pierwotnej chorób zakaźnych, podkreśla prof. dr n. med. Marcin Czech, specjalista epidemiologii i zdrowia publicznego, prezes Polskiego Towarzystwa Farmakoekonomicznego.

W raporcie pt. „Szczepienia dorosłych: potrzeby i możliwości. Raport otwarcia" prof. Czech sformułował rekomendacje dot. zmian w systemie szczepień ochronnych w celu nadania priorytetu systemowego profilaktyce i zdrowiu publicznemu poprzez promowanie zdrowego stylu życia, edukację pacjentów i działań, które pomagają zachować zdrowie. Do głównych postulatów należą:

- Opracowanie dokumentu na poziomie krajowym wyznaczającego kierunki rozwoju systemu immunizacji – strategii szczepień, z uwzględnieniem programu szczepień osób dorosłych.
- Rozwój programu szczepień adekwatnie do zmieniających się potrzeb zdrowotnych i sanitarno-epidemiologicznych.
- Wprowadzenie nowych szczepionek: gdy nowe szczepionki stają się dostępne na rynku poprzez uzyskanie rejestracji, ich włączene do programu szczepień dla dorosłych/ refundacji powinno być szybko rozstrzygnięte.
- Zapewnienie odpowiedniego poziomu finansowania szczepień ochronnych ze środków publicznych, w tym komplementarności programów państwowych i samorządowych.

prof. dr n. med. Marcin Czech
prezes
Polskiego Towarzystwa Farmakoekonomicznego

KOMENTARZ EKSPERTA

Konieczne jest odczarowanie pojęcie medycyny prywatnej – warto odpowiedzieć sobie na pytanie ile prywatnych podmiotów leczniczych realizuje dzisiaj w Polsce świadczenia opieki zdrowotnej i ile z tych podmiotów jest świadczeniodawcami. W opiece ambulatoryjnej – począwszy od POZ, a skończywszy na specjalistce – mamy 90% podmiotów prywatnych. Warto w tym miejscu podkreślić, iż pacjent, bez względu na to, gdzie jest leczony, jest wciąż tym samym pacjentem – człowiekiem, który potrzebuje zaopiekowania i odpowiedniej terapii.

Koncentracja na pacjencie i jego potrzebach jest tym postulatem, który łączy wszystkich uczestników systemu ochrony zdrowia – personel medyczny, władze centralne i samorządowe, świadczeniodawców oraz medycynę prywatną i o to apelujemy, aby wspólnie, ponad podziałami, pomyśleć o elastycznych formach zatrudnienia, możliwości rozwoju zawodowego, dostępie do najnowocześniejszych technologii medycznych oraz atrakcyjnych wynagrodzeniach. Osobiście – jako Prezes Zarządu Pracodawców Medycyny Prywatnej – rekomenduję, aby wszyscy uczestnicy systemu ochrony zdrowia podjęli współpracę przy tworzeniu długookresowej strategii, w której centrum będą znajdować się pacjent i jego potrzeby oraz zapewnienie wysokiej dostępności i jakości świadczeń medycznych. Konieczne jest także podjęcie szerokiej współpracy w zakresie kształcenia kadr, w tym nowych zawodów medycznych, i wypracowanie systemowego mechanizmu oceny efektywności świadczeniodawców, który będzie zachęcał do podnoszenia jakości usług medycznych. Konieczne jest, aby cały system ochrony zdrowia skorzystał z wybranych dobrych praktyk sektora prywatnego, którego siłą jest sprawność organizacyjna, umiejętność szacowania ryzyka, efektywność kosztowa oraz nowoczesne podejście, angażujące pacjentów w dbanie o stan swojego zdrowia jako przejaw profilaktyki zachorowań.

Dr n. przyr. Andrzej Mądrala
Prezes Zarządu
Pracodawców Medycyny Prywatnej

ROZDZIAŁ 2.

POLITYKA LEKOWA

Debata: **"Nowe wyzwania w polityce lekowej państwa"**

Uczestnicy: Marcin Czech, Jarosław Frąckowiak, Małgorzata Gałązka-Sobotka, Jakub Adamski, Maciej Miłkowski, Mateusz Oczkowski, Łukasz Szmulski, Filip Urbański, Małgorzata Konaszczuk (moderatorka)

Rolą polityki lekowej państwa jest udostępnienie pacjentom nowoczesnych terapii tak szybko, jak to możliwe. Chodzi tu nie tylko o dostępność ekonomiczną, uzyskaną dzięki refundacji, ale też zagwarantowanie fizycznej dostępności leków i sprawną ich dystrybucję. Jak je poprawić?

Na początku panelu **Mateusz Oczkowski** (wicedyrektor Departamentu Polityki Lekowej i Farmacji w Ministerstwie Zdrowia) podsumował realizację założeń dokumentu „Polityka Lekowa Państwa 2018–2022". Ostatnie dwa lata charakteryzował 40-procentowy wzrost liczby nowych wskazań do refundacji. Szczególnie dużo z nich dotyczy onkologii i chorób rzadkich, w tym technologii, będących największym obciążeniem dla płatnika. Jednocześnie udało się skrócić czas udostępnienia terapii. Nowelizacja ustawy o refundacji przyniosła nowy mechanizm - możliwość inicjowania przez ministerstwo procesów refundacyjnych. Działania resortu idą w kierunku wprowadzania jak największej liczby leków generycznych i biopodobnych, co zwiększy dostępność terapii. Poprawić ją w sposób już nie finansowy, a fizyczny, mogłoby wprowadzenie domowych dostaw leków, zwłaszcza w chorobach rzadkich. Resort podejmuje też starania w zakresie bezpieczeństwa lekowego - zapobiegania sytuacji braku leków.

Jak przypomniał prof. **Marcin Czech** (prezes Polskiego Towarzystwa Farmakoekonomicznego), na politykę lekową składa się nie tylko refundacja, ale też prewencja w postaci szczepień. Z tym wiąże się z kolei kwestia kadr i ról uczestników systemu - zasobów kadrowych nie mamy za dużo. Dlatego, mówiąc o szczepieniach ochronnych, profilaktyce COVID-19, grypy czy HPV, nie wolno zapominać o farmaceutach. „Dostępność do leków jest wielopłaszczyznowa: ma aspekt fizyczny, ale też ekonomiczny, z którym się ciągle mierzymy. Dopłaty do leków, ponoszone pacjentów są wciąż wysokie. Trzeba też przedefiniować filozofię tego, czym właściwie jest lek na rynku" - zauważył dyr. **Łukasz Szmulski** (Ministerstwo Zdrowia).

Ceny leków mogły być niskie dzięki importowi substancji czynnych do ich produkcji z krajów azjatyckich. Bezpieczeństwo lekowe – w sytuacji po pandemii i wobec toczącej się wojny - wymaga jednak wytwarzania tych składników w Europie. Zdaniem **Jarosława Frąckowiaka** (PEX – PharmaSequence) nie pozostanie to bez wpływu na ich ceny - „Warto też pochylić się nad efektem finansowym rozszerzenia grup uprawnionych do leków darmowych".

Kwestię skuteczności leczenia, a tym samym uzasadnienia dla wydatków refundacyjnych, poruszył **Filip Urbański** (Narodowy Fundusz Zdrowia) – „Zakładane na etapie decyzji refundacyjnej efekty nie zawsze są osiągane wskutek braku *compliance* u pacjentów. Chcielibyśmy wykorzystywać potencjał informacyjny, dane gromadzone centralnie, do tego, by stymulować lekarzy POZ i pacjentów w tym aspekcie. Uprawnienia rozszerzone na osoby w wieku powyżej 65 i poniżej 18 lat oczywiście będą się wiązały z ulgą dla pacjentów, natomiast staną się dużym wyzwaniem dla NFZ pod kątem nadzorczo-kontrolnym."

Do dokumentu „Polityka Lekowa Państwa 2018–2022" powróciła dr **Małgorzata Gałązka-Sobotka** (Uczelnia Łazarskiego) - „To, co mogłoby w przyszłości uczynić te działania jeszcze bardziej profesjonalnymi, to stworzenie całego systemu, aby monitorować rzeczywisty rezultat podejmowanych działań, wykorzystanie tego dokumentu jako narzędzia w długotrwałym planowaniu i koordynowaniu systemu. Element refundacji to jedynie wycinek tego dokumentu. Trzeba podkreślić jego interdyscyplinarność - wiele działań powinno toczyć się równolegle. Musimy zwiększyć dostępność kadr i działania profilaktyczne, edukację, upodmiotowić farmaceutów i zrealizować wszystkie pozostałe bloki tego dokumentu." Z kolei dyr. **Jakub Adamski** (Biuro Rzecznika Praw Pacjenta) przypomniał o kluczowym znaczeniu udziału pacjentów w procesie podejmowania decyzji z zakresu polityki lekowej.

Z optymizmem zapatruje się na przyszłość polityki lekowej wiceminister **Maciej Miłkowski**, który podkreślał fakt, że możliwości refundacji uległy obecnie uproszczeniu - „Polityka lekowa to nie tylko leki, ale również włączanie pacjenta w proces terapeutyczny, a więc dobra diagnostyka, by każdy dostał dokładnie ten lek, którego potrzebuje, i monitorowanie skuteczności leczenia. Wiąże się to z całym systemem organizacji leczenia."

"Okrągły stół dla Polityki Lekowej"

Uczestnicy: Jakub Adamski, Grzegorz Cessak, Andrzej Fal, Wiktor Janicki, Krzysztof Kępiński, Monika Klaus-Piskała, Krzysztof Kopeć, Ewa Krajewska, Joanna Lis, Maciej Miłkowski, Marcin Pieklak, Elżbieta Piotrowska-Rutkowska, Roman Topór-Mądry, Paweł Trawkowski, Małgorzata Konaszczuk (moderatorka)

Obowiązujący w latach 2018-2022 rządowy dokument „Polityka Lekowa Państwa" był tematem dyskusji okrągłego stołu zorganizowanego podczas Forum Ochrony Zdrowia. Podsumowano dotychczasowe działania, ale przede wszystkim zaprezentowane zostały plany na przyszłość w obszarze polityki lekowej państwa.

„Musimy się teraz skupić na dostępności refundacyjnej w zakresie apteki, czyli leków, które są dzisiaj nierefundowane, a które są istotne klinicznie. Chciałbym, żeby ten kierunek był rozwijany, żeby dużo więcej leków przenosić z programów lekowych do innych trybów refundacji, żeby były wydawane w ambulatorium albo aptekach" – powiedział wiceminister zdrowia **Maciej Miłkowski**. Dodał również, że należy też uprościć tryb szczepień - „Nie ma żadnego uzasadnienia, żeby pacjent dostawał receptę na szczepionkę od lekarza, szedł z nią do apteki, a po tym znów wracał do lekarza, żeby otrzymać szczepienie".

Uczestnicy okrągłego stołu dyskutowali o tym, czy standardy medyczne powinny być oparte o leki już refundowane, czy zgodnie z najnowszą wiedzą medyczną o nowoczesne leki, które jeszcze nie są objęte refundacją. „Wiele standardów jest przygotowywanych raz na 3 lata i więcej. Czasami szkoda, żebyśmy nie

uwzględniali jakiegoś leku, który ma już dopuszczenie do obrotu, ale nie jest u nas refundowany i czekali na kolejne standardy" – stwierdził wiceminister **Miłkowski**. Jednocześnie podkreślił, że standardy/wytyczne nie są dostosowywane do poszczególnych państw, tak że nie każda opisywana w standardach terapia jest finansowana - nie ma państw, które finansują wszystkie terapie ujęte w wytycznych.

„To będzie droga donikąd, jeżeli będziemy tylko finansować coraz bardziej chore osoby, chorujące na wiele chorób jednocześnie. Zaczęliśmy się zastanawiać, jak nie dopuszczać do chorób i czy mamy środki terapeutyczne, niefarmakologiczne, które potrafimy wdrożyć do całej ścieżki postępowania. Trzeba połączyć metody farmakologiczne z niefarmakologicznymi i być może je razem finansować. Teraz finansujemy osobno terapie lekowe, osobno świadczenia, osobno interwencje zdrowotne. Powinniśmy to połączyć. I oczywiście mierzyć skutki i być może finansować adekwatnie do nich" – mówił **Roman Topór-Mądry**, prezes Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji.

Krzysztof Kopeć, prezes Krajowych Producentów Leków wskazał, że wzrost wydatków w ostatnich latach dotyczył tylko programów lekowych. Wiceminister **Maciej Miłkowski** zapowiedział zwiększenie nakładów na refundację aptieczną. **Krzysztof Kopeć** mówił także, że resort zdrowia ma narzędzia zwiększania bezpieczeństwa lekowego, m.in. preferencje cenowe dla krajowych producentów wzmacniające ich potencjał inwestycyjny czy możliwość zachęcania zagranicznych firm, aby w ramach RSS zobowiązywały się do wytwarzania leków w Polsce, np. kontraktowo.

„Powinniśmy w szczególności wydawać pieniądze na najtańsze, a jednocześnie udowodnione, krytyczne leczenie. Chcemy refundować zdecydowanie więcej leków, ale jednocześnie analizować, które leki nie powinny być refundowane, które są nieskuteczne. Wiele terapii przepisywanych jest przez lekarzy, ponieważ zlecają je od 30 lat. Niektóre firmy promują swoje produkty jako świetne leki, ale nie mają żadnych badań, które by to potwierdzały. Polska jest zdecydowanym liderem, jeśli chodzi o rynek suplementów diety. Naprawdę trzeba z tym walczyć" – powiedział **Maciej Miłkowski**.

Wiceminister **Miłkowski** przypomniał że bezpieczeństwo lekowe zapewniają producenci, ale również hurtownie i apteki. Według niego, w dziedzinie bezpieczeństwa "jest jeszcze wiele do zrobienia", bo w każdym z wymienionych elementów są jeszcze miejsca do poprawy. **Elżbieta Piotrowska-Rutkowska**, prezes Naczelnej Izby Aptekarskiej zapytała, czy w najbliższym czasie „resort zdrowia będzie się przyglądał aptekom i hurtowniom w zakresie dostarczania leków do aptek". „Dystrybucja nie jest najlepsza, apteki mają problemy z uzyskiwaniem leków. Leki refundowane powinny być dostarczane do aptek zgodnie z zapotrzebowaniem. Od dawna wskazujemy na konieczność zmiany prawa farmaceutycznego w tym zakresie. Bardzo dużym problemem są też umowy, które apteki muszą zawierać z podmiotami w celu otrzymania nowoczesnych, nierefundowanych leków. Są to tzw. dostawy bezpośrednie, gdzie różnice cenowe pomiędzy poszczególnymi aptekami są ogromne. To oczywiście budzi niezadowolenie i konflikty między apteką a pacjentem. Czy ministerstwo bierze pod uwagę zmiany przepisów prawa, jeśli chodzi o dostarczanie leków do aptek?" – naświetliła problem prezes NIA.

„Widzimy ten problem, ewidentnie powinniśmy go rozwiązać. Nie wiem, jak - bo to jest bardzo trudny temat. Nowa kadencja tym się musi zająć. My chyba obecnie mamy dostawy do aptek najlepsze w Europie, praktycznie są codziennie. Trzeba przeanalizować koszty całego łańcucha dostaw, koszty uzupełniania dostaw. Musimy na to spojrzeć z całą branżą, pamiętając, że i apteki, i hurtownie muszą być rentowne" – odpowiedział min. **Miłkowski**.

„Problem zgłaszania działań niepożądanych musi być rozwiązany przez jak najprostsze metody pozwalające na ich zgłaszanie. Czyli potrzebna jest dygitalizacja, włączenie we wszystkie możliwe aplikacje i wszystkie systemy, jak IKP czy gabinet.gov.pl dla lekarzy. To wszystko będzie udrażnianiem systemu monitorowania działań niepożądanych. Istnieje już platforma oceny i przesyłania danych do oceny Europejskiej Agencji Leków. Te systemy już działają, ale trzeba je cały czas upowszechniać. Trzeba będzie jeszcze pracować nad tym, tak pod względem edukacyjnym, jak i informatycznym" – powiedział **Grzegorz Cessak**, prezes Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych. „Chcielibyśmy wszelkimi możliwymi metodami monitorować skuteczność leczenia w najprostszych jednostkach chorobowych – nadciśnieniu tętniczym, otyłości, hipercholesterolemii – będących przyczyną wielu pozostałych" – uzupełnił **Maciej Miłkowski**.

Debata: **"Nowoczesne podejście do profilaktyki zdrowotnej - rola szczepień w XXI wieku"**

Uczestnicy: Marcin Czech, Daniela Duta, Krzysztof Kępiński, Magdalena Kołodziej, Krzysztof Łanda, Kamila Malinowska, Maciej Miłkowski, Magdalena Władysiuk, Krzysztof Jakubiak (moderator)

Szczepienia są bardzo efektywnym narzędziem zdrowia publicznego pod względem zachowania stanu zdrowia oraz efektywności kosztowej. Chociaż o szczepieniach mówi się najczęściej w odniesieniu do profilaktyki u dzieci i młodzieży, równie ważny potrzebne są szczepienia osób pełnoletnich. Potrzebne jest opracowanie kalendarza szczepień dla osób dorosłych oraz zwiększanie świadomości korzyści, jakie dają przez całe życie pacjenta, nie tylko w wieku dziecięcym.

W Polsce większość osób ma pozytywny stosunek do szczepień jako profilaktyki pierwotnej. Nie znajduje to jednak odbicia w danych obrazujących wyszczepialność społeczeństwa. Podczas FOZ odbyła się debata poruszająca temat szczepień ochronnych u osób dorosłych.

Z badań przeprowadzonych przez Komisję Europejską wynika, że nawet 80 proc. dorosłych obywateli UE uważa szczepienia za bezpieczną i skuteczną metodę profilaktyki. W ankiecie przeprowadzonej przez Fundację MY PACJENCI i Rzecznika Praw Pacjenta wśród polskich pacjentów uzyskano podobne wyniki. W 2021 roku pozytywny stosunek do szczepień wyraziło aż 70 proc. dorosłych Polaków. „Na pytanie, skąd pozyskali taką wiedzę, zdecydowana większość ankietowanych odpowiedziała, że z gabinetu lekarza rodzinnego w swoim ośrodku POZ. „Warto edukować, że w wieku dorosłym należy się doszczepiać" – podkreślała **Magdalena Kołodziej**, prezes zarządu Fundacji MY PACJENCI. Wskazała na olbrzymią rolę POZ w edukacji pacjentów, a jednocześnie na to, że świadomość społeczeństwa jest wciąż zbyt niska. "Dużo dobrego, jeśli można tak powiedzieć, zrobiła w tym zakresie sytuacja pandemiczna, bo przypomniała nam, że szczepienia dla dorosłych w ogóle istnieją"– dodała **Magdalena Kołodziej**. Pytana o szczepienia, z których powinien skorzystać dorosły pacjent, wskazała listę najbardziej potrzebnych szczepionek, sformułowaną przez prezesa Polskiego Towarzystwa Wakcynologii, prof. **Jacka Wysockiego**. „Profesor wymienia takie szczepienia, jak grypa, meningokoki, półpasiec, RSV, tężec i błonica. Ja się ku temu przychylam" – powiedziała **Magdalena Kołodziej**.

„Dlaczego dorośli Polacy, chociaż ufają szczepionkom, to nie sięgają po nie?" – analizował **Krzysztof Łanda**, założyciel Fundacji Watch Health Care. Jak stwierdził - "Mamy na przykład szczepionki przeciwko półpaścowi, których skuteczność w grupie ryzyka sięga praktycznie 100 proc., a sama choroba daje paskudne objawy i konsekwencje" i zwrócił uwagę na kwestię refundacji szczepień. Jego zdaniem, szczepionki powinny być poddawane ocenie przez AOTMiT według standardów obowiązujących dla produktów leczniczych, a potem normalnej procedurze refundacyjnej. W ten sposób nie byłoby - jego zdaniem - trudności związanych z organizacją przetargów czy choćby z dzieleniem kwoty przetargowej.

W stosunku do zachodnich państw UE, w Polsce jest niższa wyszczepialność osób dorosłych. **Magdalena Władysiuk** (wiceprezes HTA Consulting) wskazała, że często przyczyną jest bariera finansowa, czyli konieczność zapłacenia za szczepionkę. Jednakże nie jest to jedyne wytłumaczenie. „Jesteśmy krajem, który relatywnie dużo „zaleca". Obecnie aż 13 szczepionek jest rekomendowanych u osób dorosłych, ale refundowanych jedynie pięć. Wyszczepialność jest jednym z kluczowych aspektów skuteczności szczepień. Problemem w naszym regionie jest to, że generalnie mamy niższą wyszczepialność. Nawet, kiedy szczepienia są bezpłatne, nie korzystamy z nich"- mówiła **Magdalena Władysiuk**.

Prof. **Marcin Czech** (Instytut Matki i Dziecka, prezes Polskiego Towarzystwa Farmakoekonomicznego) podkreślał konieczność zbudowania kalendarza szczepień dla osób dorosłych - „Musimy zacząć mówić o wadze szczepień w kontekście całego życia człowieka. Nie jest bowiem tak, że w 18. czy 19. roku życia, kiedy mamy ostatnie szczepienie w kalendarzu, kończy się życie wszystkich czynników, które powodują choroby zakaźne. We wszystkich dokumentach światowych, w tym WHO, profilaktyka pierwotna jest uważana za jedną z najbardziej kosztowo efektywnych i opłacalnych interwencji w systemie ochrony zdrowia. Przyzwyczailiśmy się jednak do tego, że o konieczności szczepień ochronnych mówimy w kontekście dzieci. Mamy kalendarz szczepień z wieloletnią tradycją i dzięki niemu możemy zapomnieć o wielu chorobach, jak np. polio, które w większości krajów Europy, oprócz naszego wschodniego sąsiada, można uznać za eradykowane".

Jak tłumaczył prof. **Czech**, w Polsce opieramy się na innych podstawach profilaktyki pierwotnej niż w państwach zachodnioeuropejskich. Na zachodzie od lat budowana jest świadomość społeczna oraz

ułatwia się obywatelom dostęp do szczepień, na przykład dając możliwość zaszczepienia w aptece. W Polsce tymczasem zatrzymujemy się jedynie na mówieniu - zaleceniu szczepień. Polska znajduje się na końcu listy państw UE pod względem środków przeznaczanych na prewencję pierwotną, w tym szczepienia. “Możemy się spierać, czy szczepionki przeciwko COVID-19 były wystarczająco długo badane, ale nikt nie zaprzeczy temu, że podaliśmy miliardy dawek i te szczepienia przyniosły nam wielokrotnie więcej korzyści” – tłumaczył prof. **Czech** i dodał - „Nie da się ukryć, że idea szczepienia przez całe życie - to koncepcja, która rezonuje już w całej Unii Europejskiej”. Mówiąc o tym, że szczepienia należy przyjmować przez całe życie, zwrócił uwagę na wzrastającą interdyscyplinarność tej kwestii, co wyraża się m.in. w taki sposób, że naukowe towarzystwa onkologiczne rekomendują szczepienia pacjentom z chorobą nowotworową.

„W porównaniu z 1990 rokiem kobiety i mężczyźni w Polsce żyją średnio o sześć i osiem lat dłużej. Nie możemy jednak spoczywać na laurach. Nasz układ immunologiczny z wiekiem słabnie. Nie jesteśmy odporni na choroby jak dzieci, więc warto stale się szczepić i doszczepiać. Na polskim rynku istnieją nowe szczepionki chroniące przed wieloma chorobami zakaźnymi, mogącymi mieć poważne konsekwencje” – mówił **Krzysztof Kępiński** (członek zarządu GSK Polska). Zwrócił uwagę na konieczność dialogu pomiędzy Ministerstwem Zdrowia, środowiskiem naukowo-lekarskim, producentami szczepionek i organizacjami pacjentów. „Dzięki temu możemy łączyć naukę, technologię, prawodawstwo i utalentowanych ludzi, żeby dostarczać innowacyjne leki i szczepionki wszystkim, którzy tego potrzebują” – podkreślał dyr. **Kępiński**.

Wiceminister **Maciej Miłkowski** powiedział - “Koncentrujemy się na przekonywaniu pacjentów, wierząc, że są oni odpowiedzialni. Nie chcemy robić nic na siłę, nic przeciwko pacjentowi. Jeśli np. pacjent nie chce się operować, to nikt nie może mu tego narzucić, tak samo, jak udziału w programach lekowych. Dlatego kierujemy się zasadą, że my zalecamy, a pacjent decyduje”. Jak podkreślił wiceminister **Miłkowski**, zawsze ostatnie zdanie powinno należeć do pacjenta, natomiast do ministerstwa należy zwiększanie dostępności do szczepień. „Stale poszerzamy zakres refundacyjny, a od września zwiększyliśmy go do maksimum. Finansujemy szczepienia przeciwko pneumokokom dla osób powyżej 65. roku życia i inne. Przy refundacji powinniśmy kierować się zasadą dookreślania specyficznych grup osób, ponieważ to w grupach szczególnie narażonych na zachorowanie notujemy największe korzyści ze szczepień” - mówił **Maciej Miłkowski**. Zapowiedział także polepszenie jakości danych statystycznych odnoszących się do szczepień, do czego ma się przyczynić wprowadzenie elektronicznej karty szczepień. Dane te mają być m.in. punktem wyjścia organizowanych kampanii promujących szczepienia jako profilaktykę pierwotną.

Kamila Malinowska (dyrektor biura prezesa AOTMiT) podkreśliła, że samo podanie szczepionki jest tylko jednym z elementów profilaktyki pierwotnej. „Żeby cały proces profilaktyki zadziałał poprawnie, nie

możemy zapomnieć o transporcie, przechowywaniu, kwalifikacji pacjenta, tak aby mógł przyjąć szczepionkę z minimalizacją niekorzystnych działań poszczepiennych. Niezbędne są całe rozwiązania systemowe, żeby szczepionka zadziałała i u jednego pacjenta, i w całej populacji" – tłumaczyła **Kamila Malinowska**.

Debata: **"Strategia rozwoju przemysłu farmaceutycznego w Polsce"**

Uczestnicy: Cristiano Costanzo, Justin Gandy, Agnieszka Grzybowska-Zalewska, Maciej Miłkowski, Barbara Misiewicz-Jagielak, Laurent Renaudie, Michał Czarnuch (moderator)

Do zapewnienia możliwości rozwoju rynku leków i refundacji nowych terapii niezbędne są odpowiednie nakłady finansowe. Ich istotny wzrost w ostatnim okresie nastąpił, dzięki czemu rośnie wartość refundacji - podkreślił wiceminister Maciej Miłkowski. Wiceminister wskazał jednocześnie, że wydatki na nowe technologie rosną szybciej niż na refundację aptieczną czy leki generyczne. Nie powinniśmy zatem - jego zdaniem - akceptować nadmiernie wysokich cen leków innowacyjnych, potrzebne są intensywne negocjacje z producentami, prowadzone w interesie pacjentów oraz płatnika publicznego.

Wiceminister ocenił, że przemysł farmaceutyczny w Polsce znajduje się w dobrej kondycji i rozwija się, branża inwestuje i rozwija swoje działania, między innymi w obszarze badań klinicznych, informatyzacji, nowych technologii.

Prezes polskiego oddziału firmy Sandoz **Laurent Renaudie** powiedział, że zakłady produkcyjne w Warszawie i Strykowie odgrywają istotną rolę w działaniach firmy, a jej możliwości produkcyjne są istotnie rozwijane. Produkcja jest prowadzona na wielką skalę, a do fabryk wprowadzane są najnowocześniejsze technologie, jak na przykład roboty opakująco-paletyzujące. Polska jest oceniana jako bardzo atrakcyjne miejsce do prowadzenia działalności, dlatego planowane są kolejne inwestycje i wzmacnianie roli polskiego oddziału w strukturach firmy. Jednocześnie nasz kraj jest postrzegany jako atrakcyjny rynek, należący do największych w Europie, dlatego obecność i rozwój operacji w Polsce jest traktowana jako ważny cel strategiczny.

Cristiano Costanzo, dyrektor polskiego oddziału GSK, również ocenił polski rynek jako atrakcyjne miejsce rozwoju działań branży farmaceutycznej. GSK rozwija w Polsce huby usługowe, w obszarze badań i rozwoju, IT czy obsługi funkcji korporacyjnych, traktując nasz kraj jako jedną z kluczowych lokalizacji dla tych struktur. Podkreślił, że dzięki temu w Polsce tworzone są nowe miejsca pracy dla wysoko wykwalifikowanych specjalistów, co stwarza dobre perspektywy na przyszłość. Dyrektor **Costanzo** podkreślił, że według analiz wkład GSK w polskie PKB wyniósł prawie 2,5 mld zł w 2020 roku, głównie dzięki tworzeniu miejsc pracy i daninom publicznym. Wspomniał również o badaniach klinicznych, prowadzonych w Polsce na coraz większą skalę.

Agnieszka Grzybowska-Zalewska, kierująca polskim oddziałem Sanofi, powiedziała że polskie oddziały międzynarodowych koncernów zawsze czują na sobie podwójną odpowiedzialność - zarówno za rozwój firm, w których pracują, jak też za rozwój polskiego rynku i zaspokajanie potrzeb polskich pacjentów. Sanofi posiada zakłady produkcyjne w Rzeszowie, które odgrywają istotną rolę w łańcuchu produkcji i dostaw dla globalnych operacji firmy. Jak powiedziała prezes **Grzybowska-Zalewska**, przemysł boryka się z rosnącymi kosztami surowców, usług i innych środków produkcji. W tym kontekście firma pracuje nad odtworzeniem zdolności produkcyjnych substancji aktywnych, przede wszystkim na swoje potrzeby.

Prezes polskiego oddziału MSD **Justin Gandy** również wysoko ocenił atrakcyjność Polski jako miejsca do lokowania nowych inwestycji. Z tego powodu w Polsce MSD ulokowało swoje drugie największe centrum zarządzania danymi z badań klinicznych, które przetwarza dane z 5 tysięcy ośrodków z całego świata. Korzyści dla polskich pacjentów z obecności MSD dotyczą również rozwoju badań klinicznych, gdzie polski oddział MSD zajmuje drugie miejsce w Europie pod względem liczby pacjentów ośrodków i prowadzonych badań.

Barbara Misiewicz-Jagielak, wiceprezes Polskiego Związku Pracodawców Przemysłu Farmaceutycznego, zwróciła uwagę na to, że przemysł farmaceutyczny opiera swoje działanie i rozwój na sieci powiązań z ośrodkami naukowymi, klinicznymi, naukowcami. Krajowy przemysł lekowy odgrywa ważną rolę

w rozwoju m.in. medycyny, nauki, edukacji i ochrony zdrowia. „Mamy ogromny potencjał, z uwagi na najnowocześniejsze w Europie zakłady produkcyjne, zasoby kadrowe polskiej nauki i wysoko wykwalifikowanych specjalistów” - podkreśliła **Barbara Misiewicz-Jagielak**. Dlatego tak ważne jest jej zdaniem, aby w naszym kraju rozwijała się produkcja leków, ale w powiązaniu z całym rozwojem gospodarki i nauki. Przemysł farmaceutyczny przyczynia się do rozwoju polskiej nauki. Prezes **Misiewicz-Jagielak** oceniła, że ostatnie zmiany wprowadzone do ustawy refundacyjnej zwiększają szanse krajowych producentów na skuteczne konkurowanie z międzynarodowymi koncernami i dają nadzieję na zwiększenie bezpieczeństwa lekowego polskich pacjentów, które w dużym stopniu zależy od krajowej produkcji leków.

Wiceminister **Maciej Miłkowski** wskazywał, że istotny jest globalny kontekst, czyli wzrost gospodarczy i zwiększanie środków przeznaczanych na ochronę zdrowia, w tym na refundację leków. Rosnące nakłady, rozwój technologiczny i zasoby kadrowe powinny sprawić, że krajowy przemysł będzie mógł się rozwijać i podejmować skuteczną konkurencję z zagranicznymi firmami. Zwrócił też uwagę, jak ważna na rynku leków jest konkurencja, która sprzyja pacjentom poprzez utrzymywanie się cen leków na przystępnym poziomie. “Musimy być lepsi niż inni w każdym zakresie” - powiedział **Maciej Miłkowski**. Wyraził też nadzieję, że szefowie polskich oddziałów międzynarodowych firm będą skutecznie przekonywać swoje centrale, że Polska jest doskonałym miejscem na inwestycje i rozwój zakresu działalności.

Przedstawiciele firm wskazywali, że rozwojowi przemysłu farmaceutycznego w Polsce sprzyjać będzie przede wszystkim atrakcyjność naszego krajowego rynku, dostępność zasobów kadrowych, otoczenie prawne sprzyjające wdrażaniu innowacji, ale także rozwój cyfryzacji, zwłaszcza w zakresie gromadzenia i przetwarzania danych. Podkreślili również, że dla biznesu bardzo istotne jest bezpieczeństwo i stabilność systemu prawnego. Skuteczne wdrażanie innowacji terapeutycznych wymaga także odpowiedniego kształtowania systemu ochrony zdrowia, otwarcia na nowe technologie i zdolności do ich finansowania. Nowoczesna diagnostyka, rejestry, badania kliniczne - to niektóre z obszarów, które warunkują skuteczne wprowadzanie innowacyjnych terapii do opieki medycznej.

Debata: **"Przegląd prawodawstwa farmaceutycznego UE - jakie szanse, jakie ryzyka"**

Uczestnicy: Michał Byliniak, Grzegorz Cessak, Agnieszka Grzybowska-Zalewska, Maciej Miłkowski, Radosław Sierpiński, Marta Winiarska, Dominika Sikora-Malicka (moderatorka)

Trwa proces legislacyjny pierwszej od 20 lat tak gruntownej reformy prawodawstwa farmaceutycznego w Unii Europejskiej, która ma zdefiniować rynek farmaceutyczny i biotechnologiczny na kolejne dziesięciolecia. Od nowych przepisów zależeć będzie konkurencyjność, bezpieczeństwo zdrowotne pacjentów oraz dostępność do nowych leków. Projektowane rozwiązania będą mieć także duży wpływ na rozwój konkurencyjności państw członkowskich, w tym także Polski.

Michał Byliniak (dyrektor generalny INFARMA) przypomniał, że najważniejszym celem reformy jest zwiększenie dostępności do leków przy jednoczesnym zwiększaniu konkurencyjności europejskiego przemysłu. Obecne przepisy mają już 20 lat i są niedostosowane do dzisiejszych potrzeb. Projektowane przepisy wychodzą naprzeciw oczekiwaniom branży w kwestiach zwiększenia wydajności systemu rejestracyjnego, wdrażania rozwiązań cyfrowych, zwiększania działalności na rzecz środowiska. Jednocześnie po drugiej stronie znajdują się przepisy mające na celu skrócenie okresu wyłączności danych, co może zahamować rozwój innowacji w Europie. Dla producentów leków innowacyjnych jest to kluczowa zmiana, która może przyspieszyć niektóre z negatywnych trendów, w tym 25 proc. spadek europejskich badań i rozwoju oraz zmniejszenie globalnego udziału Europy w badaniach klinicznych z 25 proc. do 19 proc. Ponadto warunki jakie należy spełnić, aby ten okres uległ wydłużeniu, w ocenie branży innowacyjnej są niemożliwe albo bardzo trudne do spełnienia. Jednym z przykładów jest warunek dostępności refundacyjnej leków we wszystkich państwach członkowskich UE w określonym czasie, co nie zależy jedynie od firm, ale także od m.in. systemów refundacyjnych poszczególnych krajów UE. Z tego względu warunkowe możliwości przedłużenia wyłączności danych są czysto teoretyczne. Oznacza to, że wszystkie kalkulacje dotyczące rozpoczęcia nowych badań czy wejścia firmy na nowy rynek są zaburzone. Podobnie oceniany jest warunek wypełnienia niezaspokojonej potrzeby zdrowotnej, który jest na tyle ogólny i jednocześnie zawężający, że wydłużenie okresu ochronnego na kolejny rok nie będzie możliwe. "Obawiamy się, że projektowane zmiany będą stały w kontrze do rzeczywistości i szybkiego wprowadzenia leku do refundacji" – zwracał uwagę **Michał Byliniak**.

"To jest ogromna reforma, na którą wszyscy czekaliśmy z nadzieją. Jej celem jest zrównoważenie dostępu do innowacyjnych produktów leczniczych w całej Europie. Wszyscy zdajemy sobie sprawę z nierówności w dostępie, które nadal istnieją, pomimo naszych starań. Wprowadzenie reformy - to szansa na zrównanie dostępu i równoczesne wsparcie konkurencyjności sektora farmaceutycznego. Reforma ta jest niezbędna, ale jednocześnie trudna do wdrożenia" – podkreślała **Agnieszka Grzybowska-Zalewska**, prezes zarządu INFARMA.

Zmiana unijnego prawa stanowi ogromne wyzwanie dla wszystkich stron, tak aby zapewnić długoterminowy rozwój sektora farmaceutycznego w Europie. Kluczową sprawą jest zachowanie równowagi między różnymi interesami i potrzebami oraz znalezienie właściwego kompromisu, tak aby nie zaszkodzić rozwojowi innowacji, a jednocześnie zapewnić dostęp do nowych leków dla pacjentów.

Zapytany o polskie stanowisko do projektowanych zmian unijnego prawa, wiceminister **Maciej Miłkowski** powiedział, że polski rząd co do zasady popiera zaproponowany kierunek zmian a polskie stanowisko powstanie w oparciu o głosy przedstawicieli branż – zarówno Krajowych Producentów Leków, jak i firm zrzeszonych w INFARMA. Wiceminister **Miłkowski** zwrócił uwagę na odmienne podejście państw członkowskich do kwestii ochrony danych ze względu na „dużą rozbieżność pomiędzy oczekiwaniami" branży innowacyjnej i generycznej. Jak ocenił, tam, gdzie okres ochrony jest krótszy, nowe leki są dostępne szybciej - co z punktu widzenia pacjenta jest korzystne.

Jak powiedział **Grzegorz Cessak** (prezes Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych), z perspektywy Europejskiej Agencji Leków procedowane zmiany są naprawdę rewolucyjne, szczególnie w zakresie kwestii dotyczących udostępniania danych. Chociaż aspekt ten jest ważny i zmiany mają na celu wzmocnienie pozycji Europy wobec innych rynków, to cały proces staje się znacznie bardziej skomplikowany. Prezes **Cessak** zwrócił uwagę na ryzyko związane z wprowadzeniem proponowanych zmian, które mogą spowodować, że system przepisów stanie się mniej jasny. To szczególnie istotne w kontekście różnych okresów wyłączności danych rynkowych. Nowe zmiany wprowadzą różne wyjątki oraz procedury przedłużania okresu ochrony danych, oparte na kluczowych badaniach klinicznych z życiem istotnego komparatora oraz w kontekście niezaspokojonych potrzeb medycznych - każdy przypadek będzie musiał być rozważany indywidualnie, co może prowadzić do wydłużenia procesu rejestracji.

Według prezesa **Cessaka** będzie to stanowiło dodatkowe wyzwanie dla regulatorów i urzędów krajowych, których głównym zadaniem jest zapewnienie jakości, bezpieczeństwa i skuteczności leków. Pojawi się dodatkowo nowy element - ocena wpływu na środowisko, co będzie wymagało pozyskania ekspertów z tej dziedziny. Skrócenie okresu oceny wniosków z 210 dni do 180 dni jest rewolucyjne, ale jednocześnie będzie wymagać utworzenia nowych grup ekspertów oraz przyspieszenia procedur. Tymczasem wszystkie agencje regulacyjne borykają się z ograniczonymi zasobami ludzkimi. Prezes URPL podkreślił również, że jednym z nowych ważnych elementów w regulacji jest wprowadzenie tymczasowego zezwolenia na wprowadzenie produktu, który nie uzyskał jeszcze pełnego zatwierdzenia, w przypadku istnienia zagrożenia dla zdrowia lub niezaspokojonych potrzeb medycznych.

Prezes Agencji Badań Medycznych **Radosław Sierpiński** wyraził swoje obawy co do wpływu propozycji Komisji Europejskiej na rozwój branży biotechnologicznej w Polsce. Zaznaczył, że skrócenie okresu ochrony regulacyjnej może niekorzystnie wpłynąć na inwestycje w badania i rozwój oraz przynieść pewne ryzyko przeniesienia kosztów na pacjentów. Zaznaczył, że konieczne jest znalezienie równowagi między przyspieszeniem dostępu do leków a zachowaniem zdolności do prowadzenia badań klinicznych. Polska podejmuje wysiłki w celu wspierania rozwoju biomedycyny i przyciągania inwestycji, ale do wyjaśnienia jest kwestia, czy planowane środki są wystarczające. Pytanie, czy dwa miliardy złotych - to dużo czy mało, pozostaje otwarte, ale jest to jego zdaniem istotny krok w odpowiednim kierunku. Prezes **Sierpiński** poddał również w wątpliwość, czy unijna reforma może być motorem dla rozwoju rynku badań i innowacji w Europie i czy to wystarczy, aby konkurować z innymi regionami świata. Jego zdaniem, należy szukać równowagi między celami reformy europejskiego prawa farmaceutycznego a zachowaniem zdolności do prowadzenia badań i innowacji w Polsce i w regionie Trójmorza.

Marta Winiarska (prezes zarządu Polskiego Związku Innowacyjnych Firm Biotechnologii Medycznej BioInMed) zwróciła uwagę, że istotne jest nie tylko skrócenie okresu wyłączności danych, ale także poprawa konkurencyjności i innowacyjności. Dzisiaj wiele innowacyjnych projektów i leków rozwijanych jest przez mniejsze firmy biotechnologiczne, a następnie przejmowanych przez większe koncerny. Zwróciła uwagę, że polskie firmy biotechnologiczne również pracują nad projektami na międzynarodowym poziomie. Sektor biotechnologii w Polsce rozwija się dopiero od 15 lat, natomiast już dzisiaj mamy projekty, które są w drugiej fazie badań klinicznych. Skrócenie okresu ochrony danych może niekorzystnie wpłynąć na mniejsze firmy biotechnologiczne, które będą miały trudności w udźwignięciu ciężaru innowacji.

„Kraje takie, jak Chiny i Indie zaczynają wyprzedzać Europę zarówno pod względem produkcji, jak i innowacji. Dlatego wymaganie od mniejszych firm biotechnologicznych, aby zarejestrowały swoje

produkty na wszystkich rynkach jednocześnie i przedłużyły okres ochrony danych o dwa lata, jest nie tylko trudne, ale wręcz absurdalne" – podkreślała w swojej wypowiedzi prezes **Winiarska**. W obecnej sytuacji współpraca z międzynarodowymi firmami farmaceutycznymi jest kluczowa dla polskiego sektora. Nawet jeśli polskie firmy są w stanie doprowadzić swoje produkty do etapu rejestracji, wciąż potrzebują partnerów międzynarodowych do dystrybucji tych produktów na całym świecie. Dobrą ilustracją tego procesu jest firma BioNTech, która opracowała szczepionkę na COVID-19. Mimo że jest to dojrzała firma biotechnologiczna, partnerstwo z Pfizerem było niezbędne do masowej dystrybucji szczepionki na światową skalę. Polskie firmy muszą działać w podobnym modelu. "Choć tworzymy podwaliny innowacyjnego przemysłu, mamy nadzieję, że w przyszłości będziemy w stanie produkować innowacyjne leki opracowane przez polskie firmy w Polsce. Jednak na razie musimy polegać na partnerach międzynarodowych, a te zmiany regulacyjne mogą wpłynąć na mniejsze firmy, przesuwając ciężar ryzyka i zmniejszając ich opłacalność. To może negatywnie wpłynąć na rozwój sektora w Polsce" - mówiła **Marta Winiarska**. Wskazała także na konieczność dialogu między firmami, rządem i Ministerstwem Rozwoju w celu znalezienia rozwiązań, które pozwolą na rozwój innowacyjności i utrzymanie konkurencyjności.

Wiceminister **Maciej Miłkowski** zwrócił uwagę, że w ostatnich latach udało się wypracować Polsce wysoką pozycję w sektorze badań klinicznych, co związane jest m.in. ze wzrostem wynagrodzeń. Nie bez znaczenia także pozostaje szeroka działalność Agencji Badań Medycznych, wspierającej Centra Badań Klinicznych. "Musimy mieć w Europie w miarę równy dostęp do świadczeń medycznych" – podkreślił na koniec **Maciej Miłkowski**.

Zdaniem prezesa **Grzegorza Cessaka** zakładane 18 miesięcy na implementację nowego unijnego prawa wydaje się nierealne. Zmiany stwarzają nowe szanse dla pacjentów, zwłaszcza tych z niezaspokojonymi potrzebami medycznymi, ale nie mogą one pozostawać w kontrze do zdrowia publicznego. Połączenie dialogu i doprecyzowanie definicji - to według **Agnieszki Grzybowskiej-Zalewskiej** może być złoty środek na osiągnięcie kompromisu. Dialog musi być prowadzony szeroko, zarówno pomiędzy regulatorem a Komisją Europejską, jak też pomiędzy firmami innowacyjnymi i generycznymi, przy jednoczesnym doprecyzowaniu niejasnych przepisów regulacyjnych.

Podsumowując dyskusję **Michał Byliniak** zwrócił uwagę, że różnice w nakładach na badania i rozwój w Europie są ogromne, ale Polska jest istotnym graczem na tym rynku i dobrymi miejscem do tego, aby inwestować w kadry i produkcję.

Debata: "Jak usprawnić profilaktykę, opiekę i dostęp do innowacyjnych terapii?"

Uczestnicy: Magdalena Kardynał, Maciej Miłkowski, Barbara Radecka, Agata Stanek-Widera, Witold Laskowski (moderator)

Zmiany organizacyjne, ciągła edukacja i rozwój kadr medycznych, a także podnoszenie świadomości społecznej i profilaktyka - to najważniejsze kierunki działania, które mogą usprawnić dostęp do nowoczesnej diagnostyki i leczenia.

Na początku debaty wiceminister **Maciej Miłkowski** w odpowiedzi na pytanie, jakie są priorytety polityki lekowej państwa, w pierwszej kolejności wskazał na sprawność prowadzenia procesów refundacyjnych i realizowania wniosków producentów nowo rejestrowanych leków, a także podejmowanie decyzji na podstawie wytycznych naukowych i standardów postępowania klinicznego. Strategicznym kierunkiem jest zatem wdrażanie innowacji do leczenia. Na drugim miejscu wymienił systemową zmianę w finansowaniu leków w refundacji aptecznej, tak aby refundowane były wszystkie najważniejsze, wymieniane w wytycznych terapie, które są dostępne w aptekach. W tym obszarze cały czas - jest zdaniem - jest wiele do poprawy. Wiceminister ocenił, że w stosunku do około 9 mld złotych obecnie wydawanych w refundacji aptecznej, potrzebne jest kolejne 2-3 miliardy na sfinansowanie ważnych, potrzebnych leków.

Na przykładzie refundacji leków stosowanych w leczeniu raka piersi i raka jelita grubego dr **Agata Stanek-Widera** (Zakład Patologii Nowotworów Narodowego Instytutu Onkologii, oddział Gliwice) wskazała na rozwój diagnostyki w onkologii. "Wydaje mi się, że patomorfologia jest dziedziną, która najszybciej podąża za nowościami" - powiedziała. Patomorfolodzy powinni uczestniczyć w całym procesie diagnostyczno-

terapeutycznym. Podkreśliła jednocześnie, że w bardzo szybkim tempie znaczenia nabiera diagnostyka molekularna, która w niektórych rodzajach nowotworów (np. rak piersi, nowotwory mózgu) stała się integralną częścią rozpoznania typu choroby.

Profesor **Barbara Radecka** (ordynator Kliniki Onkologii w Opolskim Centrum Onkologii) podkreśliła, że w ostatnich latach doszło do przełomu w refundacji nowoczesnych terapii nowotworów. “Wyraźnie powiększa się lista terapii, z których możemy korzystać” - mówiła prof. **Radecka**, jednocześnie podkreślając - “oczywiście nigdy nie będziemy mieli wszystkiego”. Zwróciła uwagę na duże zróżnicowanie możliwości terapeutycznych w poszczególnych rodzajach choroby, ponieważ wiele typów nowotworów jest trudnych do prowadzenia badań i tam rozwoju nowych terapii właściwie nie ma. Mówiła też o niezwykle istotnym problemie wczesnego rozpoznania choroby, dzięki któremu można dążyć do trwałego jej wyleczenia. W chorobie odkrytej na późniejszym etapie rozwoju mamy do czynienia przede wszystkim ze staraniami o przedłużenie życia i minimalizowanie ryzyka nawrotów. “Naszą intencją jest to, aby rak nie skrócił ludzkiego życia” - podkreśliła prof. **Radecka**.

Magdalena Kardynał, prezes Fundacji OmeaLife powiedziała, że bardzo ważna jest opieka psychologiczna nad pacjentami oraz zaspokojenie ich potrzeb innych niż sama terapia, w tym dostarczenie precyzyjnej informacji dotyczącej choroby, terapii i bezpieczeństwa. Mówiła o potrzebie zmian organizacyjnych i wymiany doświadczeń pomiędzy lekarzami i ośrodkami, tak aby pacjent miał jak szansę na jak najszybsze rozpoczęcie możliwie skutecznego i bezpiecznego leczenia. Nowe metody leczenia pozwalają znacznie skuteczniej leczyć zwłaszcza zaawansowane postacie nowotworów, dlatego ważne jest również edukowanie i wspieranie pacjentów w podejmowaniu decyzji dotyczących wyboru i akceptacji ścieżki leczenia. Prezes **Kardynał** zwróciła również uwagę na to, że w wielu przypadkach pacjenci nie czekając na decyzje refundacyjne starają się sfinansować nowe leki we własnym zakresie lub z pomocą organizacji pozarządowych. Bardzo często dotyczy to kolejnych linii leczenia, kiedy pojawia się nowy lek, którego proces refundacyjny jeszcze się nie zakończył.

Wiceminister **Maciej Miłkowski** przypomniał o “olbrzymiej pracy, która została wykonana przez kilkuletni okres” w celu wprowadzenia głębokich zmian w patomorfologii, podkreślając rolę, jaką odegrał w tym prof. **Andrzej Marszałek**. Mówił też o zmianach wycen i certyfikacji ośrodków, a także działaniach mających na celu zwiększenie liczby specjalistów i takiej organizacji pracy, aby złagodzić braki kadrowe. “Bez diagnostyki nic się nie da zrobić” - podsumował wiceminister.

Profesor **Barbara Radecka** mówiła także o nowych metodach leczenia raka piersi i raka jelita grubego, które pojawiły się w ostatnich latach. Rozwój terapii pozwolił przedłużyć średnią długość życia z 6 do 30 i więcej miesięcy. Do leczenia trafiają także nowe terapie do stosowania w zaawansowanych stadiach choroby, a zatem używane w kolejnych liniach leczenia. Pojawiają się badania, w których wykazuje się,

że takie leki warto stosować we wcześniejszych liniach, także w terapiach skojarzonych. “Na postęp składają się kolejne kroki, czasem większe, czasem mniejsze, ale wszystkie składają się na to, że możemy przedłużyć życie chorego” - mówiła prof. **Radecka**. W wielu przypadkach zdarza się, że dzięki takiemu przedłużaniu życia chorzy mogą doczekać rejestracji kolejnej, nowej terapii która stworzy im szansę na kolejny czas życia w dobrym zdrowiu.

Eksperci zwrócili uwagę na rosnące potrzeby kadrowe w onkologii, które są związane nie tylko z liczbą zachorowań i pacjentów, ale także rozwojem technologii diagnostycznych i terapii, które wymagają od specjalistów większego wysiłku i czasu. Profesor **Radecka** dodała, że problemem jest też nadwątlone zaufanie społeczne do pracowników ochrony zdrowia.

Obserwowany postęp powoduje, że lawinowo rośnie liczba procedur możliwych do zaproponowania pacjentowi, w tym zwłaszcza w obszarze diagnostyki. Chociaż postęp organizacyjny w patomorfologii jest oczywisty, to jego efekty będą dostrzegalne za 5-7 lat, tymczasem potrzeby rosną już dzisiaj i trzeba się z tym wyzwaniem zmierzyć” - podsumowała **Barbara Radecka**.

Prezes **Magdalena Kardynał** mówiła także o potrzebie zapewnienia pacjentom życia o możliwie dobrej jakości, z czym wiąże się między innymi miejsce leczenia. Pacjenci chcą być pod opieką ośrodków leżących możliwie blisko miejsca zamieszkania, ponieważ długie dojazdy wpływają niekorzystnie i na kwestie finansowe, i na jakość życia pacjenta, i na życie całej jego rodziny. Zwróciła uwagę na rezerwy, które tkwią we właściwej organizacji systemu leczenia chorych na nowotwory, a których wykorzystanie mogłoby w miarę szybko przyczynić się do poprawy jakości i efektywności opieki.

KOMENTARZ EKSPERTA

Przegląd prawodawstwa farmaceutycznego UE stanowi zdarzającą się raz na 20 lat szansę, żeby Europa szybko zareagowała na potrzeby pacjentów i pozostała światowym liderem w zakresie odkrywania produktów farmaceutycznych. I choć wszyscy są zgodni, że cele reformy są słuszne to jako branża zwracamy także uwagę na ryzyka. Zaproponowane przez Komisję rozwiązania w obecnym kształcie będą bowiem skutkować zahamowaniem inwestycji w rozwój nowych leków, a w konsekwencji utrudnią dostęp pacjentów do nowoczesnego leczenia oraz zatrzymają już podupadającą konkurencyjność Europy zarówno w rozumieniu naukowym, jak i gospodarczym. Takie mogą być bowiem konsekwencje proponowanego skrócenia z 8 do 6 lat okresu wyłączności danych dla firm innowacyjnych. Żeby dobrze zrozumieć skutki tylko tego jednego zapisu warto zobaczyć duży obrazek, na który składa się znaczenie rozwoju innowacji dla pacjentów oraz efektywności systemu ochrony zdrowia, już istniejące luki w dostępie do nowoczesnych leków, kondycja zdrowotna całego społeczeństwa oraz rozwój polskiej medycyny i gospodarki. Powinna się na nim znaleźć także kwestia konkurencyjności Europy, która wpłynie również na polski rynek.

Własność intelektualna jest fundamentem rozwoju każdej gałęzi gospodarki, także branży farmaceutycznej. Okres wyłączności danych jest natomiast odpowiedzią na specyfikę branży oraz znaczenie jej produktów dla całych społeczeństw i stanowi zachętę do jak najbardziej dynamicznego inwestowania w nowe terapie lekowe, które są odpowiedzią na niezaspokojone potrzeby medyczne w obszarze wielu powszechnych chorób w tym m.in. w onkologii, kardiologii, diabetologii, neurologii a także w obszarze chorób rzadkich.

Obecne rozwiązania w zakresie ochrony praw własności intelektualnej w Unii Europejskiej zapewniają równowagę między motywacją do innowacji i zwrotem kosztów dla podmiotów innowacyjnych i transferem technologii do przemysłu odtwórczego. Warto w tym miejscu przypomnieć, że producenci leków oryginalnych, którzy są skoncentrowani na opracowywaniu i udostępnianiu pacjentom nowoczesnych leków, ponoszą na ten cel ogromne nakłady.

Opracowanie nowego leku zajmuje średnio 12-15 lat, kosztuje około 8,6 mld zł i jest obarczone dużym ryzykiem niepowodzenia. Co roku przemysł farmaceutyczny inwestuje w europejskie badania i rozwój ponad 200 mld zł. Jakiekolwiek zmiany w tym mechanizmie mogą mieć konsekwencje w wielu obszarach: dostępu do leków innowacyjnych, liczby prowadzonych badań klinicznych, rozwoju kadry naukowej, sytuacji ekonomicznej podmiotów wytwarzających, skali zatrudnienia, rozwoju innych gałęzi przemysłu, tych bezpośrednio i pośrednio związanych z sektorem farmaceutycznym.

Mimo że Komisja Europejska przewiduje możliwość warunkowego wydłużenia tego okresu, w rzeczywistości możliwość ta jest jednak pozorna. Spełnienie bowiem oczekiwanych warunków jest poza wpływem i kontrolą producentów.

Przypomnijmy, że już teraz w fazie badań znajduje się 8000 potencjalnych leków i szczepionek, co pokazuje, że żyjemy w erze bezprecedensowych innowacji medycznych a branża stale inwestuje w zaspokajanie niezaspokojonych potrzeb medycznych. Tylko w 2021 r. na całym świecie rozpoczęto ponad 6 800 badań klinicznych sponsorowanych przez branżę w różnych obszarach, takich jak onkologia, choroby zakaźne, neurologia, hematologia, endokrynologia i choroby układu oddechowego. Nie możemy dopuścić do zahamowania tego trendu. Potrzebujemy szerokiego dialogu i rozwiązań, które przyspieszą ten proces oraz stanowiska rządu, które będzie je wspierać i tworzyć sprzyjające warunki do inwestowania dla firm także w naszym kraju.

Michał Byliniak
dyrektor generalny
Związek Pracodawców
Innowacyjnych Firm Farmaceutycznych INFARMA

KOMENTARZ EKSPERTA

Chcąc zapewnić bezpieczeństwo lekowe Polakom, nie wystarczy wpisać do ustawy refundacyjnej przepisy mające na celu zwiększanie produkcji farmaceutycznej w Polsce. Trzeba je jeszcze wdrożyć. Poza tym konieczne jest zwiększenie nakładów na refundację aptieczną i urealnienie cen leków, których wytwarzanie staje się nierentowne. Od kilku lat bowiem rosną wydatki NFZ na programy lekowe, natomiast wysokość refundacji aptecznej nie zwiększa się, a na liście refundacyjnej są leki, które kosztują kilka zł za miesięczną kurację, czego skutkiem jest wycofywanie tych produktów przez ich wytwórców, co grozi brakami w aptekach.

Zawarte w ustawie refundacyjnej mechanizmy zwiększania produkcji muszą zostać wdrożone i poszerzane. Preferencje refundacyjne powinny być zagwarantowane tym, którzy zdecydują się część swoich leków wytwarzać w Polsce. Należy też opracować listę leków krytycznych dla bezpieczeństwa Polaków oraz zachęty dla chcących zainwestować w ich produkcję.

Kształtowanie otoczenia prawnego dotyczącego polityki lekowej powinno odbywać się w dialogu z producentami leków, którzy wytwarzają je w naszym kraju i mają realny wpływ na polską gospodarkę, natomiast firmy, dla których Polska jest jedynie rynkiem zbytu - nie powinny wpływać na kształt polskiego prawa.

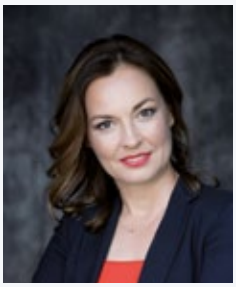
Konieczne jest też poszerzanie dostępu do terapii biologicznych, bo -mimo wygasania patentów na leki biologiczne i obniżek cen nawet o 80 % - w Polsce ich dostępność jest kilkunastokrotnie niższa niż w innych krajach UE. A z powodu nadmiernego obciążenia szpitali zwiększenie liczby leczonych pacjentów jest niemożliwe. Dlatego terapie te powinny być dostępne też w poradniach. To poprawi komfort życia chorych, bo nie będą musieli jeździć do oddalonych często o kilkaset kilometrów szpitali jedynie na podanie leku. Poza tym w latach 2024-2029 około 100 terapii biologicznych utraci monopol, co spowoduje spadek ich cen. By wykorzystać tę szansę na leczenie większej liczby chorych, konieczna jest optymalizacja udostępniania tych terapii.

Priorytetem polskiej prezydencji w Radzie UE w I połowie 2025 r. powinna być rewizja prawa farmaceutycznego mająca na celu zapobieganie brakom leków i przywrócenie ich produkcji w Europie. Konieczne jest zreformowania systemów ustalania cen leków oraz zamówień publicznych, by gwarantowały długoterminową stabilność branży i zapobiegały niedoborom, a także by leki konkurujące ceną wchodziły na rynek natychmiast po wygaśnięciu regulowanego przepisami monopolu.

Należy rozpocząć prace legislacyjne nad funduszem wsparcia produkcji leków i ich składników w UE. Trzeba pamiętać, że produkcja substancji do wytwarzania leków w Europie zawsze będzie droższa niż w Azji, a i leki powstałe z tych substancji będą kosztować więcej. Ta różnica w cenie jest kosztem bezpieczeństwa lekowego, czyli gwarancji dostaw leków nawet w sytuacjach kryzysowych, który musimy ponieść. Stąd konieczność wypracowania przez organy UE mechanizmów wsparcia zdolności produkcyjnych substancji farmaceutycznych.

Krzysztof Kopeć,
prezes Krajowych Producentów Leków:

KOMENTARZ EKSPERTA



Pacjenci potrzebują stabilnego sektora farmaceutycznego w Polsce

- Zapewnienie bezpieczeństwa lekowego Polakom czyli dostępności leków, jest priorytetem Adamed Pharma. Aby tego dokonać m. in. zwiększyliśmy moce produkcyjne Centrum Produkcyjno-Logistycznego w Pabianicach a także rozwojowe w obszarze R&D. Od 2019 r. aż trzykrotnie wzrosły nasze zapasy. Za nami rok intensywnych prac legislacyjnych. Zapisy w nowelizacji ustawy refundacyjnej, to dobry początek drogi, na którą wkraczamy. Zgodnie z naszą misją „Odpowiadamy na kluczowe wyzwania współczesnej medycyny" staramy się zagwarantować stałą dostępność nowoczesnych leków polskim pacjentom – co dziś postrzegamy, jako jedno z najważniejszych zadań - mówiła Katarzyna Dubno, Dyrektor ds. Relacji Zewnętrznych, ESG i Ekonomiki Zdrowia Adamed Pharma podczas dyskusji „Pacjent w systemie ochrony zdrowia" podczas XXXII Forum Ekonomiczne w Karpaczu.

Zabiegi i działania zmierzające do rozwoju produkcji substancji czynnych i leków w Polsce i Europie są kluczowe dla budowania suwerenności naszego kraju w zakresie wytwarzania leków i zapewnienia bezpieczeństwa lekowego pacjentów w Polsce. Horyzont czasowy takich inwestycji jest długi, skala ograniczona, a produkcja w Polsce czy innej części Starego Kontynentu droższa, m.in. z uwagi na wyższe koszty pracy czy znacznie bardziej restrykcyjne normy środowiskowe. Dlatego w kolejnych latach w sposób szczególny należy skoncentrować wysiłki na nowoczesnych technologiach, które wpłyną m. in. na ograniczenie negatywnego wpływu na środowisko.

Istotna w całym procesie jest także wspierająca polityka cenowa, refundacyjna czy fiskalna tworzone przez regulatora. Konieczne są mechanizmy wsparcie sektora i partycypacja w kosztach badań i rozwoju (B+R) poprzez granty krajowe czy oczekiwane środki zaplanowane w KPO na rozwój potencjału producentów leków i wyrobów medycznych, w tym inwestycje związane właśnie z produkcją API w Polsce.

Katarzyna Dubno
Dyrektor ds. Relacji Zewnętrznych, ESG i Ekonomiki Zdrowia
Adamed Pharma

ROZDZIAŁ 3.

ROZWÓJ KADR MEDYCZNYCH

Debata: **"Zawody medyczne - perspektywa rozwoju"**

Uczestnicy: Piotr Bromber, Beata Chełstowska, Leszek Domański, Mariola Głowacka, Wojciech Miltyk, Anna Zimny-Zając (moderatorka)

Obciążenie systemu ochrony zdrowia w Polsce będzie narastać, biorąc pod uwagę brak lekarzy i rosnącą liczbę osób cierpiących na przewlekłe lub długotrwałe problemy zdrowotne, co jest szczególnie istotne w obliczu starzejącego się społeczeństwa. Coraz większej uwagi wymagają kwestie wypalenia zawodowego pracowników medycznych, poszerzania kompetencji zawodów medycznych oraz współpracy między różnymi zawodami medycznymi.

Wiceminister **Piotr Bromber** wskazał na potrzebę zwiększenia zarówno liczby specjalistów w dziedzinie medycyny, jak i poprawy jakości kształcenia. Działania proilościowe - jak mówił - obejmują zwiększenie limitów przyjęć na studia medyczne oraz miejsc rezydenckich. Zmieniono również program stażu podopiecznego dla lekarzy, co ma poprawić jakość ich przygotowania zawodowego. Wprowadzono także zwiększenie wynagrodzeń rezydentów. Wśród działań służących podnoszeniu jakości wymienił wprowadzenie większej liczby specjalizacji kredytowych, zmiany programu nauczania i uatrakcyjnienie studiów na kierunkach medycznych. Istotnym krokiem było także zwiększenie samodzielności zawodowej fizjoterapeutów i farmaceutów. Zmiany w farmacji obejmowały skrócenie czasu trwania studiów do pięciu lat i poszerzenie perspektyw rozwoju zawodowego absolwentów, zwłaszcza w obszarze farmaceutycznej opieki szpitalnej. Kolejnym istotnym etapem było wdrożenie zapisów ustawy o niektórych zawodach medycznych, regulującej kompetencje i odpowiedzialność różnych zawodów medycznych, co ma przyczynić się do poprawy bezpieczeństwa i zaufania pacjentów.

Mariola Głowacka (przewodnicząca Krajowej Rady Akredytacji Szkół Pielęgniarek i Położonych) wskazała, że wzrosło zainteresowanie studiami pielęgniarskimi. Wspomniała również o potrzebie wprowadzenia awansu poziomego dla pracowników medycznych, tak aby wykorzystać pełnię potencjału kwalifikacji zawodowych. Zaznaczyła, że kształcenie pielęgniarek i pielęgniarzy powinno być dostosowane do potrzeb systemu opieki zdrowotnej, a nie tylko do dostępności miejsc na studiach wyższych. Jak dodała, istnieje wiele obszarów, w których pielęgniarki i położne mogą pełnić ważne role w opiece nad pacjentami i poprawie jakości opieki medycznej.

Profesor **Leszek Domański** (prorektor ds. klinicznych Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie) podkreślił konieczność zwiększenia liczby miejsc na kierunkach medycznych oraz w programach stażowych i rezydenckich. Przypomniał o rosnącym zapotrzebowaniu na specjalistów anestezjologii, intensywnej terapii, geriatrii czy psychiatrii. Zaznaczył, że należy wprowadzić bardziej zindywidualizowane ścieżki kariery dla lekarzy, które pozwolą lepiej dostosować ich kompetencje zawodowe do potrzeb systemu opieki zdrowotnej.

Beata Chełstowska (prodziekan ds. studenckich i kształcenia Wydziału Medycznego Collegium Medicum UKSW w Warszawie) mówiła o znaczeniu interdyscyplinarnego podejścia w kształceniu przyszłych pracowników medycznych. Zaznaczyła, że studenci medycyny, pielęgniarstwa i innych zawodów medycznych powinni być przygotowywani do pracy w zespołach interdyscyplinarnych - takie kształcenie poprawi jakość opieki nad pacjentami. Jak zaznaczyła, nauka online i technologie cyfrowe mogą być skutecznym narzędziem w kształceniu przyszłych pracowników medycznych.

Profesor **Wojciech Miltyk** (dziekan Wydziału Farmaceutycznego Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku) podkreślił znaczenie grupy zawodowej farmaceutów jako integralnej części systemu opieki zdrowotnej. Zaznaczył, że farmaceuci odgrywają kluczową rolę w monitorowaniu i optymalizacji farmakoterapii pacjentów oraz w zapewnieniu bezpiecznego dostępu do leków. Wspomniał o rosnącym znaczeniu farmaceutycznej opieki szpitalnej i podkreślił potrzebę większej integracji farmaceutów w zespołach leczenia pacjentów.

Uczestnicy debaty mówili, że bardzo istotna jest współpraca pomiędzy różnymi zawodami medycznymi, interdyscyplinarne podejście w opiece nad pacjentem i ciągły rozwój zawodowy pracowników medycznych. Wszyscy zgodzili się, że w obliczu rosnących wyzwań zdrowotnych konieczne jest inwestowanie w kształcenie i rozwój zawodów medycznych.

Debata: **"Kształcenie w zawodach medycznych - perspektywa i wyzwania. Rekomendacje KRAUM"**

Uczestnicy: Piotr Bromber, Marcin Gruchała, Agnieszka Piwowar, Katarzyna Siekaniec, Agnieszka Zimmermann, Krzysztof Jakubiak (moderator)

Nie ulega wątpliwości, że potrzeba dziś nowych kadr medycznych. Jak je kształcić, aby zapewnić wysoką jakość nauczania, czy mogą w tym pomóc wytyczne opracowane przez KRAUM.

"Znajdujemy się w takim okresie historii, w którym pojawiają się nowe wyzwania. Z jednej strony potrzebujemy na gwałt nowych kadr medycznych. Z drugiej - świat dynamicznie się rozwija, a wraz z nim medycyna, pojawiają się nowe narzędzia informatyczne, wkracza sztuczna inteligencja. Następuje zalew informacji. My i nasi studenci musimy się w tym odnaleźć" – zauważył prof. **Marcin Gruchała** (rektor GUMed, przewodniczący KRAUM). I dodał - "Kształcenie medyczne było przez wiele lat bardzo konserwatywne, oparte o niemal XIX-wieczny kanon: zapamiętać, odtworzyć na egzaminie i wszystko mieć w głowie, bo w nocy obudzony do pacjenta, musisz wiedzieć, co robić. Dzisiaj nie jest możliwe pchanie do głowy całej wiedzy medycznej. Stąd próba stworzenia rekomendacji, co jest najważniejsze w kształceniu kadry medycznej, kto to powinien robić, w jakim środowisku, czego powinniśmy uczyć. Programy nauczania trzeba weryfikować, nie mogą być takie same przez nawet 5 lat, bo zalecenia w wielu obszarach zmieniają się częściej."

Jak stwierdził prof. **Gruchała**, rekomendacje KRAUM zmieniają punkt ciężkości z nauki pamięciowej na naukę komunikacji, upraktycznienie nauczania. Kładą duży nacisk na jakość kształcenia, chociażby przez to, że pojawia się w nich wymóg wystandaryzowanego egzaminu praktycznego dla absolwentów kierunków medycznych.

Jakie są jednak konkretne zapisy na ten temat? "W rekomendacjach wskazujemy trzy obszary, dotyczące tego, w którą stronę powinniśmy podążać w rozwoju dydaktyki. Przede wszystkim jest to obszar kompetencji, które zdobywają studenci, następnie część dotycząca metody, bardziej zwrócona w stronę kadry dydaktycznej. Trzecia część dotyczy środowiska kształcenia, i to zarówno z punktu widzenia studentów, ich potrzeb, jak i kadry. W obszarze kompetencji wszyscy dostrzegamy bardzo dużą potrzebę położenia nacisku na upraktycznienie studiów. Tak samo ważne są zajęcia w centrach symulacji, które przygotowują

do pracy klinicznej, jak sama praca z pacjentem. Kontrowersje budzi zapis w rekomendacjach, że praktyka powinna odbywać się w szpitalach klinicznych, ponieważ nasza kadra akademicka tam prowadzi badania i jednocześnie leczy pacjentów, więc mamy pełen nadzór nad jakością kształcenia. Poza tym uczelnia jest podmiotem założycielskim, więc może nadzorować jakość kształcenia. W rekomendacjach wskazujemy potrzebę włączania studentów w pracę na oddziałach szpitalnych już na etapie studiów, w charakterze asystenta lekarza, jak to odbywa się w gdańskiej klinice. Ważne jest, byśmy przeszli od dydaktyki przyzwyczajeń i przenieśli się do świata nauki opartej na dowodach naukowych" – objaśniała **Agnieszka Zimmermann** (prorektor GUMed).

Dokąd zmierza obecna polityka resortu zdrowia, polegająca na otwieraniu nowych kierunków lekarskich w szkołach wyższych? Czy w dalszym ciągu będzie ich przybywać i co zrobić, by ilość nie okazała się szkodą dla jakości? "Nadrzędne jest zwiększenie liczby osób, wykonujących zawody medyczne, liczba uczelni jest tu następstwem celu. A cel - to łatwy dostęp pacjenta do lekarza, zależny od liczby personelu medycznego. Gdybym miał mówić o dynamice akcesu nowych uczelni, wydaje mi się, że mamy za sobą szczyt tego procesu. Prowadzimy analizy w kontekście konkretnych specjalizacji oraz rozmieszczenia regionalnego. Analizujemy też sprawę miejsc rezydenckich. W dużej mierze nowe wydziały lekarskie będą bazowały na szpitalach wojewódzkich, które mają zupełnie inną infrastrukturę i jakość niż kiedyś. Na przykład rozwinęła się tam również robotyka" - mówił wiceminister **Piotr Bromber**.

Innym sposobem na kształcenie większej liczby studentów jest otwieranie filii przez duże i doświadczone uniwersytety medyczne. Tak robi np. Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu. Według prof. **Agnieszki Piwowar** (prorektor UM we Wrocławiu), uniwersytety z dużym doświadczeniem mają największą legitymację do rozwijania kształcenia - "Decyzja o utworzeniu filii to nie był pomysł chwili. Poprzedziły go badania, konsultacje, analizy otoczenia społeczno-ekonomicznego. Dowiedzieliśmy się, że z rejonu Wałbrzycha mamy bardzo wielu kandydatów. To także odpowiedź na potrzeby młodych ludzi - obecny system ekonomiczny w znacznym stopniu spowodował wzrost kosztów utrzymania. Wyjście do mniejszych miejscowości, gdzie również są znakomici nauczyciele i szpitale, w których pracują też nasi dydaktycy, to dla studentów szansa nauki w najbliższym otoczeniu. Jako Uniwersytet Medyczny gwarantujemy jakość kształcenia. Po trzech tygodniach rejestracji mamy 10 kandydatów na jedno miejsce. Osoby zarejestrowane nie odbiegają liczbą punktów od kandydatów na UM we Wrocławiu."

W opracowywaniu wytycznych KRAUM brali udział również studenci, reprezentujący różne opinie. „Z różnicy zdań bierze się rozwój" – zauważyła **Katarzyna Siekaniec** (IFMSA-Poland). Jej zdaniem otwieranie filii uczelni w mniejszych miejscowościach stanowi formę wyrównywania szans. Do największych wyzwań w kształceniu należy zapewnienie kadr dydaktycznych. Przyczyną tego jest niska pozycja ekonomiczna nauczyciela akademickiego. „Musimy o tym pilnie pomyśleć, bo w najbliższym czasie będzie to zagrożeniem" – przestrzegał prof. **Marcin Gruchała**.

Debata: **"Nowoczesne kształcenie podyplomowe medyków szansą rozwoju technologii medycznych"**

Uczestnicy: Piotr Bromber, Marcin Gruchała, Jarosław Pinkas, Ryszard Gellert (moderator)

Rola edukacji w zmieniającym się systemie opieki zdrowotnej wzrasta, między innymi w związku z rozwojem technologii ale też zmianami w samym systemie. Pojawiają się liczne nowe technologie i metody nauczania studentów i specjalistów, m.in. przy użyciu robotów, fantomów. Między innymi z tego powodu rośnie zapotrzebowanie na lekarzy i - co za tymi idzie - zwiększana jest liczna miejsc rezydenckich. Wraz z rosnącą liczbą osób kończących studia lekarskie zapotrzebowanie na rezydentury i kształcenie podyplomowe będzie jeszcze bardziej rosło. Stąd coraz większego znaczenia nabiera pytanie - jak mamy usprawnić proces kształcenia podyplomowego specjalistów.

Jak powiedział prof. **Ryszard Gellert**, dyrektor Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego, 2023 rok był przełomowy, bo w okresie pandemii powstały nowe rozwiązania w edukacji, które z nami pozostały. Nagle zaczęliśmy mówić o integracji zespołów diagnostyczno-terapeutycznych i pacjentocentrycznym podejściu do leczenia oraz komunikowaniu się członków zespołu między sobą oraz z pacjentami. „Wprowadzenie technik zdalnego nauczenia wkroczyło na dobre do uczelni i nie ma powrotu do starego systemu" - stwierdził. prof. **Gellert**.

Wiceminister **Piotr Bromber** zwrócił uwagę, że proces kształcenia lekarza-specjalisty trwa kilkanaście lat. Jak powiedział, ważna jest i ilość, i jakość kadry medycznych. “Po raz pierwszy od kilkunastu lat zmieniliśmy wszystkie programy specjalistyczne, w sumie 360 programów” - przypomniał wiceminister. Zmiany w programach należy wprowadzać adekwatnie do postępu w nauce i technologii, należy szkolenie podyplomowe “upraktyczniać”, wykorzystując m.in. fantomy czy centra symulacji. Przeszło 10 tysięcy miejsc utworzonych przez cały rok tym bardziej wymaga “pilnowania parametru jakościowego”. Podkreślił również, że zmieniony został mechanizm wyboru kierunku specjalizacji, przez dołożenie trzeciego etapu kwalifikacji, dzięki któremu kandydaci mają zwiększone szanse dostania się na swój preferowany kierunek. Jednocześnie nadal wspierane są kierunki uznawane za priorytetowe.

Jak dodał prof. **Ryszard Gellert** w szkoleniu podyplomowych dominuje nauczanie praktyczne, przy łóżku chorego, a więc pacjent był zawsze bardzo ważny w tym procesie. Z tego też powodu na coraz szerszą skalę wykorzystuje się symulatory, systemy komputerowe i inne technologie nauczania symulacyjnego zwłaszcza, jeśli chodzi o chirurgię czy diagnostykę, co powoduje, że potrzebne są zakupy nowych materiałów i urządzeń. Wiceminister **Bromber** potwierdził, że resort zdrowia zdaje sobie sprawę z tego, że rozwój technik nauczania podnosi ich koszty.

Profesor **Marcin Gruchała**, rektor GUMed i przewodniczący KRAUM, powiedział że studenci i stażyści przy wyborze specjalizacji biorą pod uwagę nie tylko klasyczne zajęcia w grupie studenckiej, ale także jej praktyczną stronę, codzienną pracę przy łóżku pacjenta. I jeszcze przed zakończeniem stażu mają już swoje preferencje. Realizowanie swoich pasji i zainteresowań jest ważniejsze od motywacji finansowych. “Aby wykonywać tak trudną i obciążającą pracę, ta praca musi stanowić pasję i być wymarzonym zawodem” - mówił prof. **Gruchała**. Podkreślił, że w centrach kształcenia podyplomowego funkcjonują pracownie fantomowe i centra symulacji, pracownie endoskopowe, druk 3D, z których korzystają uczelnie. Kluczowe jest, jego zdaniem, aby takie centra kształcenia podyplomowego powstawały w poszczególnych regionach a funkcjonować powinny przy uniwersytetach medycznych.

Profesor **Jarosław Pinkas**, krajowy konsultant w dziedzinie zdrowia publicznego i dyrektor Szkoły Zdrowia Publicznego CMKP powiedział, że równocześnie z rozwojem technologii w kształceniu podyplomowym nadal bardzo ważne i potrzebne jest przekazywanie wiedzy młodym pokoleniom przez ekspertów i autorytety w relacji mistrz-uczeń. “Dzisiejsze czasy są o tyle specyficzne, że w mistrz z uczniem kontaktuje się często zdalnie, przez komputer. Czat nie zastąpi jednak kontaktu osobistego, socjalizacji” - zauważył prof. Pinkas. Dodał, że kolejnym wyzwaniem jest medycyna symulacyjna, którą wspiera z całych sił, bo dzięki niej można ćwiczyć do woli, jednak jest ona bardzo kosztowna i dlatego ważne, by resort zdrowia wpierał ją finansowo.

Profesor **Gellert** zwrócił uwagę, że rozwój nowych technologii i ich wykorzystania w kształceniu podyplomowym stawia nowe wyzwania przed kierownikami specjalizacji i innymi ekspertami, którzy uczestniczą w procesie edukacji nowych kadr. Wyzwania dotyczą choćby zajęć poświęconych rozwojowi komunikacji, z którymi starsze pokolenia lekarzy nie miało do czynienia w czasie swoich studiów.

Piotr Bromber **ocenił, że rola kierownika specjalizacji jest kluczowa i wymaga motywacji oraz wsparcia.** Motywatorem są między innymi pieniądze, ale również relacje z rezydentami. Resort dostrzega sporą liczbę osób, które zmieniają kierunek specjalizacji. Może to mieć związek z motywacjami przy wyborze i dlatego bardzo pożądana jest "fascynacja" daną dziedziną medycyny, za sprawą której wybory mają trwalszy charakter.

Profesor **Marcin Gruchała** mówił również o tym, że proces kształcenia na studiach i podyplomowego powinien "tworzyć pewną całość". Rozdział pomiędzy studiami wyższymi i kształceniem specjalizacyjnym "jest trochę sztuczny" i należy działać w kierunku, aby wszystko składało się w jedną całość. "Czy w takiej sytuacji nie czas uznać szpitale za jednostki kształcące?" - pytał prof. **Gellert**. Wiceminister **Bromber** stwierdził, że szpital kliniczny z samej definicji ma przed sobą postawione inne wyzwania - zakres procedur, ich liczbę, a także może liczyć na wsparcie ze strony Ministerstwa Zdrowia, na przykład w finansowaniu rozwoju infrastruktury. Dlatego nie ma w jego ocenie potrzeby nadawania szpitalom statusu "szpitali uczących".

Debata: **"Innowacyjne zawody przyszłości"**

Uczestnicy: Karolina Tkaczuk, Marek Rocki, Dávid József Szabó, Rafał Wasilewski, Jacek Łęgiewicz, Piotr Mierzejewski, Michał Gembal (moderator)

Wraz z rozwojem technologii, gospodarki i społeczeństwa, zmieniają się również kompetencje, niezbędne do wejścia na przyszły rynek pracy. Zarówno nauki o człowieku, jak studia inżynieryjne, wymagają od przyszłych specjalistów kształtowania kompetencji i twardych, i miękkich. Jak zwiększyć adaptację do zmian na rynku pracy i jakie zawody oraz kompetencje będą kluczowe w najbliższej przyszłości, rozmawiano podczas FOZ w Karpaczu.

Przewidywanie zmian na rynku pracy jest wyzwaniem dla osób zaangażowanych w funkcjonowanie systemu edukacji. Czy można przewidzieć sytuację na rynku pracy oraz jakich kluczowych kompetencji w niedalekiej przyszłości będą oczekiwać pracodawcy od nowych pracowników? Profesor **Marek Rocki** (dyrektor Instytutu Rozwoju Gospodarczego SGH w Warszawie) mówił o kompetencjach kluczowych w przyszłości przez pryzmat procesu nauczania. Zwrócił uwagę na czas potrzebny na opracowanie ram programowych nowego kierunku studiów oraz wykształcenie pierwszego rocznika absolwentów w sytuacji, gdy przez jedną dekadę zapotrzebowanie na danych specjalistów może zmniejszyć się lub nawet całkowicie zniknąć. Chociaż dany kierunek studiów odpowiada potrzebom w momencie tworzenia jego programu, może okazać się, że studenci kończąc go napotkają już zupełnie inny rynek pracy. Z uwagi na to niebezpieczeństwo, profesor zaproponował, aby zamiast skupiać się na tworzeniu kierunków kształcenia, określać kompetencje - m.in. dotychczas pomijane w edukacji - które powinni nabyć studenci.

Ważne, aby pamiętać zarówno o kompetencjach miękkich, jak i twardych - podkreślił prof. **Rocki**. Ostatnie kilkanaście lat - to okres, w którym wielu studentów, nawet uczących się w trybie dziennym, łączy studiowanie z pracą. Korzyścią takiego działania jest nabywanie wiedzy i praktyki w szerszym obszarze, co

zwiększa możliwość adaptacji do zmieniającego się wciąż rynku pracy.

Profesor **Rocki** podkreślił konieczność odejścia od klasycznego nauczania na rzecz do modelu odwróconego, w którym naukę zaczyna się nie od wykładu, ale od pielęgnowania ciekawości i nabywania wiedzy przez praktykę. Na etapach poprzedzających edukację wyższą należy natomiast pokazywać uczniom, jak zdobywać informacje (głównie w sieci) oraz budować krytyczną postawę w stosunku do materiałów opublikowanych w Internecie.

Karolina Tkaczuk (dyrektorka do spraw innowacji i współpracy ze startupami i uniwersytetami w AstraZeneca) podkreśliła, że ważne jest nabycie umiejętności adaptacyji do bardzo szybko zmieniającej się rzeczywistości. Jeżeli natomiast chodzi o szkolnictwo wyższe, wskazała na olbrzymią potrzebę praktycznych zajęć w interdyscyplinarnych zespołach. Jak powiedziała, w procesie edukacji ważniejsze jest zdobywanie umiejętności (np. kreatywności, komunikacji, poszukiwania informacji) niż wyuczenie się zawodu, zwłaszcza że duża liczba osób pracuje w innych obszarach niż ukończone studia. Dodała też, że równocześnie z umiejętnościami, dużą wartość na rynku ma także głęboka, specjalistyczna wiedza.

Piotr Mierzejewski (prezes zarządu w PKO Faktoring) na podstawie własnej ścieżki kariery przedstawił nieprzewidywalność rynku pracy - "Gdy zaczynałem studia, rynek potrzebował niezliczonych ilości specjalistów od zarządzania, marketingu, sprzedaży, prawa. Zdecydowałem się zostać inżynierem elektrykiem. Pierwszej pracy w biznesie szukałem ponad rok. To był bardzo ciężki okres. Jednak wraz z upływem czasu moje kompetencje były warte coraz więcej." Podkreślił, że najważniejsze jest zdobycie podstaw w postaci szerokiej wiedzy z różnych dziedzin, która następnie służy jako rusztowanie do budowy umiejętności specjalistycznych. Nie chodzi wyłącznie o studia, ale wszystko, co dzieje się na drodze edukacji i rozwoju młodych ludzi - często nawet nieświadomych tego, że to czym się zajmują, zwiększa ich szanse na rynku pracy. Z tego również powodu bardzo ważną cechą jest elastyczność i otwartość na zmiany.

Jacek Łęgiewicz (Samsung Electronics Polska) wrócił uwagę, że przewidywania dotyczące tego, co będzie zawodem przyszłości, są trudne i obarczone ryzykiem błędu. W centrum badań i rozwoju IT zatrudniani są także absolwenci różnych kierunków społecznych, jak np. psychologia czy socjologia, którzy wzbogacają kompetencje zespołów i korzystnie wpływają na ich działanie. Jego zdaniem, przyszłość będzie bardzo mocno związana z naukami o człowieku, rozwijać się będzie także sektor rozrywek i spędzania czasu - generalnie niekoniecznie muszą to być nauki techniczne.

Zdaniem **Rafała Wasilewskiego** (redaktor naczelny „Nowoczesnego Przemysłu") nowe miejsca pracy będą w przyszłości w coraz większym stopniu związane z koniecznością zadbania o cyberbezpieczeństwo, a także ze zbieraniem i analizowaniem danych. Wskazał na rozwój automatyzacji i robotyzacji, które wytyczają kierunek rozwoju technologii i metod wytwarzania, co wiąże się z mniejszym zaangażowaniem pracy ludzkiej.

David Szabo, reprezentujący firmę doradztwa personalnego (Prohuman Group) działającą w wielu krajach Europy, wskazał, że zmiany na rynku pracy wymagają od pracowników zarówno rozwoju podstawowych, generalnych kompetencji, jak również specjalizacji w wybranych obszarach. Pracownicy przyszłości muszą być elastyczni i posiadać umiejętność dostosowywania się do zmian, być otwartymi na nowe technologie i metody pracy zespołowej, w grupach wielospecjalistycznych, posiadać wysokie umiejętności komunikacyjne i adaptacyjne. Wskazał także na konieczność edukacji dotyczącej sztucznej inteligencji, prowadzonej już od najmłodszych lat nauki w szkole.

Debata: **"Komunikacja medyczna. Między teorią a praktyką"**

Uczestnicy: Magdalena Horodeńska, Julia Lenkiewicz, Olga Rostkowska, Janina Stępińska, Urszula Szybowicz, Marcin Trzciński, Małgorzata Zadorożna (moderatorka)

Studenci medycyny zwracają uwagę na niedobór praktycznych zajęć z komunikacji medycznej. O przygotowaniu kadr medycznych do efektywnej komunikacji i pracy w interdyscyplinarnym zespole rozmawiano podczas FOZ.

Komunikacja z pacjentem wciąż sprawia trudności pracownikom medycznym, chociaż wiele badań wskazuje na jej duże znaczenie dla adaptacji pacjenta do diagnozy, stosowania się do zaleceń dotyczących leczenia oraz przyjmowania niekorzystnych informacji. W czasie Forum Ochrony Zdrowia w Karpaczu odbyła się

sesja „Komunikacja medyczna. Między teorią i praktyką", którą poprowadziła **Małgorzata Zadorożna** (dyrektor Departamentu Rozwoju Kadr Medycznych w Ministerstwie Zdrowia). Poruszono na niej temat przygotowywania przyszłych przedstawicieli zawodów medycznych do komunikacji z pacjentem i pracy w zespole interdyscyplinarnym. Akcentowano również konieczność dbania o własne zdrowie psychiczne. Poruszono temat konfliktów w miejscu pracy.

Spotkanie rozpoczęła prezentacja **Julii Lenkiewicz** i **Marcina Trzcińskiego**, członków Studenckiego Koła Naukowego Komunikacji Medycznej przy Gdańskim Uniwersytecie Medycznym. Zaprezentowali wyniki badania dotyczącego samooceny i potrzeb edukacyjnych studentów w zakresie przekazywania niekorzystnych wiadomości. W badaniu wzięło udział 321 osób studiujących na V i VI roku kierunku lekarskiego z 14 polskich uczelni medycznych. ¾ badanych stwierdziło, że nie czują się dostatecznie przygotowani do przekazywania niepomyślnych informacji pacjentowi. Emocje, jakie najczęściej odczuwali na myśl o takie sytuacji - z którą większość z nich na pewno się spotka w życiu zawodowym - to przede wszystkim strach i smutek. Odczuciom tym towarzyszył również silny stres. Zapewne z tego powodu 85 proc. badanych chciałoby mieć możliwość uczęszczania na dodatkowe zajęcia, obejmujące komunikację w trudnych sytuacjach. Jeżeli chodzi o charakter takich zajęć, to większość preferuje odgrywanie scenek wraz z informacją zwrotną od osoby prowadzącej szkolenie.

Studenci z Gdańska opowiedzieli także o projekcie rozwoju kompetencji komunikacyjnych „Med.-Kom. – Komunikacja w medycynie", który jest realizowany na ich uczelni. „Celem inicjatywy jest podniesienie kompetencji komunikacyjnych, rozwijanie inteligencji emocjonalnej oraz odporności na stres poprzez zajęcia praktyczne prowadzone przez doświadczonych trenerów. Część warsztatów prowadzona jest z udziałem wykwalifikowanych aktorów, którzy wcielają się w role pacjentów, co pozwoliło nam lepiej zrozumieć perspektywę chorego i jego rodziny" – wyjaśniał **Marcin Trzciński**.

Doktor **Magdalena Horodeńska** (psycholog, Zakład Dydaktyki i Symulacji Medycznej UM w Lublinie) zauważyła, że emocje towarzyszące przekazywaniu niekorzystnych wiadomości pacjentowi czy jego bliskim nie zmieniają się wraz z nabywaniem doświadczenia zawodowego. Jej zdaniem, zanim studenci wezmą udział w dodatkowych zajęciach z komunikacji w sytuacjach najtrudniejszych dla pacjenta i lekarza, niezbędna jest nauka podstawowych umiejętności w tym zakresie oraz przyswojenie teorii. Jest ona potrzebna, aby sprawnie poruszać się w tym obszarze, mimo że takie podejście nie spotyka się jednak z dużym entuzjazmem. Zajęcia powinny być prowadzone nie tylko przez wymienianych najczęściej psychologów, ale również przedstawicieli różnych zawodów medycznych, mających na co dzień kontakt z pacjentami - „Język kształtuje rzeczywistość. Nie ma trudnego pacjenta czy trudnego lekarza. Jest natomiast trudne zachowanie, trudna sytuacja".

Urszula Szybowicz (prezes Fundacji Nie Widać Po Mnie) zwróciła uwagę na konieczność przygotowania studentów do pracy w zespole interdyscyplinarnym, których tworzenie jest coraz bardziej powszechne w placówkach medycznych, które chcą zapewnić pacjentom kompleksową opiekę. W takim zespole każdy ma swoje kompetencje i zadania do wykonania. Członkiem takiego zespołu jest również pacjent. Prezes Szybowicz podkreśliła, że medycy muszą dbać również o własne zdrowie, w tym zdrowie psychiczne

i przypomniała o prowadzonym aktualnie przez Ministerstwo Zdrowia programie wsparcia psychologicznego kadry medycznej. Zachęcała do tworzenia tzw. Grup Balinta, które pozwalają lepiej zrozumieć to, co się dzieje w sferze kontaktów z pacjentem, a tym samym obniżyć poziom stresu doświadczanego przez lekarza.

"Forum Młodych. Wiedza. Umiejętności. Kompetencje"

Uczestnicy: Agata Andrzejewska, Piotr Bromber, Marcin Moniuszko, Tomasz Szczepański, Małgorzata Zadorożna, Beata Chełstowska (moderatorka)

Podczas Forum Ochrony Zdrowia w Karpaczu po raz drugi odbyło się Forum Młodych - dyskusja środowiska studentów ze środowiskiem naukowym i przedstawicielami Ministerstwa Zdrowia.

Agata Andrzejewska, przewodnicząca Komisji Wyższego Szkolnictwa Medycznego Parlamentu Studentów RP jako przedstawicielka studentów powiedziała, że ich głównym zmartwieniem jest nagły wzrost liczby studiujących na kierunku lekarskim i obawy dotyczące kształtu systemu edukacyjnego. Wskazała także na potrzebę doskonalenia systemu, zwłaszcza w kontekście egzaminu końcowego oraz zrównoważenia liczby miejsc na kierunku lekarskim z miejscami specjalizacyjnymi. Dodatkowo zwróciła uwagę na problemy związane z nauką kompetencji miękkich i dalszą ścieżką zawodową, które mogą wyniknąć z nagłego wzrostu liczby lekarzy.

Doktor **Beata Chełstowska** (prodziekan Wydziału Medycznego Collegium Medicum ds. studenckich i kształcenia UKSW) zwróciła uwagę na obawy związane z rosnącym zainteresowaniem studiami medycznymi i zwiększeniem liczby studentów na tych kierunkach. Wyraziła zaniepokojenie, że w przestrzeni publicznej mogą powstawać pewne mity, generujące niepokój w środowisku akademickim. Jak wspomniała, spodziewano się, że zainteresowanie studiami medycznymi może się z czasem wyczerpać, jednak na chwilę obecną nie ma jeszcze sygnałów wskazujących na taki scenariusz. Nie tylko zwiększenie liczby miejsc na studiach dziennych, ale również studia na uczelniach prywatnych i niestacjonarne cieszą się dużym zainteresowaniem. Pełne obsadzenie miejsc na wszystkich rodzajach studiów przyczynia się do utrzymania wysokiego poziomu zainteresowania studiami medycznymi.

Wiceminister **Piotr Bromber** odnosząc się do obaw związanych z szykbkorosnącą liczbą studentów zauważył, że ogromne zainteresowanie studiami lekarskimi nie powinno być postrzegane jako zagrożenie, zwłaszcza dla innych specjalizacji medycznych. Minister zwrócił uwagę na działania podejmowane na rzecz równowagi poszczególnych dziedzin medycyny, takich jak medycyna laboratoryjna, fizjoterapia i farmacja. Wzrost liczby studentów na kierunku lekarskim nie powinien - jego zdaniem - oznaczać uprzywilejowania jednej specjalizacji kosztem innych. Podkreślił, że każdy zawód medyczny jest ważny, a rozwój wszystkich dziedzin stanowi wspólne wyzwanie. Przyznał, że niektóre uczelnie borykają się z problemami przy kompletowaniu kadry dydaktycznej, ale podkreślił, że wymóg posiadania 75 proc. pracowników w podstawowym miejscu pracy do kształcenia na kierunku lekarskim jest ważny, aby zagwarantować odpowiednią jakość kształcenia.

Profesor **Tomasz Szczepańskl**, rektor Śląskiego Uniwersytetu Medycznego, zapytany o perspektywę kadrową na uczelniach na podstawie zgłoszeń konkursowych zwrócił uwagę na trudności związane ze znalezieniem kadry na etaty naukowo-badawcze, zwłaszcza w obszarze stomatologii i przedmiotów

zabiegowych. Ocenił, że głównym problemem jest poziom wynagrodzeń - ponieważ praca w szpitalach jest bardziej opłacalna, wpływa to na wybór ścieżki zawodowej przez młodszych pracowników naukowych. Jego zdaniem konieczne jest zachęcenie młodych adeptów medycyny do pracy naukowej, tak aby częściej decydowali się pozostać na uczelni.

Profesor **Marcin Moniuszko** (prorektor ds. nauki Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku) powiedział, że należy tworzyć atrakcyjne środowisko naukowe, chociaż wyzwaniem są trudności finansowe i zmiany pokoleniowe. Cieszy jednak fakt - mówił prof. **Moniuszko** - że u wielu osób pasja do nauki jest nadal obecna i sam, jako wykładowca akademicki, stara się zachęcać studentów do kontynuowania drogi naukowej.

Swoje obawy dotyczące kształcenia wyrażali także studenci przysłuchujący się dyskusji, mówiąc, że brak kadry nauczycielskiej oraz ćwiczenia w dużych grupach mogą negatywnie wpłynąć na jakość kształcenia, zwłaszcza na mniejszych uczelniach. Zwracali także uwagę na trudności związane z etapami klinicznymi czy brakiem samodzielnych stanowisk naukowych, a także konieczność zmian w formie nauczania, tak aby bardziej angażować studentów. Zaproponowali stworzenie na uniwersytetach systemu mentoringowego, który połączy mentorów z osobami, które ich szukają. Rozmawiano także o zaangażowaniu studentów w ocenę pracy naukowej i dydaktycznej oraz nagradzania profesorów i prowadzących, którzy zdobywają pozytywne oceny od studentów, co motywuje do dalszego doskonalenia.

Do tych obaw i wypowiedzi studentów odniosła się **Małgorzata Zadorożna**, dyrektor Departamentu Rozwoju Kadr w Ministerstwie Zdrowia oraz wiceminister Piotr Bromber. Zwrócili uwagę na działania podjęte przez ministerstwo w celu wzmocnienia infrastruktury szpitali klinicznych na uczelniach medycznych. Piotr Bromber podkreślił, że zatwierdzone przez resort nowe standardy kształcenia przewidują mniejsze grupy studenckie. Zapewnił jednocześnie, że nowe uczelnie również spełniają te standardy. Rekordowe zainteresowanie studiami medycznymi w tym roku przynosi co prawda wyzwania, przyznał **Piotr Bromber**, ale ministerstwo podejmuje działania, aby kształcenie na kierunkach lekarskich było atrakcyjne i utrzymane na odpowiednim poziomie.

KOMENTARZ EKSPERTA

W tym roku jest 11 tysięcy miejsc na studiach na kierunku lekarskim, a to oznacza, że za siedem lat będziemy mieli właśnie tylu chętnych do rozpoczęcia specjalizacji. Jestem przekonany, że za kilka lat system edukacji podyplomowej będzie jeszcze lepiej przygotowany do kształcenia wszystkich kandydatów na specjalistów.

CMKP już organizuje i realizuje specjalistyczne kształcenie podyplomowe m.in.: lekarzy, lekarzy dentystów, farmaceutów, fizjoterapeutów, diagnostów laboratoryjnych i ratowników medycznych. Dydaktykę wspieramy zaawansowaną symulacją medyczną, e-learningiem i nauczaniem hybrydowym. Ciągle rozbudowujemy i doskonalimy te narzędzia zdalnej edukacji.

Przypomnę, że siedem lat temu e-edukacja była nowinką. Wtedy dominowało przekonanie, że kontakt bezpośredni: mistrz-uczeń, bezpośrednia rozmowa — są niezastąpione. Teraz zdalny kontakt to standard. Mówiono, że niemożliwe jest egzaminowanie on-line. Okazało się, że można odpowiedzialnie egzaminować zdalnie. Doświadczenia ostatnich lat dały nam inną perspektywę.

Za 2- 3 lata powtórzymy aktualizację programów specjalizacji. Będą one zawierały, dopracowane przez nas metodologicznie, nowe zasady szkolenia z użyciem endoskopów i fantomów. Spodziewamy się, że centrów symulacyjnych będzie więcej niż obecnie. W rozwoju kształcenia podyplomowego w Polsce kluczowe będzie kształcenie specjalistów w zespołach złożonych z przedstawicieli różnych zawodów medycznych i transfer kompetencji, ale także rozwój kompetencji zawodowych w obszarze komunikacji interpersonalnej i interoperacyjnej.

prof. Ryszard Gellert,
dyrektor Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego

KOMENTARZ EKSPERTA

Jedna z kluczowych dyskusji, która już się toczy dotyczy warunków pracy. Musimy mocniej wsłuchiwać się w oczekiwania ludzi młodych. Już zwiększyliśmy ich wpływ na podejmowane decyzje. Na Forum Ochrony Zdrowia w Wąsowie po raz pierwszy udało się spotkać i rozmawiać z nimi w szerokim gronie, prowadzić debaty. Podobnie było na Forum Ekonomicznym w Karpaczu. To wsłuchiwanie się w glos młodych jest dla nas bardzo ważne. Stąd zaproponowaliśmy „Pakiet dla Młodych". Składa się na niego kilka elementów: kredyt na studia medyczne, wzmocnienie kompetencji miękkich, zmiany standardów kształcenia, praca dla studenta, partycypacja w decyzjach, oferta dla młodych dydaktyków i zmiany w kształceniu podyplomowym.

Mierzymy się z parametrem ilościowym, czyli niewystarczającą liczbą specjalistów. Potrzebujemy tylu lekarzy i specjalistów innych zawodów medycznych, aby pacjent miał dostęp do opieki, porady, diagnostyki. Dlatego potrzebne są działania i natychmiastowe, i długofalowe. Nastąpił radykalny wzrost liczby miejsc na studiach na kierunku lekarskim i równie duży - liczby przyznanych miejsc rezydenckich. Znaczenie miało też otworzenie rynku pracy dla lekarzy z państw trzecich, głównie zza wschodniej granicy, czyli Białorusi i Ukrainy. Pracuje ich w Polsce już prawie 6 tysięcy, przeważnie w szpitalach powiatowych, wojewódzkich. To prawie jakby dwa dodatkowe roczniki absolwentów wydziałów lekarskich sprzed kilku lat.

Udało się uporządkować rynek pracy dla zawodów medycznych, jednocześnie uatrakcyjniając go. Jedną z najważniejszych ustaw, które udało się uchwalić była ustawa o niektórych zawodach medycznych - procedowana przez 18 lat. Uchwalono również ustawę o zawodzie ratownika medycznego oraz ustawę o medycynie laboratoryjnej, na którą środowisko czekało 20 lat.

Zwiększenie liczby uczelni z wydziałami lekarskimi spowodowało w środowisku lekarskim najwięcej kontrowersji. Zwiększyliśmy liczbę uczelni ale równolegle wprowadziliśmy nowe standardy kształcenia, aby zagwarantować wysoki poziom edukacji. Moim zdaniem wprowadzenie nowych standardów nie jest należycie docenione. Tymczasem będzie to „radykalna" zmiana jakościowa od początku najbliższego roku akademickiego. Warto dodać, że uczelnie otrzymają wsparcie finansowe, aby ją wprowadzić. To ponad 2,5 mld złotych. Środki te z jednej strony zostaną przeznaczone na wsparcie studentów kierunków medycznych poprzez stypendia, dofinansowanie odpłatnych studiów czy też mentoring ułatwiający start w zawodzie, z drugiej zaś na wsparcie uczelni z przeznaczeniem na rozwój infrastruktury dydaktycznej przedklinicznej oraz dostosowanie szpitali do zwiększającej się liczby studentów. Powstaną nowoczesne sale wykładowe, laboratoria, pracownie anatomiczne, w tym infrastruktura niezbędna do przeprowadzania egzaminów OSCE.

Są już gotowe projekty nowych standardów kształcenia na pielęgniarstwie, położnictwie, ratownictwie i farmacji. Ich wprowadzenie dopełni cały system projakościowych zmian w edukacji medycznej. Będą też rozwiązania mające uatrakcyjnić prace dydaktyczną.

Warto podkreślić, że dzisiaj trzy zawody medyczne są w czołówce najbardziej atrakcyjnych kierunków studiów. Są to fizjoterapia, pielęgniarstwo i kierunek lekarski. Młodzi ludzie widzą perspektywę wybierając takie kierunki studiowania. Zawdzięczamy to w dużej mierze wzrostowi wynagrodzeń, na co przeznaczono wiele miliardów złotych oraz zwiększaniem kompetencji. Dzisiaj mamy wyraźny boom na studiowanie na kierunkach medycznych.

Piotr Bromber
wiceminister zdrowia

Szanowni Państwo,

mija rok, od kiedy Krajowy Zjazd Diagnostów Laboratoryjnych powierzył mi pełnienie zaszczytnej funkcji Prezesa Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych, samorządu zaufania publicznego, zrzeszającego 18 tys. diagnostów laboratoryjnych.

Priorytetem VI kadencji KRDL jest współpraca z samorządami zawodów medycznych, organizacjami pacjenckimi oraz administracją publiczną, w szczególności przedstawicielami władzy ustawodawczej i wykonawczej. Misją tej kadencji jest też podniesienie rangi zawodu diagnosty laboratoryjnego, a także współpraca i działania na rzecz wzmocnienia roli medycyny laboratoryjnej w systemie ochrony zdrowia.

W sposób szczególny zwracamy dziś uwagę na trzy kluczowe obszary. To:

I. respektowanie zasad współpracy z partnerami społecznymi w ramach procesu legislacyjnego;
II. wprowadzenie do systemu prawnego pojęcia porady diagnostycznej jako świadczenia medycznego;
III. dofinansowanie badań diagnostycznych i nadanie jakości i bezpieczeństwu w opiece zdrowotnej strategicznego znaczenia w wieloletniej perspektywie.

Ostatnie miesiące były miesiącami wielu istotnych zmian nie tylko w życiu społeczno-politycznym, ale także w obszarze diagnostyki laboratoryjnej. Z ekspertami Izby braliśmy czynny udział w opiniowaniu rozwiązań legislacyjnych, zwracając uwagę, że sposób procedowania niektórych projektów aktów prawnych może być uznany za naruszający ustawowo wymaganą procedurę opiniowania. Jesteśmy jednak przekonani, że w dialogu możemy wypracować wspólnie rozwiązania, które przyczynią się do poprawy efektywności systemu opieki zdrowotnej i bezpieczeństwa pacjentów.

Zachęcam Państwa do kontaktu i śledzenia informacji o podjętych przez nasz samorząd aktywnościach legislacyjnych, konferencyjnych i medialnych.

Monika Pintal-Ślimak

Prezes KRDL

DEKALOG ZMIAN POLSKIEJ FIZJOTERAPII

1. **Bezpośredni dostęp do fizjoterapeuty**
dla pacjenta po zabiegu lub nagłym incydencie, wymagającym szybkiej pomocy, bez konieczności oczekiwania w kilkumiesięcznej kolejce.

2. **Fizjoterapeuta pierwszego kontaktu"**
w wybranych jednostkach chorobowych dostęp do fizjoterapeuty bez skierowania od lekarza.

3. **Większa samodzielność fizjoterapeuty**
w ustalaniu planu fizjoterapii.

4. **Szersze kompetencje fizjoterapeuty**
w systemie ochrony zdrowia wynikające z posiadanych kompetencji: m.in. przerywanie ciągłości skóry (igłoterapia sucha), wystawianie recept na leki przeciwbólowe.

5. **Szersze kompetencje diagnostyczne**
niezbędne w planowaniu fizjoterapii, m.in. zlecenie badań laboratoryjnych,

6. **Fizjoterapeuta jak najbliżej pacjenta**
wykonywanie fizjoterapii domowej bez zbędnej formalności, nieuzasadnionego

7. **Praca w interdyscyplinarnych zespołach**
terapeutycznych zapewniająca efekty terapii w oparciu o realne wyceny świadczeń.

8. **Dostosowanie wycen usług**
fizjoterapeutycznych do ich realnego kosztu.

9. **Ustalenie norm zatrudnienia**
dla fizjoterapeutów, umożliwiających efektywne leczenie pacjentów.

10. **Specjalizacja w dziedzinie fizjoterapii**
finansowana w całości ze środków publicznych, gwarantująca najwyższą jakość leczenia pacjentów.

KIF

kif.info.pl

ROZDZIAŁ 4.

INNOWACJE I NOWE TECHNOLOGIE

Debata: **"Wykorzystanie nowoczesnych technologii w diagnostyce i leczeniu pacjenta"**

Uczestnicy: Olena Chernenko, Jerzy Jaroszewicz, Anna Jurkiewicz-Winiarczyk, Andrzej Matyja, Piotr Węcławik, Paweł Wisz, Artur Zaczyński, Krzysztof Jakubiak (moderator)

Za nowymi technologiami musi iść rozwój wiedzy specjalistów i personelu medycznego. Potrzebna jest także edukacja całego społeczeństwa, tak aby wprowadzanie nowości w diagnostyce i leczeniu przynosiło pożądane korzyści.

W ostatnich latach mamy do czynienia z dynamicznym rozwojem technologii w medycynie, takich jak m.in. sztuczna inteligencja, chirurgia robotowa czy diagnostyka, zwłaszcza molekularna. Czerpanie korzyści z tego postępu wymaga rozwoju wiedzy i świadomości, nieustannej edukacji zarówno personelu medycznego, jak też pacjentów. Podczas FOZ w Karpaczu zwrócili na to uwagę uczestnicy debaty "Wykorzystanie nowoczesnych technologii w diagnostyce i leczeniu pacjenta"- skupili się na skutkach postępu technologicznego oraz dostępności innowacyjnych rozwiązań dla pacjentów.

Anna Jurkiewicz-Winiarczyk (Roche Diagnostics Polska) powiedziała, że mamy do czynienia z bardzo szybkim rozwojem nauk medycznych. Dotyczy on m.in. diagnostyki molekularnej. Nowoczesne technologie pozwalają badać równocześnie wiele genów, dzięki czemu wyniki są opracowywane znacznie szybciej i efektywniej. Wiedza pochodząca z testów genetycznych stanowi podłoże do wprowadzania terapii celowanych, a także monitorowania postępów leczenia np. u pacjentów onkologicznych. Jak podkreśliła dyr. **Jurkiewicz-Winiarczyk**, to że powstają nowe rozwiązania diagnostyczne czy terapeutyczne w medycynie nie zawsze przekłada się na lepszą dostępność pacjentów do innowacyjnego leczenia. Aby zapobiec "wypadaniu pacjentów z systemu" oraz poradzić sobie z rosnącą liczbą danych, będącą efektem rozwoju technologicznego, należy dążyć do budowania partnerstwa publiczno-prywatnego.

Prof. **Jerzy Jaroszewicz** (Śląski Uniwersytet Medyczny, prezes Polskiego Towarzystwa Hepatologicznego) zwrócił uwagę na społeczny odbiór innowacji. Jako przykład podał stosunkowo małą popularność szczepień przeciwko COVID-19, w których nowością było wykorzystanie mRNA. Bez akceptacji społecznej nie da się wdrażać nowych technologii - powiedział prof. Jaroszewicz - dlatego ważna jest edukacja, skierowana do trzech poziomów odbiorów: dzieci i młodzieży, dorosłych oraz personelu medycznego. Profesor podkreślał znaczenie edukacji lekarzy przez cały okres życia zawodowego - „Jeden niewyedukowany lekarz może zrobić więcej złego dla systemu niż stu niewyedukowanych pacjentów. Rozporządzenie dotyczące punktów edukacyjnych jest, ale w praktyce brak jest konsekwencji zdobywania lub niezdobywania tych punktów". Prof. Jaroszewicz zwrócił uwagę na problem nie wykorzystywania możliwości diagnostyki, która teoretycznie jest dostępna, ale w praktyce stosowana w sposób niewystarczający. Jako przykład wymienił testy HCV - w Polsce jest około 120 tysięcy osób zakażonych tym wirusem, które nie są tego świadome. Finansowanie testu powinno pochodzić z budżetu powierzonego POZ, gdzie jednak przegrywa

on konkurencję finansową z innymi testami. Z tego powodu rocznie wykonywanych jest jedynie 17 tysięcy testów. Tymczasem należałoby wykonywać milion testów rocznie, aby wyeliminować chorobę w ciągu 10 lat. Największą barierą jest właśnie edukacja - po pierwsze lekarzy, a po drugie również pacjentów, tak aby wiedzieli, że mają możliwość skorzystania z tego świadczenia.

Bardzo istotną innowacją w medycynie zabiegowej jest wprowadzanie robotów chirurgicznych. Jak mówił dr **Paweł Wisz** (Państwowy Instytut Medyczny MSWiA) w naszym kraju pracuje już około 50 robotów. Polska chirurgia robotowa stara się nadrobić zaległości w stosunku do najlepiej rozwiniętych krajów, przez co szpitale łatwo mogą wpaść w pułapkę zakupów sprzętu bez wykształcenia odpowiedniej liczby osób do jego obsługi. „Robot jest tylko narzędziem w rękach chirurga i liczy się to, na ile wyszkolony jest lekarz" - mówił dr **Wisz**. Uczyć należy nie tylko obsługi technicznej robotów, ale też specyficznej metody przeprowadzania poszczególnych zabiegów. W edukacji powinniśmy wykorzystywać zasady podobne do szkolenie pilotów samolotów - m.in. wykorzystując symulatory. Jak ocenił **Paweł Wisz**, doświadczenie nabyte podczas wykonywania zabiegów w ramach chirurgii otwartej czy nawet laparoskopowej nie przekłada się na umiejętności przeprowadzenia zabiegu z użyciem robota. Tymczasem brak odpowiednio wyszkolonego personelu może spowodować, że kupiony przez szpital system robotowy nie będzie wykorzystywany w odpowiednim stopniu, a co za tym idzie - generować niepotrzebne koszty.

Adam Zaczyński (zastępca dyrektora ds. medycznych, Państwowy Instytut Medyczny MSWiA) zwrócił uwagę na jeszcze inną przeszkodę we wdrażaniu chirurgii robotowej, a mianowicie czas pracy bloków operacyjnych. Jego zdaniem bez zmian w organizacji pracy, czyli przede wszystkim wydłużenia czasu pracy bloków, nie da się wykorzystać w pełni możliwości, jakie daje udział robota w zabiegach.

Profesor **Andrzej Matyja** (Szpital Uniwersytecki w Krakowie) ocenił, że w popularyzacji zabiegów wykonywanych z pomocą robota przeszkodę stanowią koszty, a właściwie lęk przed ich ponoszeniem. Jak podkreślał, oceniając wdrażanie robotów czy innych nowoczesnych technologii, "skupiamy się jedynie na kosztach ponoszonych przez placówki, a należy patrzeć i oceniać efekty całościowo - biorąc pod uwagę korzyści odnoszone przez pacjentów, system ochrony zdrowia, opieki społecznej i ekonomii. Analizy wykazują, że faktycznie dzięki chirurgii robotowej pacjent szybciej wychodzi do domu ze szpitala, a co za tym idzie - szybciej wraca do pracy, krócej korzysta z różnych świadczeń czy kolejnych zabiegów medycznych."

Piotr Węcławik (dyrektor Departamentu Innowacji, Ministerstwo Zdrowia) ocenił, że niewystarczający poziom wykorzystania nowoczesnych metod diagnostyki, w tym molekularnej, wynika przede wszystkim z niewiedzy. Obecnie nie ma przeszkód administracyjnych w obszarze diagnostyki molekularnej, testy są finansowane, natomiast lekarze zlecają ich znacznie mniej niż mogliby i powinni, biorąc pod uwagę potrzeby pacjentów. Dlatego tak ważne jest - jego zdaniem - podnoszenie świadomości pacjentów oraz edukacja personelu medycznego. Również w obszarze chirurgii robotowej potrzebne są szkolenia - dyr. **Węcławik** zapowiedział wdrożenie systemu systematycznych szkoleń dla specjalistów w ramach kształcenia podyplomowego.

Podczas panelu nie zabrakło przykładu innowacji w systemie ochrony zdrowia poza naszym krajem. **Olena Chernenko** (doradca ds. rozwoju ochrony zdrowia, CheckEye, Ukraina) opowiedziała o przesiewowym badaniu występowania powikłań cukrzycowych przy wykorzystaniu sztucznej inteligencji w Ukrainie. Wyniki pilotażu wskazują na to, że co trzecia osoba chorująca na cukrzycę nie zdaje sobie sprawy z rozwijającej się u niej retinopatii. Jak wiadomo, leczenie jej w zaawansowanym stadium jest kosztowne, a nieleczona prowadzi do nieodwracalnej utraty wzroku i skutkuje kolejnymi wydatkami ponoszonymi na pomoc społeczną dla pacjentów. Prowadzenie badań przesiewowych może ograniczyć ten problem i przyczynić się do zmniejszenia kosztów opieki. Jak podkreśliła **Olena Chernenko**, nawet w obliczu kryzysu, w jakim teraz znajduje się Ukraina, innowacyjne rozwiązania w ochronie zdrowia są potrzebne i mogą być skutecznie wprowadzane.

Debata: "Informatyzacja obszaru ochrony zdrowia - gotowość systemu e-zdrowia"

Uczestnicy: Małgorzata Dziedziak, Jakub Kraszewski, Łukasz Krause, Włodzimierz Owczarczyk

Pandemia oswoiła nas z telemedycyną, ale to przecież nie jedyne i nie najważniejsze z rozwiązań informatycznych, dostępnych w ochronie zdrowia. Czy wykorzystywanie ich jest powszechne? Jak oceniają je zainteresowani i z jakimi problemami się one wiążą?

“Przyglądamy się rozwiązaniom, proponowanym na rynku. Następują zmiany w systemach rejestrowych, pogłębia się ich koncentracja. Internetowe Konto Pacjenta ma wszelkiego rodzaju narzędzia, które go wspomagają w poruszaniu po systemie ochrony zdrowia. Ale również patrzymy na informatyzację e-zdrowia w kontekście systemów rozliczeniowych NFZ” – zauważyła **Małgorzata Dziedziak** (wiceprezes NFZ).

Cyfryzacja w ochronie łączy się nie tylko z praktycznymi korzyściami, ale też z odpowiedzialnością za gromadzone dane. ” Przy projektowaniu serwisów trzeba mieć dużą uważność, czy nasz klient, pacjent, potrzebuje tych rozwiązań i jak z nich korzysta. Próba cyfryzacji wiąże się z tym, że bierzemy odpowiedzialność za dużą ilość sensytywnych danych” – przyznał **Łukasz Krause** (Medicover).

„Bardzo dobrze oceniam narzędzia informatyczne” – powiedział **Włodzimierz Owczarczyk** (członek zarządu ZUS). - “Patrząc chociażby na akcję szczepień, gdy dzięki informatyzacji byliśmy w stanie zaszczepić blisko 300 tys. osób w sześć tygodni, musimy przyznać, że w wersji papierowej trwałoby to pięć razy dłużej i myślę, że popełnilibyśmy więcej błędów. E-skierowania wymagają jeszcze udoskonalenia, szczególnie na bardziej pogłębione badania radiologiczne, musi to być poprzedzone interakcją z miejscem, gdzie będzie wykonywane, by przeprowadzić je sensownie i by miało walor diagnostyczny.”

Dane gromadzone w ZUS stanowią składnik systemu powiązań nie tylko w ochronie zdrowia, ale w całej gospodarce. ”Wprowadzenie elektronicznych zwolnień lekarskich pozwoliło nam na uzyskanie możliwości ich analizy. Wiemy, jak rozkładały się przyczyny poszczególnych absencji chorobowych. To dane, które wspomagają planowanie profilaktyki poszczególnych schorzeń. Pokazują, w którym kierunku będą się rozwijały choroby zawodowe, gdzie na pierwszym miejscu są obecnie schorzenia związane z układem ruchu, a na piątym - choroby psychiczne. Analizując te dane, widzimy wkład informatyzacji w planowanie polityki zdrowotnej państwa. Dysponujemy potężną skarbnicą wiedzy dla całego obszaru zdrowia” – kontynuował **Włodzimierz Owczarczyk**.

Jak więc zarządzać tym ogromem danych z pożytkiem dla pacjenta? Niewątpliwie rodzi to szereg problemów nie tylko technicznych, ale też legislacyjnych. „Dzisiaj potrzebna jest praca nad legislacją, edukacją pacjentów, określeniem, jakie dane będziemy wykorzystywać i w jaki sposób. Na przykład co będzie zanonimizowane, a co nie?” – zwrócił uwagę **Łukasz Krause** - “Przed nami jest dyskusja, w jaki sposób uzyskiwać zgody medyczne i na co. Jako firma też dysponujemy dużą bazą danych, historią pacjentów i wykorzystujemy je, by prognozować, podpowiadać, zwiększać efektywność, wnioskować, lepiej dopasowywać ofertę. Podchodzimy holistycznie do opieki nad pacjentem, dlatego predykcja zachowań i ścieżek pacjenckich jest zasadna i już - w jakiejś skali - możliwa. Bardzo istotne jest to, że wolumen danych ciągle się zwiększa. Wymaga to dyskusji, jak najlepiej wykorzystać synergię i efektywność tego systemu. To pozostaje przed nami.”

„Jeżeli chodzi o zastosowanie rozwiązań cyfrowych, to powinniśmy przyglądać się sektorowi prywatnemu, ponieważ jest o krok przed nami. Często wymieniamy się doświadczeniami, bo tam pewne rozwiązania są już wprowadzane” – przyznała **Małgorzata Dziedziak**.

O nasyceniu systemu danymi mówił również **Jakub Kraszewski** (dyrektor Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego w Gdańsku) - "Dzisiaj zbieranie danych jest żmudne, wiąże się z dużą pracochłonnością, obciąża lekarzy, pielęgniarki. Personel medyczny jest absorbowany czym innym niż leczenie, co jest deprymujące. Dlatego każde usprawnienie systemowe, niezależnie od tego, co będzie się z tymi danymi działo, jak będziemy je wykorzystywali, jest dobre. Oszczędza czas – zasoby, których zawsze brakuje. Moim marzeniem jest, aby wiele informacji statystycznych o przebiegu leczenia, parametrach, trafiało poprzez system szpitalny, w wybranych zbiorach, do systemu ZUS czy NFZ, w sposób jak najbardziej automatyczny. Im lepsze narzędzie będziemy mieli, a dane będą bardziej standaryzowane, tym lepszą dokumentacją będziemy dysponować. Na razie robimy mapy potrzeb, badamy wycinkowo, eksplorujemy, ale dopiero jak będziemy mieli dane ustrukturyzowane, uporządkowane w duże zbiory, wtedy będziemy mogli zauważyć pewne prawidłowości. Decyzje, podejmowane na podstawie takich analiz, będą bardziej trafne i celne niż to, z czym się dzisiaj spotykamy. To jest nasza przyszłość, musimy do tego dążyć."

Czy potrzebne jest zbieranie tak dużych ilości danych jak obecnie? "Sama celowość zbierania danych nieraz nas zastanawia. Do czego służy kolejny rejestr? Ale jeśli coś wynika z ustawy, rozporządzenia, musimy tego obowiązku dopełnić. Pewnie kiedyś zbieraliśmy za dużo danych, nie wiedząc, po co, dziś zaczynamy usprawniać system, nie pakujemy już do niego wszystkich danych, tylko te niezbędne, inaczej byśmy każdy system zatkali" – dodał dyr. **Kraszewski**.

Zgodził się z tą opinią **Włodzimierz Owczarczyk** - „Nie możemy zbierać wszystkiego, bo przetwarzanie danych, zakup sprzętu do tego, wsparcie centrów obliczeniowych generuje koszty. To, co zauważyliśmy od pewnego czasu, to fakt, że budowanie przepisów nie nadąża za zmianami technologicznymi. To ogromny problem, z którym zmagamy się w ZUS. Po co budujemy systemy informatyczne? Żeby odciążyć pracowników, a nie dociążać."

Natomiast **Małgorzata Dziedziak** dodała - „System jest narzędziem, które ma wspierać, dlatego pewne czynności powinny zostać zautomatyzowane, a zasoby ludzkie bardziej efektywnie wykorzystane, czy po stronie świadczeniodawcy, czy płatnika. Weryfikacja odbywa się poprzez system, ale również przez przeprowadzane kontrole. System obsługiwany jest przez czynnik ludzki, co może generować błędy już na etapie importowania danych przekazywanych do NFZ, a które stanowią podstawę do wypłaty środków. Nie ukrywam, że nieraz jest to świadome działanie osób, które tą sprawą się zajmują. Obecnie jesteśmy na etapie budowania nowego, zintegrowanego systemu informatycznego, opartego na nowych technologiach. Tak dojrzała instytucja, jak NFZ, korzysta z technologii, które mają już kilkanaście lat. Są modernizowane, ale nie przyniosą takiego efektu, jak sięgnięcie po nowe rozwiązania. By ograniczyć ilość danych, jakie muszą być sprawozdane do systemu płatnika, pracujemy nad tym, jak wykorzystać dane znajdujące się w różnych systemach, które mogą się „widzieć". Nie zapominajmy o aspekcie bezpieczeństwa, to są dane sensytywne."

Kwestię, jakie korzyści z informatyzacji ochrony zdrowia może mieć pacjent, podsumował **Łukasz Krause** - "Chcemy być w całym cyklu relacji z pacjentem - od prewencji, poprzez różnego rodzaju zdarzenia, aż do rekonwalescencji. Głęboko wierzę, że będzie to relacja hybrydowa. By miała sens, była interakcją, trzeba wygenerować wiele danych. Należy się zastanowić, jak z nich korzystać. Nastąpi pewne odmiejscowienie części usług i relacji: masz pytanie, zadaj je na czacie, zobacz na wideo. Lekarz też będzie odmiejscowiony, co się już dzieje na coraz większą skalę. Przecież można rożnego rodzaju zdjęcia opisywać zdalnie. Nie trzeba być w placówce, by mieć relacje. W ten sposób odmiejscawiamy interakcje. Jesteśmy jednym z największych dostawców sportów fitnessowych, a więc: jedziesz na wakacje, nie możesz przyjść na siłownię – dostajesz wirtualnego trenera. Ta hybrydowa relacja będzie w cyklu życia znacząco wpływała na schorzenia, które w przyszłości się pojawią, bo będziemy im częściowo zapobiegać. I to jest zdecydowany trend."

Debata: **"Czy sztuczna inteligencja to większe bezpieczeństwo w medycynie?"**

Uczestnicy: Andrzej Czyżewski, Cezary Mazurek, Piotr Skarżyński, Ryszard Tadeusiewicz, Henryk Skarżyński (moderator)

Rośnie wpływ sztucznej inteligencji na rozwój medycyny i ochrony zdrowia. Rozwiązania AI, znajdują zastosowanie w coraz większej liczbie obszarów. Potencjał sztucznej inteligencji tkwi zarówno w profilaktyce, diagnozowaniu, jak i terapii chorób. Sztuczna inteligencja może dostarczyć cenne informacje dotyczące przyczyn i leczenia chorób.

Profesor **Henryk Skarżyński** (dyrektor Instytutu Fizjologii i Patologii Słuchu) rozpoczynając dyskusję wyraził swoje wątpliwości co do teoretycznych ocen algorytmów sztucznej inteligencji. Jego zdaniem, teoretyczne rozważania czasem wydają się niewiarygodne i trudno szacować, jakie rzeczywiste korzyści przynosi stosowanie AI. Zwrócił także uwagę na obawy związane z możliwością utraty pracy przez naukowców i praktyków, zastępowanych przez zaawansowane programy oparte na AI.

Profesor **Ryszard Tadeusiewicz** z Akademii Górniczo-Hutniczej podzielił się swoimi doświadczeniami związanych z sieciami neuronowymi i ich zastosowaniami w medycynie. Wskazał na ogromny potencjał sztucznej inteligencji, ale jednocześnie zaznaczył konieczność zachowania ostrożności w jej rozwoju, tak aby nie utracić nad nią kontroli.

Profesor **Andrzej Czyżewski** (kierownik Katedry Systemów Multimedialnych Politechniki Gdańskiej) zwrócił uwagę na znaczący wkład Polaków w rozwijanie AI, zarówno w kraju, jak i za granicą, w tym szczególną rolę prof. **Ryszarda Tadeusiewicza**, który był jednym z prekursorów prac nad AI w Polsce, sięgających lat 70. Podkreślił, że polska kreatywność i pomysłowość przyczyniły się do wielu osiągnięć w tej dziedzinie. Polska jest także jednym z pierwszych krajów w Europie, gdzie powstał kierunek naukowy ze specjalnością Uczenie Maszynowe i Sztuczna Inteligencja.

Dyrektor **Cezary Mazurek** podkreślił znaczenie podejścia transdyscyplinarnego w badaniach nad AI i jej potencjałem w diagnostyce chorób oraz ocenie skuteczności terapii. Jego zdaniem to transdyscyplinarność sprawia, że zaczynamy stawiać w medycynie nowe pytania - m.in. dotyczące patomechanizmów i źródeł chorób, których nie jesteśmy w stanie jeszcze wyleczyć. W tym obszarze kryje się ogromny potencjał AI, uczenia maszynowego i analizy danych.

Profesor **Piotr Skarżyński** (kierownik w Instytucie Fizjologii i Patologii Słuchu) zauważył, że wiele osób widzi w sztucznej inteligencji potencjał do wykorzystania w diagnostyce i leczeniu chorób, szczególnie w krajach mniej rozwiniętych, postrzegając AI jako „game changer." Dla przedsiębiorców pojawia się ogromna szansa na rozwinięcie takich rozwiązań, które będą w stanie dotrzeć do szerokiego grona odbiorców na rynku. Natomiast ze strony takich organizacji jak Światowa Organizacja Zdrowia, oczekiwania są inne – przede wszystkich chodzi o wczesną diagnostykę chorób, szczególnie tych, których leczenie jest bardzo kosztowne. Dotyczy to zwłaszcza krajów mniej zamożnych. Sztuczna inteligencja obecnie przynosi korzyści zwłaszcza we wczesnej diagnostyce, np. w radiologii czy rehabilitacji narządu zmysłów.

Profesor **Ryszard Tadeusiewicz** zauważył, że obawy o utratę pracy w zawodach medycznych są przedwczesne. Sugerował, że sztuczna inteligencja może być użyteczna jako narzędzie do pozyskiwania i filtrowania informacji, wspomagania decyzji medycznych, sterowania aparaturą medyczną i zarządzania służbą zdrowia. Jego zdaniem, algorytm AI nie zastąpi całkowicie lekarza, może jednak służyć jako narzędzie wspierające lekarzy i poprawiające jakość opieki zdrowotnej.

Profesor **Andrzej Czyżewski** zwrócił uwagę na konieczność dostarczania dużych ilości danych dla algorytmów sztucznej inteligencji. W obszarze medycyny problemem jest w tym kontekście poufność danych pacjentów. Zasugerował otwarcie dostępu do anonimizowanych danych medycznych oraz wprowadzenie procedur

certyfikacji, aby wspomóc rozwijanie systemów diagnostycznych dla lekarzy. Rozmaite technologie, jak np. blockchain pozwalające na uwiarygodnienie danych, są już dostępne. Brakuje jednocześnie procedur, nie ma ośrodka decyzyjnego, mechanizmu taryfikacji rozwiązań uwzględniających algorytmy sztucznej inteligencji.

Dyrektor **Cezary Mazurek** (pełnomocnik dyrektora ICHB PAN ds. PCSS) mówił o zastosowaniach sztucznej inteligencji w okulistyce, szczególnie w monitorowaniu i diagnozowaniu chorób oczu, takich jak np. jaskra. Podkreślił, że wykrycie procesów patologicznych na wczesnym etapie pozwala na skuteczniejsze interwencje terapeutyczne jeszcze zanim siatkówka straci ok. 30 proc. komórek światłoczułych. Dlatego ważne jest wychwycenie tego procesu przed pojawieniem się pierwszych symptomów. Jednocześnie przypomniał, że nie znamy powodów zachorowania na jaskrę i że nie wszystkie osoby, mające problemy z ciśnieniem w oku, finalnie zachorują. W procesie diagnostycznym sztuczna inteligencja dostarcza informacji, którzy z pacjentów są negatywnie dodatni.

Profesor **Piotr Skarżyński** wskazał na potencjał AI w monitorowaniu zdrowia dzieci i przyspieszaniu procesu diagnozy oraz leczenia. Również jego zdaniem bardzo istotne jest, aby rozwiązania prawne nadążały za postępem technologicznym. Profesor **Henryk Skarżyński** wskazał na potencjał sztucznej inteligencji w diagnozowaniu chorób, zwłaszcza choroby Alzheimera, na wiele lat przed tradycyjnymi metodami. Wspomniał o badaniach nad analizą próbek głosu w kontekście profilaktyki zdrowia. i w tym kontekście o konieczności badań przesiewowych.

Natomiast profesor **Czyżewski** wyraził przekonanie, że Polska ma duży potencjał w dziedzinie sztucznej inteligencji i nie pozostaje w tyle za innymi krajami, takimi jak USA czy Chiny. Jak zaznaczył, obecnie naukowcy wracają do Polski, aby rozwijać tę dziedzinę.

Debata: **"Jakość wyrobów medycznych w świadczeniach gwarantowanych z perspektywy zamówień publicznych i ich serwisowania"**

Uczestnicy: Robert Grabowski, Konrad Korbiński, Przemysław Koza, Sebastian Migdalski, Piotr Nowicki, Wojciech Szefke, Agata Szczepańska (moderatorka)

Standaryzacja usług serwisowych oraz właściwe użytkowanie aparatury medycznej są kluczowe dla ich odpowiedniego wykorzystywania przez placówki medyczne. Niewłaściwe serwisowanie może prowadzić do incydentów medycznych, wpływających na bezpieczeństwo pacjentów oraz błędów związanych z diagnostyką.

Dyskusja o jakości wyrobów medycznych była złożona i wielowątkowa. Obejmowała trzy główne obszary: przepisy prawne, przetargi i zamówienia, a także serwisowanie wyrobów medycznych. Panel rozpoczął **Sebastian Migdalski** z Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych, który analizował zakres nadzoru nad rynkiem wyrobów medycznych, przywołując ustawę o wyrobach medycznych z 2022 roku, uwzględniającą przepisy unijne. Prezes URPL otrzymał zadanie

nadzorowania rynku po wprowadzeniu wyrobów medycznych do obrotu. **Sebastian Migdalski** wyjaśnił, że URPL reaguje w przypadku problemów, podejmując decyzje dotyczące ograniczenia, wstrzymania lub wycofania wyrobów z obrotu. Zwrócił uwagę, że zakres wyrobów medycznych jest bardzo szeroki i obejmuje zarówno prezerwatywy czy pieluchomajtki, jak i zaawansowane wyroby medyczne, takie jak tomografy, kardiografy czy inkubatory. Nadzór nad wyrobami wysokiej klasy opiera się na ścisłej współpracy z producentem i jednostką certyfikującą. Największe wyzwania związane z jakością dotyczą produktów klasy 1.

Kolejnym zagadnieniem poruszonym podczas panelu było serwisowanie wyrobów medycznych, o którym mówił mec. **Konrad Korbiński** z HMA Poland. Podkreślił on, że jakość serwisu jest szczegółowo regulowana przepisami prawa, zwłaszcza w kontekście udzielonej gwarancji. Istnieje jednak luka prawna dotycząca serwisowania po upływie gwarancji, co jest istotne, biorąc pod uwagę długi okres eksploatacji niektórych urządzeń medycznych. Dlatego konieczne jest określenie standardów serwisowania wyrobów medycznych po wygaśnięciu gwarancji oraz jasnych wymogów w stosunku do techników zajmujących się sprzętem medycznym. Wskazał także na problemy, z jakimi borykają się świadczeniodawcy, próbując uzyskać serwis na odpowiednim poziomie po zakończeniu gwarancji. Jego zdaniem, jakość serwisu pogwarancyjnego oraz obowiązki po stronie producenta i świadczeniodawcy powinny być dodatkowo doprecyzowane przez regulatora.

Dyrektor **Piotr Nowicki** ze Szpitala Wojewódzkiego w Poznaniu również zwrócił uwagę na brak precyzyjnych wymagań, dotyczących kwalifikacji osób zajmujących się serwisowaniem sprzętu medycznego w placówkach. Przyznał, że obsługą techniczną zajmują się często osoby z doświadczeniem, zdobytym w firmach serwisujących lub u producenta, które posiadają większą wiedzę niż dyrektorzy szpitali, ale ich wiedza nie jest w żaden sposób mierzalna. Dlatego jest potrzeba uregulowania tych kwestii w odpowiednich przepisach. Dyrektor **Nowicki**, podobnie jak przedmówcy, zwrócił także uwagę na konieczność uregulowania opieki pogwarancyjnej, wskazując na ogromne problemy dyrektorów szpitali z wyborem w przetargach serwisantów ze względu na niewielką liczbę firm uczestniczących w postępowaniach.

Przemysław Koza z GE Healthcare wskazał na korzyści finansowe dla szpitali, wynikające z korzystnych umów serwisowych zawieranych już przy zakupie sprzętu. Przypomniał, że rynek wyrobów medycznych w Polsce znajduje się jeszcze w fazie rozwoju, podczas gdy np. rynek czeski jest dobrze uregulowany i może stanowić wzór do naśladowania. Zaznaczył także, że prawidłowe serwisowanie ma kluczowe znaczenie dla wiarygodności badań diagnostycznych i diagnoz lekarskich, dlatego konieczne jest prowadzenie serwisu przez autoryzowane firmy.

Podobnego zdania był **Robert Grabowski** z Dräger Polska, który mówił o długości sprawowania opieki ze strony producenta po zakupie sprzętu oraz podkreślił rolę autoryzowanych serwisów, które dysponują odpowiednio przeszkolonym personelem i pełnym zapleczem administracyjnym wspierającym szpitale. Wskazał także na potrzebę uwzględnienia kwestii serwisowania w negocjacjach umów oraz zmian systemowych umożliwiających szpitalom przeznaczenie większych środków na serwisowanie.

Wojciech Szefke (członek zarządu OPPM TECHNOMED) podkreślał konieczność zastosowania holistycznego podejścia w procesie podpisywania umów i analizowania ich w szerszym kontekście, nie tylko pod kątem czasu naprawy sprzętu, co ze zrozumiałych powodów jest istotne dla świadczeniodawców. Wskazał także na problem związany ze sztywnością waloryzacji długoterminowych kontraktów serwisowych oraz niechęcią świadczeniodawców do dokonywania zmian cen w trakcie trwania umowy. Wskazywał na potrzebę przeprowadzenia systemowych zmian, które umożliwią szpitalom dysponowanie większymi środkami na ten cel. Trzecią istotną kwestią, którą wymienił, było opracowanie dobrych wzorców, takich jak np. zamknięty katalog wzorów umów znany np. w Skandynawii oraz stworzenie platformy wiedzy dla jednostek zakupowych. Konieczne jest jego zdaniem także opracowanie adekwatnych wzorców regulacji prawnych, uwzględniających warunki świadczenia usług serwisowych, zwłaszcza dla kluczowych grup wyrobów.

Podsumowując panel, uczestnicy podkreślili, że niewłaściwe serwisowanie może prowadzić do incydentów medycznych, wpływających na bezpieczeństwo pacjentów oraz błędów związanych z diagnostyką. Zwrócili uwagę na konieczność opracowania wzorców umów i regulacji prawnych uwzględniających warunki świadczenia usług serwisowych, aby zachęcić firmy do udziału w przetargach i zapewnić świadczenie usług serwisowych na odpowiednim poziomie ze szczególnym uwzględnieniem standardów jakości serwisu pogwarancyjnego. Zaproponowali również wprowadzenie w formie rozporządzenia przez Ministerstwo Zdrowia wytycznych dotyczących funkcjonowania serwisu w odniesieniu do kluczowych wyrobów medycznych, co otworzyłoby rynek usług serwisowych i zagwarantowało świadczenie tych usług na właściwym poziomie.

Debata: **"Dzieci i młodzież w świecie wirtualnym - uwarunkowania prawne i konsekwencje zdrowotne"**

Uczestnicy: Oktawia Gorzeńska, Jarosław Sachajko, Rashed Mustafa Sarwar, Krzysztof Jakubiak (moderator)

Młodzież, zarówno w Polsce, jak i na świecie, uzależnia się od Internetu, smartfonów, mediów , mediów społecznościowych. Jak temu przeciwdziałać? Czy zakazy odniosą skutek?

"Kluczowa w tym wszystkim jest rodzina i przykład, który idzie od dorosłych. Nie zakazujmy korzystania z tych urządzeń. Jeżeli pojawiają się zakazy, zawsze ktoś będzie chciał je omijać. Starajmy się wspólnie z dziećmi wypracować zasady korzystania z mediów, których obie strony będą bezwzględnie przestrzegać, np. nie używając tych narzędzi w czasie posiłków. Osoby zajmujące się tematem higieny cyfrowej mówią, że kluczem do większej dbałości w tym zakresie jest budowanie dobrych relacji" - zauważyła **Oktawia Gorzeńska** (Centrum Projektów Polska Cyfrowa).

Paneliści wskazywali, że ani problem dostępu dzieci i młodzieży do pornografii, ani kwestia uzależnień nie doczekały się uregulowania w Sejmie. "Przez dużą część polityków problem jest niedoceniany" - powiedział poseł **Jarosław Sachajko**, który kierował zespołem parlamentarnym zajmującym się tymi zagadnieniami w mijającej kadencji Sejmu. "Jak twierdzą lekarze, Internet doprowadza do fizycznych zmian w mózgu, podobnie jak narkotyki. Z badań wynika, że najbardziej zagrożone są dziewczynki w wieku ponadpodstawowym. Tłumaczą - nie mam z kim rozmawiać, nie mam nic innego do roboty, nie mam innych hobby, ani zainteresowań. Na pewno trzeba coś z tym zrobić, ale problem leży w nieodpowiedzialności klasy politycznej. Rządowy projekt ustawy o ochronie małoletnich przed dostępem do treści nieodpowiednich został zablokowany, jak zakładam, politycznie, z głupoty" - dodał poseł **Sachajko**.

Jak mówił **Rashed Mustafa Sarwar** (dyrektor polskiego biura UNICEF), polskie problemy w tej dziedzinie nie odbiegają od tych na całym świecie. Jak je rozwiązywać? Czy konieczny jest wybór między wprowadzaniem zakazów a działaniami w ramach rodziny, wspólnot? Czy też raczej można te działania prowadzić równolegle? Trzeba pamiętać - podkreślał - że zakazy w tej dziedzinie mogą mieć niekorzystne skutki.

"Powinniśmy pamiętać o tym, że wykluczenie cyfrowe to wykluczenie społeczne. Telefon w procesie edukacyjnym jest bardzo potrzebny. Wiedzę nie tylko się przekazuje - ją się zdobywa w procesie odkrywania, tworzenia, sprawdzania. Technologia to część tego procesu, ale nie cel sam w sobie. Potrzebujemy internetu, ale też umiejętności świadomego korzystania ze źródeł informacji" – przypomniała **Oktawia Gorzeńska**.

Zdaniem posła **Jarosława Sachajki**, rodzice mogą nie nadążać za rozwojem możliwości, jakie daje Internet - "To się dzieje zbyt szybko. Ten biznes jest już tak duży, że nie sposób go okiełznać". Potrzebne jest zatem edukowanie rodziców i innych osób -" W szkole, gdy mierzyliśmy się z różnymi problemami, zapraszaliśmy eksperta, zajmującego się higieną cyfrową, który prowadził badania nad przemocą i świadomością w mediach elektronicznych. Te spotkania gromadziły wiele osób. Pokazywaliśmy, jak działa mózg nastolatka,

to, że przeglądając strony internetowe nie będzie się zachowywał tak racjonalnie, jak osoba dorosła. Tłumaczyliśmy, jak radzić sobie w sytuacjach kryzysowych, jak rozmawiać, by nie zaogniać."

Czy za jakiś czas będziemy w stanie lepiej panować na wykorzystaniem mediów społecznościowych i całej przestrzeni wirtualnej? Paneliści zaprezentowali umiarkowany optymizm w tym zakresie. "Większość osób, w tym także rządzących, zdaje sobie sprawę z zagrożeń. Mamy rządowy pilotażowy program leczenia młodzieży z uzależnień. Jeżeli coś udaje się zdiagnozować, jesteśmy na dobrej drodze, by z tym wygrać" – podsumował poseł **Jarosław Sachajko**.

"Myślę, że wyzwań będzie więcej i nawet nie jesteśmy w stanie ich sobie dzisiaj wyobrazić, ale bardzo wierzę w młode pokolenie. Mają większy, niż się wydaje, krytycyzm, większą troskę o siebie, zdolność do zadawania pytań, dociekania, po co coś się robi" – stwierdziła **Oktawia Gorzeńska**.

ROZDZIAŁ 5.

OBSZARY MEDYCYNY

Debata: "Narodowy Program Chorób Układu Krążenia - szansa na zmniejszenie ryzyka chorób serca i naczyń"

Uczestnicy: Tomasz Hryniewiecki, Waldemar Kraska, Przemysław Mitkowski, Piotr Pruszczyk, Paweł Ptaszyński, Daniel Rutkowski, Adam Witkowski, Agnieszka Wołczenko, Katarzyna Matusewicz (moderatorka)

Co należy zrobić, żeby choroby sercowo-naczyniowe przestały być główną przyczyną zgonów Polaków? Jaka będzie w tym rola Narodowego Programu Chorób Układu Krążenia?

Wiceminister **Waldemar Kraska** przypomniał działania systemowe, jakie miały miejsce w dziedzinie kardiologii w ostatnich latach. "Postrzegamy ważność problemu, szczególnie w okresie popandemicznym, kiedy widzimy, że choroby układu krążenia są niezmiennie na pierwszym miejscu, jeśli chodzi o przyczynę zgonów w Polsce. Jesteśmy w trakcie pilotażu sieci kardiologicznej, który początkowo był prowadzony tylko w woj. mazowieckim, a następnie został rozszerzony na kolejne województwa. Widząc, że jest to dobry kierunek, wprowadziliśmy w ubiegłym roku Narodowy Program Chorób Układu Krążenia. Program jest zaplanowany na 10 lat, chcemy na niego przeznaczyć prawie 3 mld zł" – powiedział wiceminister **Kraska**.

Profesor **Tomasz Hryniewiecki**, konsultant krajowy w dziedzinie kardiologii, pełnomocnik ministra zdrowia do spraw pilotażu Krajowej Sieci Kardiologicznej oraz Narodowego Programu Chorób Układu Krążenia (NPChUK) omówił oba projekty - „W Europie tylko my obok Hiszpanii mamy taki program. Europejskie Towarzystwo Kardiologiczne zaleca, żeby takie programy przyjmowały wszystkie kraje europejskie. Startujemy z innego poziomu niż Hiszpania. My jesteśmy krajem wysokiego ryzyka sercowo-naczyniowego, choroby układu krążenia są najczęstszą przyczyną zgonów. Hiszpanie wcześniej już mieli podobne wycinkowe programy, a ten duży wprowadzili, bo uznali, że chociaż główne problemy zostały rozwiązane, to w starzejącym się społeczeństwie choroby przewlekłe układu krążenia będą istotnie pogarszały jakość życia obywateli. Potrzebny jest zatem program oparty głównie na działaniach profilaktycznych, prewencyjnych. Nasz program jest zbliżony do hiszpańskiego, chociaż nie kontaktowaliśmy się, tworząc je".

Prof. **Hryniewiecki** przypomniał, że Krajowa Sieć Kardiologiczna jest częścią NPChUK. Jej pilotaż odbywa się obecnie w siedmiu województwach, ale kardiolodzy mają nadzieję, że obejmie ona całą Polskę. Jest prawdopodobne, że w przyszłym roku zostanie przyjęta ustawa o KSK - „NPChUK jest zaplanowany na 10 lat, kompleksowo obejmuje całą kardiologię – profilaktykę i prewencję, zmiany organizacyjne, ale także likwidację nierówności w dostępie do lekarzy specjalistów oraz szybkie wprowadzanie najnowszych technologii sprzętowych i farmakologicznych. Wszystkie obszary kardiologii będą uwzględnione". Zapowiedział także rozszerzanie rejestrów w zakresie kardiologii oraz kolejne badanie WOBASZ, ponieważ stałe monitorowanie sytuacji epidemiologicznej jest niezbędne. Nowością będą standardy diagnostyczno-terapeutyczne, czyli wskazówki przygotowane przez ekspertów z poszczególnych dziedzin kardiologii, które są opracowywane na podstawie wytycznych ESC i PTK. Mają one być obligatoryjne dla lekarzy.

Prof. **Piotr Pruszczyk**, szef zespołu ekspertów przygotowujących standardy diagnostyczno-terapeutyczne dotyczące zatorowości płucnej, wyjaśnił filozofię tworzenia standardów w ramach NPChUK - "Standardy europejskie opracowane przez ESC zajmują prawie 100 stron, poza tym wymagają pewnego dostosowania do logistyki i możliwości ośrodków polskich. Idea tych standardów jest taka, żeby stworzyć pewien poziom, pewną poprzeczkę, poniżej której lekarz nie może zejść. Ma to być poziom gwarantujący chorym dobre i bezpieczne leczenie. Bez względu na to, do którego ośrodka trafi pacjent, będzie miał zapewniony odpowiedni standard diagnostyczno-terapeutyczny".

Prof. **Przemysław Mitkowski**, prezes Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego, zwrócił uwagę na potrzebę wdrażania innowacji w kardiologii. Powiedział, że cztery nowe technologie sprzętowe są poddane konsultacjom - „To technologie, które pozwalają na zaoferowanie terapii tym chorym, którym dotąd nic rozsądnego nie mogliśmy zaproponować. Nowe możliwości terapeutyczne, szybko wprowadzane, wpisują się w ten fragment NPChUK, który mówi o innowacjach".

„Pacjent mniej skorzysta z innowacyjnych terapii – tak farmakologicznych jak i sprzętowych – jeśli będzie miał zbyt późno postawioną diagnozę. Jestem bardzo zbudowana tym, że część kompetencji kardiologów została przekazana lekarzom POZ. Do tego momentu my pacjenci nie mieliśmy możliwości wykonania rozszerzonych badań pod kątem kardiologicznym w podstawowej opiece zdrowotnej. Ścieżka pacjenta była wydłużona, ponieważ najpierw musiał uzyskać skierowanie do kardiologa, czekać na nie bardzo długo. Potem podczas konsultacji u specjalisty otrzymywaliśmy skierowanie na podstawowe badania. To odwlekało postawienie diagnozy. Uważam, że to jest bardzo dobry kierunek, że możemy na wczesnym etapie wychwycić chorych, którzy bezwzględnie wymagają konsultacji u kardiologa. Uzyskają ją szybciej, a po drugie zjawią się u specjalisty już z pełnym pakietem podstawowych badań. To ułatwi dalszą diagnostykę" – oceniła **Agnieszka Wołczenko**, prezes Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Pacjentów ze Schorzeniami Serca i Naczyń Eco Serce.

Agnieszka Wołczenko zauważyła również, że lekarze POZ powinni i w większości realizują programy profilaktyczne - „To jest ten element, o którym my pacjenci mówimy szczególnie często. Bez wczesnej profilaktyki, wyłapywania chorych na wczesnym etapie, specjaliści – mimo najszczerszych chęci – nie są w stanie im pomóc".

Eksperci dyskutowali też o tym, co należy zrobić, aby poprawić jakość opieki nad chorymi z niewydolnością serca. „Bardzo ważna jest kwestia koordynacji i kontynuacji leczenia. Chorzy z niewydolnością serca powinni mieć zagwarantowaną tzw. ścieżkę zstępującą po hospitalizacji. Tak, by wiedzieli, co mają ze sobą robić, do kogo się zwrócić, kto im wyjaśni ewentualne wątpliwości, żeby nie szukali informacji w Internecie. Profilaktyka pierwotna i wtórna, zaopiekowanie się chorym po wyjściu ze szpitala plus dobra rehabilitacja - to dopełnienie tego, czego byśmy sobie życzyli, jeśli chodzi o polską kardiologię i funkcjonowanie systemu" – powiedziała **Agnieszka Wołczenko**.

Prof. **Adam Witkowski** przypomniał, że przed pandemią w Polsce było 1,2 mln chorych z niewydolnością serca. Nie ma precyzyjnych aktualnych danych odnoszących się do aktualnej sytuacji - „Potrzebne są różnorakie działania, począwszy od diagnostyki i szybkiego przekierowania pacjenta z POZ do kardiologa i dalej – jeżeli trzeba – do ośrodka, który może mu pomóc nowoczesnymi metodami farmakologicznymi i sprzętowymi. Dlatego tak się cieszymy, że minister zdrowia podjęła szybką decyzję, żeby zrealizować projekt, przewidujący zastosowanie nowych urządzeń, chociażby do leczenia niedomykalności zastawki trójdzielnej, która bardzo często występuje u chorych z niewydolnością serca. Ci chorzy często z uwagi na wiek i choroby współwystępujące nie mogą być leczeni chirurgicznie".

Prof. **Witkowski** podkreślił korzyści z opieki koordynowanej nad pacjentami z chorobami sercowo-naczyniowymi - „Z programu KOS-Zawał wiemy, że pacjenci, którzy wejdą w tryb opieki koordynowanej, znacznie rzadziej umierają od osób nieobjętych nią. Dobrze by było, żeby w Narodowym Programie Chorób Układu Krążenia została ujęta ścieżka zstępująca dla chorych z NS. Zawierałaby zaplanowane na sztywno wizyty u lekarza POZ czy AOS, zapewniałaby odpowiednie badaniami i możliwość ponownego wejścia na ścieżkę wstępującą, w razie potrzeby". Jego zdaniem, ważne jest też tworzenie oddziałów jednodniowych dla pacjentów z NS, ponieważ nie wszyscy przy zaostrzeniu objawów muszą być hospitalizowani. I podkreślił znaczenie pielęgniarek koordynujących, które w wielu sytuacjach mogą zastąpić lekarza.

„Uruchamiamy mechanizmy, które spowodują, że nowoczesne technologie będą bardzo szybko dostępne. Zmiany wynikające z Narodowego Programu Chorób Układu Krążenia zakładają równy dostęp do

kardiologa, który będzie spełniał inną rolę w systemie niż obecnie – stanie się konsultantem, tak jak ma to miejsce na świecie. Stałe leczenie będzie prowadzone przez lekarza rodzinnego. Będziemy szerzej stosować opiekę ambulatoryjną. To wszystko poprawi dostęp do specjalistów, a szpital będzie wykorzystywany w ostateczności. Myślę, że taki będzie po 10 latach efekt Narodowego Programu Chorób Układu Krążenia" – powiedział prof. **Tomasz Hryniewiecki**.

„Narodowy program wyznacza ważną rolę prewencji, jest więc szansa na to, że nie będziemy się zajmować głównie medycyną naprawczą. Te 10 lat powinno dać wspaniałe efekty" – ocenił wiceminister **Waldemar Kraska**. „Chciałbym, żeby zaplanowany na 10 lat program spowodował, że choroby sercowo-naczyniowe przestaną być główną przyczyną zgonów Polaków" – podsumował prof. **Adam Witkowski**.

Debata: **"Krajowa Sieć Onkologiczna - debata o kierunkach zmian w polskiej onkologii"**

Uczestnicy: Marcin Czech, Dorota Czudowska, Stanisław Kłęk, Waldemar Kraska, Adam Maciejczyk, Krystyna Wechmann, Krzysztof Jakubiak (moderator)

Współczesna onkologia rozwija się bardzo szybko, zmiany dotyczą nowych leków, technik diagnostycznych oraz organizacji opieki nad pacjentem. Za rozwojem technologii z trudem nadąża finansowanie świadczeń gwarantowanych. Widoczne są problemy finansowe, organizacyjne oraz braki kadrowe. Aby zapewnić pacjentom skuteczne leczenie, potrzebne jest szybkie diagnozowanie choroby, szybkie rozpoczynanie leczenia, dostępność do nowoczesnych technologii, a także rehabilitacja, opieka psychologiczna i odpowiednie żywienie. Duże nadzieje na poprawę są wiązane z Krajową Siecią Onkologiczną, która ma zmniejszyć nierówności w dostępie do opieki medycznej dla chorych dotkniętych chorobą nowotworową.

Czy Krajowa Sieć Onkologiczna stanie się motorem polskiej onkologii i pozwoli poprawić wskaźniki skuteczności leczenia, szybciej diagnozować i szybciej oraz skuteczniej leczyć pacjentów? O monitoringu efektywności opieki w ramach KSO, standaryzacji diagnostyki i leczenia, oraz zwiększeniu dostępności do świadczeń z zakresu onkologii rozmawiano podczas debaty.

Rozpoczęła się od przedstawienia wniosków z raportu "Wcześniej znaczy skuteczniej. Leczenie we wczesnych stadiach nowotworów", poruszającego aspekty kliniczne, organizacyjne i finansowe, związane z możliwie wczesnym rozpoczynaniem leczenia osób chorych na nowotwory. Szybka diagnostyka,

nowoczesne leczenie radykalne oraz leczenie okołooperacyjne z zastosowaniem nowoczesnych leków stwarza pacjentom onkologicznym możliwości, których wcześniej w paradygmacie onkologii nie brano pod uwagę - podjęcia terapii z intencją skutecznego wyleczenia. Obejmowanie pacjentów leczeniem na jak najwcześniejszym etapie choroby zmniejsza śmiertelność wśród pacjentów, co jest szczególnie istotne w odniesieniu do osób w wieku produkcyjnym, a także ogranicza koszty społeczne oraz pozytywnie wpływa na poziom PKB. Jednocześnie w mniejszym stopniu ogranicza chorego, który wymaga rzadszych i krótszych hospitalizacji.

Profesor **Marcin Czech**, prezes Polskiego Towarzystwa Farmakoekonomicznego zaznaczył, że wcześniejsza interwencja - to korzyść nie tylko w wymiarze indywidualnym, czyli jako lepsze rokowania dla pacjenta, ale również w wymiarze makroekonomicznym. Rozpoznanie i wdrożenie terapii w początkowym stadium choroby onkologicznej, w tym zastosowanie leczenia okołooperacyjnego, jest tańsze dla systemu ochrony zdrowia. Chodzi tu również o minimalizację kosztów pośrednich, związanych z wypadnięciem osób chorych z rynku pracy.

Wiceminister **Waldemar Kraska** powiedział - „Krajowa Sieć Onkologii jest elementem Narodowej Strategii Onkologicznej, która doskonale się sprawdza. Za tym poszło ponad 5 mld złotych dodatkowych środków, żebyśmy mogli zmieniać polską onkologię, w różnych aspektach, zaczynając od sprzętu". Kolejnym etapem rozwoju sieci ma być pierwsza kwalifikacja ośrodków do KSO, który rozpocznie się 31 marca przyszłego roku. „Zależy nam, aby promować te ośrodki, które mają dobre efekty jakościowe. Chcemy też, aby terapie były na takim samym poziomie niezależnie gdzie pacjent trafi - czy to mały ośrodek czy duży akademicki" – mówił wiceminister, akcentując konieczność dalszego zwiększania dostępności opieki onkologicznej i zwalczania nierówności w zdrowiu związanych z miejscem zamieszkania pacjenta. Przeszkodą w tym są m. in. problemy kadrowe - „Na pewno nie tylko w onkologii problemy z kadrą medyczną są tym wąskim gardłem, który chcemy zlikwidować. Rozszerzamy zdecydowanie nabór studentów na wydziały lekarskie, czy też na pielęgniarstwo i ratownictwo medyczne. Zachęcamy do wybierania specjalizacji z onkologii, która jest przecież niełatwą dla przyszłego lekarza".

Adam Maciejczyk, dyrektor DCOPiH we Wrocławiu i przewodniczący Krajowej Rady ds. Onkologii mówił o procesie wprowadzania Krajowej Sieci Onkologicznej. Jednym z przełomowych momentów było powołanie zespołu do spraw wdrożenia KSO. Na razie przede wszystkim zajmuje się on monitorowaniem opieki onkologicznej i modyfikacją karty DiLO. Założenie elektronicznej karty DiLO ma być obowiązkowe, aby zapobiegać zjawisku zagubienia pacjenta w systemie i dać możliwość monitorowania ścieżek pacjentów. Dodatkowo monitoringiem zostaną też objęte konsylia wielospecjalistyczne. Wojewódzkie ośrodki będą dążyć do standaryzacji procesu diagnostyki i leczenia we wszystkich placówkach.

Dorota Czudowska, lekarka i senatorka (PiS) podkreślała, że choć nakłady na zdrowie, w tym onkologię, sukcesywnie rosną, to wciąż nie są wystarczające. Coraz częściej zdarza się, że choć fundusze są, to jest problem z dostępnością jakiegoś świadczenia z uwagi na deficyt kadrowy. Skala tego problemu może zostać za kilka lat zmniejszona dzięki zwiększeniu naboru na uczelnie medyczne. Senator **Czudowska** stwierdziła, że szansą na poprawę sytuacji kadrowej jest otwieranie wydziałów lekarskich na nowych uczelniach - "Słychać krytykę tego, że w mniejszych miastach otwierany jest kierunek lekarski, ale jest taki trend, że lekarze zostają w mieście, gdzie odbywali studia. Jest to szansa na zwiększenie dostępności świadczeń medycznych w mniejszych miejscowościach". Zwróciła również uwagę na konieczność zwiększenia nacisku na profilaktykę i edukację pacjentów na poziomie POZ, przypominając koncepcję Pól Lalonda, zgodnie z którą funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia wpływa na zdrowie człowieka jedynie w 10 proc., a największy na to wpływ ma styl życia.

O znaczeniu odpowiedniej jakości opieki nad pacjentem przez cały czas, na całej ścieżce diagnostyczno-terapeutycznej mówiła **Krystyna Wechmann**, prezes Polskiej Koalicji Pacjentów Onkologicznych. Podkreśliła, że pacjentom potrzebna jest zarówno jak najnowocześniejsza diagnostyka, w tym diagnostyka molekularna, która pozwala szybko wdrażać leczenie personalizowane, jak też rehabilitacja po zakończeniu leczenia.

Prof. **Stanisław Kłęk** (Narodowy Instytut Onkologii oddział Kraków) zauważył, że skupiając się jedynie na coraz to nowszych lekach w onkologii, zapominamy często o tak podstawowej sprawie, jak odpowiednie żywienie pacjentów. Tymczasem 30 proc. osób trafiających do szpitala jest niedożywiona. Skutkuje to powikłaniami, późniejszym powrotem do aktywności zawodowej, zwiększonym ryzykiem zgonu. Jak powiedział prof. Kłęk, chociaż pakiet onkologiczny zawiera praktycznie wszystkie sposoby terapii żywieniowej, pacjenci wciąż nie są odpowiednio zabezpieczeni pod względem żywieniowym.

Debata: **"Po 365 dniach. Jak z sukcesem kontynuować wdrożenie opieki koordynowanej"**

Uczestnicy: Małgorzata Gałązka-Sobotka, Piotr Gałecki, Maciej Karaszewski, Agnieszka Leszczyńska, Agnieszka Mastalerz-Migas, Marcin Połowniak, Tomasz Zieliński, Jakub Gierczyński (moderator)

Po roku od wdrożenia modelu opieki koordynowanej w POZ, działanie tego modelu w praktyce, pomiar jakości, planowane poszerzenie wachlarza zadań POZ – nad tymi zagadnieniami debatowano podczas Forum Ochrony Zdrowia w Karpaczu.

Wprowadzenie opieki koordynowanej w POZ umożliwia leczenie najczęstszych chorób przewlekłych bez konieczności przekazywania pacjenta do AOS. Eksperci dyskutowali o wnioskach i dalszych krokach w tym procesie oraz o tym, co wymaga jeszcze dopracowania i planach rozszerzenia działalności POZ.

Prof. **Agnieszka Mastalerz-Migas** (konsultant krajowy w dziedzinie medycyny rodzinnej, pełnomocnik ministra zdrowia do spraw wdrożenia opieki koordynowanej w POZ) przypominając założenia modelu opieki koordynowanej w POZ, podkreśliła dobre przyjęcie wprowadzonych zmian zarówno przez lekarzy, jak i pacjentów. Jej zdaniem, po roku można wdrożyć nowe zadania w ramach tego modelu opieki. W planach jest objęcie opieką kolejnych grup pacjentów: z przewlekłą chorobą nerek, w stanie przedcukrzycowym, w nadczynności tarczycy. Długofalowym celem jest zapewnienie w ramach POZ pomocy pacjentom z najczęstszymi jednostkami chorobowymi o charakterze przewlekłym. Jak zapewniała prof. **Mastalerz-Migas**, uruchomione zostaną mechanizmy wspierające kolejne placówki, które chciałyby zacząć działać według tego modelu. Pytana o największe wyzwania w dalszym rozwijaniu systemu opieki koordynowanej w POZ, prof. **Mastalerz-Migas** wymieniła: wprowadzenie w ramach profilaktyki bilansów zdrowia człowieka dorosłego, badanie efektywności pracy podmiotów wraz z odpowiednią gratyfikacją dla najlepszych, wspieranie placówek POZ w pozyskiwaniu specjalistów do współpracy, stworzenie jasnych wytycznych dotyczących przekazywania pacjenta do AOS. „Schody są przed nami, ale wolę schody niż przepaść" – podsumowała **Agnieszka Mastalerz-Migas**.

Maciej Karaszewski (zastępca dyrektora Departamentu Świadczeń Opieki Zdrowotnej w NFZ) przytaczał liczby mówiące o chęci przyjmowania modelu opieki koordynowanej przez placówki POZ - „Od 1 stycznia do 30 czerwca bieżącego roku przyrost miesięczny nowych umów wyniósł około 150". Wbrew obawom również wiele małych podmiotów (do 5 tys. pacjentów) weszło do systemu, część z nich realizuje nawet wszystkie 4 ścieżki.

Marcin Połowniak (prezes Związku Pracodawców SPOIWO, inicjator modelu Przychodni „Świat Zdrowia") na przykładzie zarządzanych przez niego placówek, w których model opieki koordynowanej obowiązuje od 2019 roku, podał liczby wskazujące na korzyści tego rozwiązania - „Na 72 tys. pacjentów chorych przewlekle, jedynie 9 tys. wymaga wizyt w AOS, reszta ma zapewnioną opiekę w ramach POZ". Największą

trudność sprawia zachęcenie pacjentów do działań profilaktycznych. „W ramach POZ powinno się wpływać na świadomość społeczną" - podkreślił. Dopracowania wymagają również zadania koordynatora w POZ, tak aby ich zakres nie sprowadzał się do obsługi rejestracji.

Tomasz Zieliński (wiceprezes Federacji Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia „Porozumienie Zielonogórskie") podkreślał, że placówki, które weszły do systemu opieki koordynowanej lepiej funkcjonują, a co najważniejsze - ich pacjenci są zadowoleni z opieki. Jego zdaniem, przeszkodami, które stoją na drodze do wejścia wielu placówek do programu opieki koordynowanej, są lokalnie występujące trudności w pozyskaniu specjalistów do współpracy oraz brak rozwiązań informatycznych.

Doktor **Małgorzata Gałązka-Sobotka** (dziekan Centrum Kształcenia Podyplomowego oraz dyrektor Instytutu Zarządzania w Ochronie Zdrowia Uczelni Łazarskiego) mówiła o pomiarze jakości w placówkach POZ, który będzie składał się z kilkunastu wskaźników pokazujących, na ile realizowane są kluczowe cele i funkcje opieki koordynowanej. Badane będą następujące obszary: opieka nad dziećmi, profilaktyka, koordynacja, liczba pacjentów poza systemem (pomimo deklaracji objęcia ich opieką przez daną placówkę). Ocena, jak podkreślała dr **Gałązka-Sobotka**, ma służyć przede wszystkim temu, aby świadczeniodawca zobaczył wyniki swojej placówki na tle innych jednostek, ponieważ mobilizuje to do działań na rzecz poprawy jakości. Doktor **Gałązka-Sobotka** zwróciła również uwagę na rolę pacjentów w motywowaniu świadczeniodawców. Budowanie świadomość wśród samych pacjentów - obecnie część nich wciąż nie wie, że jest taka oferta - może poprzez zwiększenie wywieranej presji przyczynić się do poprawy jakości, jak również doprowadzić do wejścia nowych podmiotów.

Prof. **Piotr Gałecki**, konsultant krajowy w dziedzinie psychiatrii, podkreślił konieczność objęcia leczeniem w ramach POZ zaburzeń lękowych i zaburzeń depresyjnych. Są to najczęściej spotykane problemy w obszarze zdrowia psychicznego, a przy tym jednostki chorobowe o charakterze przewlekłym i nawrotowym, co oznacza konieczność kontynuacji leczenia przez wiele lat. Psychiatrzy nie są w stanie na bieżąco konsultować wszystkich wymagających tego pacjentów, ważne jest więc odciążenie poradni zdrowia psychicznego. Chory o ustabilizowanym przebiegu choroby powinien trafiać pod opiekę POZ.

Do tematu objęcia opieką koordynowaną m.in. depresji, nawiązała w swojej wypowiedzi również **Agnieszka Leszczyńska** (prezes Angelini Pharma Polska) - „Z racji konieczności leczenia depresji przez lekarza POZ zaproponowaliśmy konkretne rozwiązanie, które usprawni diagnostykę i wybór terapii antydepresyjnej na poziomie lekarza pierwszego kontaktu. To platforma edukacyjna dla lekarzy POZ do diagnozy i leczenia depresji. Grupa LUX MED i Grupa NEUCA podjęły się udziału w programie pilotażowym wprowadzającym to narzędzie do gabinetu POZ. Wierzymy, że już od przyszłego roku będzie ono dostępne we wszystkich przychodniach."

Debata: "Zdrowie Polaków - aktualne wyzwania w dziedzinie neurologii i psychiatrii"

Uczestnicy: Piotr Gałecki, Iwona Kasprzak, Waldemar Kraska, Anna Mosiołek, Konrad Rejdak, Agata Szulc, Mariusz Gujski (moderator)

Na przestrzeni ostatnich lat, podążając za światowymi trendami, następuje w Polsce zmiana paradygmatu postrzegania pacjenta przez psychiatryczną ochronę zdrowia. Kierunkiem transformacji jest położenie akcentu na opiekę środowiskową zamiast koncentracji na poradniach zdrowia psychicznego i szpitalach psychiatrycznych.

„Ten zastany system zupełnie nie przystawał do współczesnej psychiatrii, do współczesnych problemów zdrowia psychicznego" – mówił w czasie debaty prof. **Piotr Gałecki**, konsultant krajowy w dziedzinie psychiatrii. I przypomniał - „Najnowsze badanie epidemiologiczne EZOP 2 wykazało, że na zaburzenia psychiczne choruje lub będzie chorowało 26 proc. populacji. Oznacza to, że gdyby nagle cała ta grupa chciała skorzystać z porady psychiatrycznej, byłoby to niewykonalne w żadnym systemie – ani skandynawskim, ani amerykańskim, ani kanadyjskim, ani polskim. Powstanie psychiatrii środowiskowej i centrów zdrowia psychicznego gwarantuje opiekę jednego zespołu złożonego z lekarzy psychiatrów, terapeutów, psychologów, psychoterapeutów, także pielęgniarek. Gwarantuje dostępność, w zależności od rodzaju kryzysu psychicznego, do poradni zdrowia psychicznego w zespole leczenia środowiskowego. Personel

ma prawo odwiedzać pacjenta w domu, na oddziale dziennym, oddziale całodobowym oraz w punkcie zgłoszeniowo-koordynacyjnym". Profesor **Gałecki** podkreślił, że punkty zgłoszeniowo-koordynacyjne są pewnego rodzaju nowością naszego systemu. To miejsca czynne w dni powszednie, gdzie każdy może zgłosić się bez skierowania. Z usług takich punktów mogą korzystać również bliscy osób będących w kryzysie psychicznym i uzyskać tam fachową pomoc.

Pierwsze centra powstały ponad dwa lata temu i można już obserwować efekty ich funkcjonowania. Liczba hospitalizacji psychiatrycznych zmniejszyła się tam o 30 proc., a także skróciły się kolejki w poradniach zdrowia psychicznego. Dzięki punktom zgłoszeniowo-koordynacyjnym osoby w sytuacjach nagłego kryzysu otrzymują pomoc niemal natychmiast. „Zgodnie z ostatnim rozporządzeniem Ministra Zdrowia mamy zielone światło dla utworzenia 129 centrów zdrowia psychicznego w Polsce, a ponad 80 już działa" – mówił profesor **Gałecki**. – „Niestety, nie w każdym rejonie Polski jesteśmy w stanie stworzyć takie centrum, gdzie byłby oddział całodobowy i dlatego powstała koncepcja centrum zdrowia psychicznego typu B – bez szpitala psychiatrycznego".

W kwestii psychiatrii dzieci i młodzieży pierwszy, najważniejszy poziom referencyjny jest zupełną nowością. Są to poradnie psychologiczno-pedagogiczne, które zaopatrują 70-80 proc. osób poniżej 18. roku życia będących w kryzysie zdrowia psychicznego. Drugim poziomem referencyjnym są poradnie zdrowia psychicznego. Trzecim – szpital, który powinien być ostatecznością. Natomiast istotnym problemem jest brak dostatecznej informacji i promocji tych rozwiązań, ponieważ już przy niewielkich problemach szkolnych rodzice często szukają pierwszej porady u lekarza psychiatry, co w wielu przypadkach nie jest konieczne - powinni bowiem trafić do placówki pierwszego poziomu referencyjnego.

„Lekarzy psychiatrów mamy za mało, a nie zawsze są potrzebni na pierwszym etapie i myślę, że opieka środowiskowa doskonale się sprawdza w przypadku osób dorosłych, ale także dzieci i młodzieży, szczególnie że odbywa się to bez skierowania" – potwierdził wiceminister **Waldemar Kraska**. – „Stygmatyzacja dziecka, świadomość, że było u psychiatry i coś złego się z nim dzieje, niestety długo zostaje z młodym człowiekiem, podczas gdy wizyty u psychologa czy psychoterapeuty mogą rozwiązać wiele problemów, a jednocześnie jest to mniejsza bariera dla rodziców". Wiceminister dodał, że powstał międzyresortowy zespół koordynacyjny, aby m.in. poprawić przepływ informacji między poszczególnymi ośrodkami, aby opieka nad młodym pacjentem stała się wielowymiarowa.

Profesor **Anna Mosiołek**, dyrektor Instytutu Psychiatrii i Neurologii, wskazała na trwający od wielu lat problem ustawy o ochronie zdrowia psychicznego. Nadal obowiązują stare zapisy z 1994 roku - „Choroba psychiczna jest określona w taki sposób, że muszą wystąpić zaburzenia psychotyczne. To rodzi wiele nieporozumień i problemów na styku medycyny i prawa, ponieważ przyjęcie pacjenta do szpitala psychiatrycznego bez zgody jest ograniczeniem jego wolności, co podlega kontroli sądu. Niedokładne są zapisy dotyczące przyjęcia na obserwację stanu psychicznego z Art. 24. Jeśli okaże się, że pacjent jest

chory, wówczas zgodnie z ustawą należy go wypisać. A nie powinniśmy tego robić. W praktyce, jeśli ktoś wypada z leczenia, staramy się, aby je otrzymał, ale potrzebujemy nowelizacji tej ustawy. To dla nas bardzo ważne". Profesor **Anna Mosiołek** zaapelowała również, aby oprócz leczenia esketaminą do koszyka świadczeń gwarantowanych weszła procedura przezczaszkowej stymulacji magnetycznej, bardzo oczekiwana przez środowisko lekarzy psychiatrów.

Polska psychiatria doczekała się pierwszego programu lekowego dla pacjentów z depresją lekooporną. **Iwona Kasprzak** z Narodowego Funduszu Zdrowia powiedziała, że trwa kontraktowanie umów w zakresie prowadzenia tego programu. „Konieczna była drobna korekta zarządzenia w zakresie wymagań co do ośrodków, które będą mogły program realizować. Zależało nam bardzo, żeby były to ośrodki specjalistyczne, centra zdrowia psychicznego, które prowadzą kompleksowe leczenie pacjentów z depresją. Obecnie psychiatryczne ośrodki specjalistyczne nie mają doświadczeń w prowadzeniu programu lekowego, więc mierzymy się z wieloma pytaniami, na które na bieżąco odpowiadamy" – tłumaczyła **Iwona Kasprzak**. Dodała też, że NFZ chce wspierać uzupełnianie rejestru SMPT w zakresie danych koniecznych do oceny skuteczności terapii. Natomiast nie ma dobrych wiadomości dla prywatnych ośrodków, ubiegających się o możliwość leczenia esketaminą w ramach programu lekowego. Takie rozwiązania nie są obecnie rozważane.

Profesor **Agnieszka Szulc** z Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego przychyliła się do opinii, że w psychiatrii obserwowane jest pewne przyspieszenie i przyznała, że wieloletnie wysiłki edukacyjne zaczynają przynosić efekty - „Jeśli będziemy kontynuować reformę, hospitalizacje będą coraz mniej potrzebne. W mniejszych szpitalach łatwiej będzie można poprawić infrastrukturę, aby była przyjazna i dawała poczucie bezpieczeństwa. Pacjenci często boją się słabych warunków, przebywania na salach z osobami ciężko chorymi". Wątek złego, a niekiedy dramatycznego stanu infrastruktury szpitali psychiatrycznych niejednokrotnie wracał w wypowiedziach uczestników debaty.

W neurologii wydarzyło się znacznie więcej niż w psychiatrii, choć analogii jest bardzo dużo. „U nas programy lekowe w ostatnim czasie bardzo się rozwinęły" – mówił profesor **Konrad Rejdak**, prezes Polskiego Towarzystwa Neurologicznego, kierownik Kliniki Neurologii UM w Lublinie. – „Mamy trzy rewolucyjne leki, które mogą uzdrawiać wybranych pacjentów albo całkowicie zmieniać przebieg niektórych chorób. Lista jest długa: stwardnienie rozsiane, padaczka, rdzeniowy zanik mięśni, leczenie udarów, migreny i inne. Wpisanie neurologii na listę dziedzin priorytetowych - to świetny ruch i bardzo dobra inwestycja. Efekty zobaczymy za parę lat. Walczyliśmy o to bardzo długo i wspaniale, że właśnie w tym roku się to udało. W kwestii zmian systemowych – działamy. Powstała rada do spraw neurologii, w ramach której stworzyliśmy wiele dokumentów, zapisów, wniosków. Chcielibyśmy, aby zostały one wdrożone. Słyszeliśmy o sytuacji oddziałów psychiatrycznych. Oddziały neurologiczne wcale nie są w lepszej kondycji. Niestety, jeżeli padną, to sytuacja zrobi się dramatyczna, a takie rzeczy już się dzieją".

Profesor **Rejdak** podkreślał, że problem nie tkwi w liczbie lekarzy neurologów, ponieważ mieścimy się w średniej europejskiej, ale w ich ucieczce z systemu publicznego. Obecnie około 3 tys. neurologów pracuje w sektorze publicznym, a jedna trzecia z nich jest w wieku emerytalnym. Tymczasem muszą podejmować się nocnych dyżurów, często w bardzo trudnych warunkach.

„Dużo dobrego wydarzyło się w kwestii dostępności do nowoczesnych terapii w Polsce, ale pewne sfery stale wymagają rozbudowania i wzmocnienia. Na jednym z pierwszych miejsc jest objaw spastyczności występujący w wielu stanach chorobowych. Mamy aktualnie dostęp do terapii po udarze. Jest to klasyczne wskazanie, gdzie ta spastyczność się rozwija. Bardzo czekamy na decyzję, jest to paląca sprawa w neurologii. Chcielibyśmy sprawić, aby ci pacjenci nie trafiali do szpitali z powodu nasilenia objawów, a tym samym nie przeładowywali systemu, który jest w trudnej sytuacji" - dodał prof. **Rejdak**.

Debata: **"Wczoraj, dziś i jutro. Wyzwania psychiatrii wieku rozwojowego w Polsce"**

Uczestnicy: Piotr Gałecki, Małgorzata Gałązka-Sobotka, Małgorzata Janas-Kozik, Waldemar Kraska, Aleksandra Lewandowska, Marzena Machałek, Jakub Gierczyński (moderator)

W ciągu ostatnich 8 lat finansowanie reformy psychiatrii dzieci i młodzieży wzrosło ze 170 mln do 1,056 mld złotych. Wprawdzie sposób wykorzystania tych środków budzi wiele zastrzeżeń, jednak nowe placówki powstają i przyjmują coraz więcej pacjentów. Powoli zaczyna się inwestować również w infrastrukturę. W bieżącym roku na modernizację placówek psychiatrycznych zostało przeznaczone 80 mln złotych.

Minister **Waldemar Kraska** podkreślał, że celem zmian było dotarcie do jak największej liczby osób potrzebujących pomocy. – „Poziom środowiskowy to miejsce, gdzie nie ma psychiatry, ale jest psycholog i psychoterapeuta. W przestrzeni medialnej wybrzmiewa, że psychiatrów dziecięcych jest za mało i są bardzo duże kolejki, ale pomoc ta nie zawsze jest potrzebna od razu. Wielokrotnie psycholog lub psychoterapeuta doskonale poradzi sobie w oddziale, w danym środowisku". Przyznał również, że zabrakło skutecznej komunikacji o tym, że takie miejsca istnieją i zobowiązał się do zintensyfikowania działań informacyjnych.

Nowy model reformy psychiatrii dzieci i młodzieży zakłada trzy poziomy referencyjne. Pierwszy stanowią środowiskowe ośrodki psychologiczno-psychoterapeutyczne, gdzie bez skierowania może zgłosić się rodzic bądź opiekun z dzieckiem w kryzysie psychicznym lub trudnościami budzącymi niepokój. W Polsce funkcjonują 403 takie placówki. Drugi poziom referencyjny - to opieka ambulatoryjna, czyli centra zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży. Jak dotąd działa 136 poradni wpisujących się w nowy model opieki. Natomiast poziom całodobowej opieki wysokospecjalistycznej stanowi najmniej liczny, ostatni poziom referencyjny.

„Reforma nie zakłada zwiększenia liczby oddziałów całodobowych, których jest obecnie 34, natomiast chcieliśmy, aby do opieki nad dzieckiem i jego rodziną był równy dostęp na terenie całego kraju" – mówiła prof. **Małgorzata Janas-Kozik**, pełnomocnik do spraw reformy psychiatrii dzieci i młodzieży, kierownik Katedry Psychiatrii i Psychoterapii Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach. – „Odwróciliśmy piramidę, co spowodowało powołanie nowych struktur środowiskowych. Drugi poziom referencyjny - to poradnie zdrowia psychicznego i oddziały dzienne, które istniały już wcześniej, ale była olbrzymia dysproporcja w ich rozmieszczeniu i ilości. Dopiero szczytem piramidy jest oddział całodobowy. Pierwsze doświadczenia zweryfikowały nasze założenia teoretyczne i powstał typ A i typ B ośrodków, gdzie były równoważniki dwóch etatów lub czterech etatów, bo dostęp do innych zawodów medycznych w ochronie

zdrowia jest różny - inaczej wygląda to w powiecie na Mazurach, a inaczej na przykład w Łodzi. To samo dotyczy drugiego poziomu referencyjnego. Powstały dwa rodzaje placówek, gdzie były same poradnie zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży, bądź poradnie i oddziały dzienne".

Profesor **Małgorzata Janas-Kozik** wspomniała również o kształceniu kadr medycznych. Sześć ośrodków na terenie całego kraju w ramach studiów podyplomowych wykształciło już około tysiąca osób w specjalizacjach: psychoterapeuta dzieci i młodzieży, specjalista z psychologii klinicznej dzieci i młodzieży oraz w nowym zawodzie medycznym – terapeuta środowiskowy dzieci i młodzieży.

W latach 2019–2022 odnotowano wzrost liczby pacjentów psychiatrycznych w wielu 13-18 lat o 168 proc., a dzieci poniżej 13. roku życia przybyło o 87 proc. Te alarmujące dane podała dr **Aleksandra Lewandowska**, konsultant krajowa w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży – „Gdyby nie był wdrażany nowy model opieki, groziłaby nam katastrofa. Przez przeciążony system, kilkunastoletnie zaniedbania pogłębione przez pandemię nie bylibyśmy w stanie przyjąć tych pacjentów. Tak naprawdę nie mieliśmy czasu na pilotaż, bo potrzeby były tak ogromne. Pierwsze ośrodki opieki środowiskowej zaczęły funkcjonować w bardzo trudnym czasie pierwszego i drugiego lockdownu."

Aleksandra Lewandowska podkreślała też konieczność odpowiedniej kampanii społecznej.70 proc. dzieci i młodzieży w kryzysie psychicznym wymaga opieki jedynie na pierwszym poziomie referencyjnym. Ważną kwestią jest udział innych osób i instytucji w opiece nad pacjentem, a także rozwijanie profilaktyki, ponieważ młodzi ludzie apelują o wsparcie w postaci narzędzi do wzmacniania kompetencji społecznych, komunikacji, radzenia sobie z emocjami.

Marzena Machałek, wiceminister edukacji i nauki podała, że 18 proc. dzieci do 6. roku życia przeżywa problemy rozwojowe, 9 proc. dzieci i młodzieży ma zaburzenia psychiczne wymagające wsparcia specjalistycznego a 23 proc. młodzieży w wieku późnego dorastania doświadcza zaburzeń psychicznych, czego skutkiem jest ponad 2 tys. prób samobójczych rocznie. „Jeżeli dziecko przeżywa trudności, to znaczy że rodzina też ma problemy i jeżeli odizolujemy je w szpitalu, to i tak wraca ono do tego samego środowiska, dlatego musimy zbudować właściwie reagujący system edukacji. Dzięki dodatkowej subwencji 1,87 mld złotych w ostatnim roku szkolnym do szkół trafiło o 100 proc. więcej specjalistów, w tym 80 proc. psychologów. Wreszcie mamy w przedszkolach licencjonowanych specjalistów. Psychoedukacja to często działanie pierwszo-pomocowe, aby dziecko czy młodego człowieka uchronić przed dramatycznym wołaniem o pomoc, jakim jest próba samobójcza. Otworzyliśmy też kierunki studiów podyplomowych. Specjaliści mają wspierać również nauczycieli, aby nie byli bezradni wobec problemów, z którymi się stykają na co dzień w szkołach. Działają studia studia podyplomowe dla psychologów z uprawnieniami pedagogicznymi" - mówiła wiceminister **Machałek**. Wspomniała też o nowym zawodzie – pedagogu specjalnym w szkole ogólnodostępnej. Powstały też studia podyplomowe dla specjalistów zajmujących się wsparciem dzieci z problemami komunikacji – niesłyszących i niedowidzących.

„Jeśli będzie dobrze działała profilaktyka, opieka psychologiczna, psychoterapeutyczna i psychiatria dzieci i młodzieży, może się okazać, że taka osoba nie będzie już pacjentem psychiatrii dorosłych" – mówił prof. **Piotr Gałecki**, konsultant krajowy w dziedzinie psychiatrii, kierownik Kliniki Psychiatrii Dorosłych Uniwersytetu Medycznego w Łodzi. - „Gdy pojawiają się kryzysy psychiczne, które są objawem poważnych zaburzeń psychicznych, to po ukończeniu 18 lat problem nie znika, ale mamy pacjenta zaopiekowanego, a jego rodzina przygotowana jest do tego kryzysu. Świadomość choroby jest bardzo ważna, bo wiemy że psychiatria jest dziedziną medycyny, gdzie często wgląd chorobowy jest znacznie mniejszy. Jeśli mamy dostępną opiekę psychiatryczną w miejscu zamieszkania dzieci i młodzieży oraz jeśli będą funkcjonowały centra zdrowia psychicznego dla osób dorosłych, to pacjent ma kontynuację terapii i nie dochodzi do pewnych problemów, włącznie z traumą z rediagnozy". Profesor **Piotr Gałecki** dodał, że w Polsce dostępne są wszystkie nowoczesne leki stosowane w psychiatrii na świecie.

„W chorobie afektywnej dwubiegunowej mija średnio kilkanaście lat, jeśli chodzi o populację rozwojową, od pierwszych objawów do postawienia prawidłowej diagnozy, a tym samym prawidłowego leczenia" – mówiła profesor **Małgorzata Janas-Kozik**. – „Dzieje się to z powodu współchorobowości. Mówimy o pewnych zaburzeniach neurorozwojowych, które nie mijają w wieku 18 lat, ale gama objawów klinicznych się zmienia, na przykład w spektrum autyzmu, w zespole nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi, w zaburzeniach komunikacji, mimowolnych, deficytach fragmentarycznych. W przypadku zaburzenia dwubiegunowego u dzieci i młodzieży, 70 proc. zmian funkcjonowania zaczyna się od objawów depresyjnych, ale nie tak typowych jak u dorosłych. Mogą to być zaburzenia rytmu snu, zaburzenia

łaknienia, ale też drażliwość. Głównie należy zwrócić uwagę na wywiad rodzinny, bo wszystkie te choroby mają obciążenie biologiczne". Profesor zapowiedziała, że środowisko będzie ubiegać się o refundację nowoczesnej terapii lurazydonem w zaburzeniu dwubiegunowym okresu rozwojowego, który w Polsce jest obecnie dostępny jedynie w leczeniu schizofrenii.

„Jestem naprawdę zbudowana tym, że ta reforma jest od samego początku budowana na filarach koncepcji Value Based Healthcare" – powiedziała dr **Małgorzata Gałązka-Sobotka**, dziekan Centrum Kształcenia Podyplomowego oraz dyrektor Instytutu Zarządzania w Ochronie Zdrowia Uczelni Łazarskiego. – „Mówimy o międzysektorowej koordynacji i integracji działań. Myślę, że właśnie ten model współpracy od samego początku został tu zastosowany i przynosi rezultaty. Każda ze stron ma świadomość, że nie zrobi tego sama, że musi się otworzyć, przełamać pewne schematy silosowego myślenia i działania. Reforma psychiatrii dziecięcej jest jednym z najlepszych przykładów kontekstowego podejścia do zmiany, która ma nam przynieść nie tylko poprawę wyników, ale i doświadczeń pacjenta, rodziny opiekunów, samych świadczeniodawców, profesjonalistów, a także poprawić również efektywność ekonomiczną. Bardzo zachęcam, aby usiąść i zastanowić się, jak pomóc samorządom w przeciwdziałaniu kryzysom psychicznym, bo sama medykalizacja nie jest najlepszym rozwiązaniem. Powinniśmy zrobić wszystko, aby zatrzymać tsunami zapadalności rozwoju tych zaburzeń i to jest na pewno zapewne projekt na kolejne lata".

Debata: **"Zdrowie Publiczne - profilaktyka, edukacja zdrowotna, longevity"**

Uczestnicy: Małgorzata Gałązka-Sobotka, Waldemar Kraska, Jarosław Pinkas, Alina Pszczółkowska, Sławomir Szymankiewicz, Marek Tombarkiewicz, Aleksandra Kurowska (moderatorka)

Podstawę zdrowia publicznego stanowi profilaktyka. Kształtowanie zdrowia publicznego - to kwestia odpowiedzialności społecznej i zadanie dla wielu podmiotów, począwszy od rządu, resortów zdrowia i edukacji, poprzez samorządy terytorialne i firmy farmaceutyczne aż po obywateli. Aby społeczeństwo umiało przyjąć tę odpowiedzialność, musi być do tego przygotowywane. Im wcześniej, tym lepsze będą efekty.

„Myślenie i mówienie o profilaktyce powinno się rozpoczynać już od najmłodszych lat, inaczej zdążą się utrwalić złe nawyki" - zauważył wiceminister **Waldemar Kraska**. Zwrócił uwagę na potrzebę zwiększenia roli medycyny pracy, o czym dyskusje trwają od wielu lat, ale istotnych zmian nie możemy się doczekać. Według **Małgorzaty Gałązki-Sobotki** (Uczelnia Łazarskiego), zdrowie publiczne wykracza poza kompetencje ministra zdrowia - „Szkoła to miejsce, gdzie idealnie widać, jak ważne jest współdziałanie wielu resortów, samorządu terytorialnego, poziomu centralnego, aby udało się osiągnąć zasadniczy cel, czyli poprawić kondycję zdrowotną społeczeństwa. Zdrowie dzieci i młodzieży powinno być w centrum zainteresowania. Jeżeli oni będą żyli w zdrowiu, to wszyscy będziemy wygranymi". Zachowanie zdrowia jest najważniejsze, dlatego zdrowie publiczne powinno być priorytetem państwa - podkreśliła dr **Gałązka-Sobotka**.

Jak wobec tego trafić do młodych ludzi z edukacją zdrowotną? - „Autorytetem dla nich nie są lekarze i pielęgniarki, ale influencerzy z mediów społecznościowych" – stwierdził **Jarosław Pinkas**, dyrektor Szkoły Zdrowia Publicznego CMKP. - „Może więc przez nich warto przekazywać prozdrowotne treści?" Prof. **Pinkas** namawiał do korzystania z nowoczesnych narzędzi komunikacyjnych, wychodzenia naprzeciw stylowi życia młodych ludzi, a do tego potrzebne jest współdziałanie, wymiana informacji, oddolne metody budowania wiarygodnego przekazu. Stwierdził, że mimo najlepszych chęci, czasami próby komunikacji z młodzieżą - na przykład o szkodliwości palenia, w tym e-papierosów - nie przynoszą sukcesu. " Kampanie społeczne to jedno, ale w kształtowaniu zdrowych postaw młodych ludzi, zwłaszcza w odniesieniu do palenia, niezdrowej żywności czy napojów energetycznych bardzo ważna jest rola rodziny.

Profilaktyka, choć najbardziej efektywna w grupie dzieci i młodzieży, nie może się jednak na niej kończyć. Działania Ministerstwa Zdrowia nakierowane są też na medycynę pracy oraz na seniorów, dla których powstaną centra 75+, gdzie osoby w wieku podeszłym będą objęte kompleksową opieką. Czy tę grupę również można edukować prozdrowotnie? Zdaniem **Marka Tombarkiewicza**, dyrektora Narodowego Instytutu Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji - jak najbardziej. Będzie to zadanie edukatorów w centrach opieki geriatrycznej, które mają być tworzone na mocy nowej ustawy. Szans na to można też upatrywać w rozwoju opieki farmaceutycznej, tak aby wykorzystać potencjał kadrowy farmaceutów, zwłaszcza do weryfikacji leków OTC i suplementów diety przyjmowanych przez seniorów, często w nadmiernych ilościach pod wpływem intensywnej reklamy. Jak podkreślił, potrzeba zwiększania świadomości społecznej w kwestiach zdrowia publicznego dotyczy również osób starszych i do nich także potrzebne są kampanie informacyjne.

„Istnieje społeczna odpowiedzialność za profilaktykę zdrowotną, w co włączony musi być również biznes farmaceutyczny, będący częścią systemu ochrony zdrowia" – zauważyła **Alina Pszczółkowska** (Astra Zeneca). Profilaktyka i programy zdrowotne, na przykład w obszarze zdrowia psychicznego, mogą przynosić bardzo dużo korzyści we wszystkich grupach społecznych, a zwłaszcza wśród młodzieży i seniorów. Zgodził się z nią **Sławomir Szymankiewicz** (Haleon) - „Rola biznesu - to m.in. włączenie się w edukację. Dostarczanie leków to za mało. Ludzie muszą wiedzieć, jak je stosować, ale też, kiedy nie stosować ich samodzielnie i zwrócić się do lekarza. Wsparciem systemu jest też propagowanie zdrowego stylu życia." Przedstawiciele przemysłu zwrócili uwagę na potrzebę edukacji dotyczącej badań klinicznych, ale także odpowiedzialnej farmakoterapii zwłaszcza przez osoby, które cierpią z powodu wielochorobowości. Mówili o optymalizacji leczenia, które zaczyna się od skutecznej, szybkiej diagnostyki, dzięki której terapię można rozpoczynać możliwie jak wcześniej.

"Choroby rzadkie: systemowe rozwiązania i ich realizacja"

Uczestnicy: Anna Latos-Bieleńska, Marcin Czech, Agnieszka Grzybowska-Zalewska, Stanisław Maćkowiak, Maciej Miłkowski, Mieczysław Walczak, Michał Nowicki, Robert Śmigiel, Krzysztof Jakubiak (moderator)

Na widoczne zmiany w opiece, pacjenci z chorobami rzadkimi muszą jeszcze poczekać. Bariera ekonomiczna w farmakoterapii chorób rzadkich jest trudna do pokonania, ale w ostatnich latach przybywa refundowanych leków dla pacjentów nimi dotkniętych. Mocną stroną w polskim systemie ochrony zdrowia jest program badań przesiewowych noworodków. Wciąż natomiast brakuje sieci ośrodków wiodących i rejestrów - dane nt. pacjentów z chorobami rzadkimi nie są systemowo gromadzone. Trwa wdrażanie Planu dla Chorób Rzadkich, który ma rozwiązać te najważniejsze problemy.

W czasie debaty na temat systemowych rozwiązań w opiece nad pacjentami dotkniętymi chorobami rzadkimi eksperci rozmówcy skupili się na obecnie wdrażanych w życie elementach Planu dla Chorób Rzadkich.

Wiceminister **Maciej Miłkowski** podkreślił - „Jesteśmy na półmetku wykonania Planu dla Chorób Rzadkich". Mówiąc o już działających rozwiązaniach dotyczących chorób rzadkich, wiceminister zwrócił uwagę na to, że w Polsce działa jeden z najlepszych programów przesiewowych na świecie. Jego zdaniem, na tej bazie mogłyby powstać ogólnoeuropejskie rozwiązania. Odniósł się również do przyszłych rozwiązań w zakresie terapii lekowych pacjentów dotkniętych chorobami rzadkimi. -„Naszym zadaniem jest umożliwienie leczenia pacjenta z niektórymi schorzeniami rzadkimi blisko domu lub w domu pod nadzorem ośrodka referencyjnego".

Prof. **Marcin Czech** (prezes Polskiego Towarzystwa Farmakoekonomicznego) podkreślał, że nie ma na świecie systemu ochrony zdrowia, w którym nie istniałaby bariera ekonomiczna dla leków sierocych, gdyż są to najczęściej bardzo drogie terapie. Rozważając kwestię refundacji, państwa kierują się albo jedynie progiem opłacalności, albo tworzą odrębne kryteria dla leków stosowanych w chorobach rzadkich. W Polsce funkcjonują dwie podstawowe ścieżki uzyskiwania ich refundacji. Typowa opiera się na progu opłacalności, ale nawet jeżeli jest on przekroczony, możliwe są pozytywne decyzje refundacyjne. Druga ścieżka związana jest z Funduszem Medycznym i zawiera pięć kryteriów oceny. Odchodzimy od warunku kosztowej efektywności w kierunku modelu, w którym zwraca się uwagę na inne aspekty przy podejmowaniu decyzji, m.in. używając przy tym instrumentów dzielenia ryzyka.

Prof. **Czech** podkreślał, że na choroby rzadkie nie należy patrzeć przez pryzmat chorób występujących częściej. Wskazywał na pozytywne zmiany w tym obszarze, jakie zaszły w ciągu ostatnich kilku lat, m.in. wzorcowy program przesiewowy noworodków i coraz większe możliwości farmakoterapii w przypadku niektórych chorób, np. mukowiscydozy czy SMA.

Prof. **Anna Latos-Bieleńska** (krajowa konsultant w dziedzinie genetyki klinicznej) mówiąc o wprowadzaniu w życie założeń Planu dla Chorób Rzadkich, zaznaczyła, że na razie pacjenci jeszcze nie odczuwają efektów tych prac. Elementem, który zacznie funkcjonować jako pierwszy, będzie platforma informacyjna, służąca nie tylko pacjentom i ich rodzinom, ale również lekarzom. Na bieżąco powoływane są kolejne ośrodki eksperckie, natomiast usprawnienia w zakresie diagnostyki planowane są na przyszły rok. Profesor **Latos-Bieleńska** podkreśliła, że konieczne jest uchwalenie ustawy o testach genetycznych.

Stanisław Maćkowiak (prezes Krajowego Forum ORPHAN) zwracał uwagę na ograniczenia w Planie dla Chorób Rzadkich, a mianowicie to, że skupia się na kwestiach medycznych. Tymczasem nacisk powinien być położony na holistyczną opiekę nad pacjentem, a w planach leczenia powinna być uwzględniana np. rehabilitacja. W kompleksowym wsparciu chorych należy również zwracać uwagę na ich bliskich, których skutki choroby dotykają w sposób pośredni, na przykład narażając na utratę pracy i związane z tym problemy finansowe. Podkreślił także bardzo duże znaczenie edukacji społecznej w dziedzinie chorób rzadkich.

Agnieszka Grzybowska-Zalewska (prezes zarządu INFARMA oraz prezes Sanofi Polska) przypomniała, że jednym z filarów Planu dla Chorób Rzadkich jest zwiększenie dostępności nowoczesnych metod diagnostycznych - „Moim marzeniem zawodowym są badania przesiewowe wśród noworodków pod kątem chorób rzadkich, tzw. *new born screening*. Nie po to, żeby od razu stosować leczenie, ale żeby obserwować pacjenta od narodzin. Bo jeżeli zaczynamy leczyć chorego we właściwym momencie, to ten efekt jest lepszy, co oznacza, że pieniądze są efektywniej wydawane". Odniosła się również do refundacji leczenia w chorobach rzadkich - „Fundusz Medyczny w odniesieniu do chorób rzadkich się sprawdza, aczkolwiek jego minusem jest to, że jest ograniczony do tych najbardziej innowacyjnych cząsteczek". Jak zaznaczyła, nowa cząsteczka musi być nie tylko innowacyjna, ale również stanowić odpowiedź na niezaspokojoną

potrzebę medyczną i zostać zgłoszona w krótkim czasie od daty zarejestrowania. To zdecydowanie zawęża liczbę cząsteczek, które mają szansę na objęcie refundacją w ramach Funduszu Medycznego. Jednak mimo to ich liczba systematycznie rośnie. „Natomiast jest jeszcze ten zbiór pośrodku, czyli tych cząsteczek, które nie są refundowane, a nie są na tyle innowacyjne, by znaleźć się na tej liście" – zwracała uwagę prezes **Grzybowska-Zalewska** i dodała - „Fundusz Medyczny dla tych bardzo innowacyjnych cząsteczek jest dobrym rozwiązaniem, natomiast musimy ciągle szukać rozwiązań dla tej całej reszty".

Prof. **Robert Śmigiel** (kierownik Katedry Pediatrii oraz Zakładu Propedeutyki Pediatrii i Chorób Rzadkich UM we Wrocławiu) odnosząc się do wątku badań przesiewowych dodał, że można dalej poszerzać ich zakres, w tym również o choroby, które na dzień dzisiejszy nie mają dedykowanego żadnego leczenia. Wówczas celem terapii jest spowolnienie rozwoju choroby, unikanie powikłań oraz poprawienie jakości życia pacjenta, np. poprzez odpowiednio wcześnie włączoną rehabilitację. Celem badań przesiewowych jest ponadto uniknięcie późniejszej, często inwazyjnej diagnostyki.

Prof. **Mieczysław Walczak** (konsultant krajowy w dziedzinie endokrynologii i diabetologii dziecięcej) przypomniał, że dane o chorobach rzadkich w Polsce są wciąż szczątkowe. Wynika to z braku prawnego obowiązku zgłaszania do rejestru każdego rozpoznania z zakresu chorób rzadkich przez lekarzy. Jak podkreślił, rozwój rejestrów i systemu analizy danych jest warunkiem efektywnej opieki.

Prof. **Karina Jahnz-Różyk**, krajowa konsultant w dziedzinie alergologii zauważyła, że w dyskusjach zapomina się o tym, że część chorób rzadkich jest rozpoznawana dopiero w dorosłości. W części przypadków wynika to po prostu z późniejszego rozwoju danej choroby. Niestety, późne rozpoznania wynikają również ze zbyt długiej diagnostyki - nie połączenia pewnej grupy objawów z daną jednostką chorobową. Wynika to ze specyfiki chorób rzadkich. Z większością z nich nawet w zakresie własnej specjalizacji wielu lekarzy nie spotka się przez całe życie zawodowe. Zdaniem profesor **Jahnz-Różyk**, wykrywalność można zwiększyć, prowadząc edukację czynnych zawodowo lekarzy w tym obszarze. Być może z czasem z pomocą przyjdzie tu także sztuczna inteligencja.

Prof. **Michał Nowicki** (kierownik Kliniki Nefrologii, Hipertensjologii i Transplantologii Nerek UM w Łodzi) zaprosił wszystkich ekspertów, zainteresowanych tematyką chorób rzadkich, do przyłączenia się do działań tworzonego Polskiego Towarzystwa Chorób Rzadkich (PTChRz). Towarzystwo ma się stać pomostem pomiędzy profesjonalistami a pacjentami i ich bliskimi.

"Okrągły stół dla chorób rzadkich"

Uczestnicy: Jakub Adamski, Sylwia Bakuła, Małgorzata Bogusz, Piotr Czauderna, Barbara Dziuk, Jacek Grzybowski, Karina Jahnz-Różyk, Dominika Janiszewska-Kajka, Iwona Kasprzak, Dorota Korycińska, Aleksander Kwieciński, Anna Latos-Bieleńska, Zofia Lisiecka, Stanisław Maćkowiak, Marcin Martyniak, Mateusz Oczkowski, Marcin Pieklak, Jolanta Sykut-Cegielska, Roman Topór -Mądry, Mieczysław Walczak, Paweł Wójtowicz, Jakub Gierczyński (moderator)

Jakie są potrzeby pacjentów dotkniętych chorobami rzadkimi? Czy wysokie koszty innowacyjnych terapii w konsekwencji prowadzą do mniejszych wydatków na opiekę nad chorymi? Czy organizacje pacjenckie mogą wpłynąć na ceny leków? Sukcesy i wyzwania w zakresie optymalizacji opieki nad pacjentami z chorobami rzadkimi były tematem rozmów przy Okrągłym Stole dla Chorób Rzadkich.

Na początku dyskusji dr **Jakub Gierczyński** przedstawił raport z III Audytu Krajowego Forum ORPHAN. Mówi on o potrzebach osób cierpiących na choroby rzadkie w zakresie dostępu do technologii medycznych i optymalizacji opieki medycznej. W audycie przeprowadzonym w lipcu i sierpniu 2023 roku przez Krajowe Forum ORPHAN wzięło udział 56 organizacji pacjentów z chorobami rzadkimi. 9 z nich potwierdziło poprawę sytuacji osób chorych wraz z wprowadzeniem w życie Funduszu Medycznego. 40 proc. uważa, że poprawa nastąpiła w ostatnim roku. Jednak 60 proc. ankietowanych stwierdziło, że w ostatnim czasie nie odczuli żadnej zmiany na plus. Większość organizacji wskazała na konieczność zapewnienia pacjentom z chorobami rzadkimi kompleksowej opieki koordynowanej. Pilne jest również stworzenie rejestrów chorób rzadkich. Ważną kwestią jest informacja - aby np. lekarz POZ wiedział, gdzie funkcjonują poszczególne ośrodki eksperckie. 87 proc. badanych organizacji zgłosiło potrzebę rozszerzenia dostępu do diagnostyki. Zwiększenie dostępności poprzez poprawę refundacji technologii lekowych postuluje 77 proc. organizacji pacjenckich.

Prof. **Anna Latos-Bieleńska**, przewodnicząca Rady ds. Chorób Rzadkich tłumaczyła, że pacjenci odczują poprawę sytuacji w momencie, kiedy wszystkie zapisy Planu dla Chorób Rzadkich zostaną zrealizowane. Będzie to miało miejsce pod koniec 2024 roku. Obecnie prace skupione są na poszerzeniu koszyka świadczeń gwarantowanych w diagnostyce, powołaniu i sfinansowaniu ośrodków eksperckich, utworzeniu Polskiego Rejestru Chorób Rzadkich i opracowaniu Karty Pacjenta z Chorobą Rzadką. Największym wyzwaniem jest dziś - jej zdaniem - nowoczesna diagnostyka. Potrzebujemy nie tylko poszerzenia koszyka refundowanych świadczeń, ale także udostępnienia możliwości wykonywania badań większej liczbie jednostek. Kolejna certyfikacja laboratoriów genetycznych zakończy się w 2023 roku. Niemal zakończone są prace nad rekomendacjami dotyczącymi diagnostyki genetycznej chorób rzadkich. Z kolei wiosną 2024 roku odbędzie się pierwszy egzamin specjalizacyjny z medycyny laboratoryjnej. Prof. **Latos-Bieleńska** ubolewała natomiast nad tym, że genetyka kliniczna nie ma statusu specjalizacji priorytetowej - „Genetyków klinicznych czynnych zawodowo jest około 140. Proszę Państwa, to jaka inna specjalizacja powinna być priorytetowa, jak nie genetyka?”

Prof. **Mieczysław Walczak** (konsultant krajowy w dziedzinie endokrynologii i diabetologii dziecięcej) zauważył, że proces prowadzący do otrzymania diagnozy trwa nadal zbyt długo. Pomóc tu może m.in. uruchomienie platformy informacyjnej i wprowadzenie rejestrów chorób rzadkich. Platforma ma zacząć funkcjonować jeszcze w tym roku. Największa poprawa, zdaniem prof. **Walczaka** nastąpiła, jeżeli chodzi o liczbę leków refundowanych. Dzięki temu coraz więcej pacjentów może otrzymać nowoczesne terapie m.in. w ramach programów lekowych. To jednak również wymaga poprawy - „W wielu przypadkach powinny być zmienione zapisy programowe w sposób umożliwiający większą elastyczność wprowadzania pacjentów do leczenia”.

Roman Topór-Mądry, prezes AOTMiT z optymizmem mówił o coraz to nowych możliwościach farmakoterapii chorób rzadkich - „Musimy się przygotować na tsunami leków, które będą dedykowane chorobom rzadkim”. Prof. **Piotr Czauderna**, przewodniczący prezydenckiej Rady ds. Ochrony Zdrowia podkreślał - „Fundusz Medyczny jest szczególnie dedykowany chorobom rzadkim i onkologii”. Przy tym jednak studził optymizm często występujący w związku z pojawieniem się nowych metod leczenia, zauważając, że spektakularne efekty dotyczyć będą tylko pewnego procenta z nich. Zwrócił również uwagę, że trudno przewidzieć odległe skutki stosowania nowych substancji, gdyż czas obserwacji jest na razie bardzo krótki. Problemem jest również kwestia finansowania nowych terapii. „Weźmy leki, które trzeba podawać przez całe życie. Wchodzimy wtedy w gigantyczne koszty. Koszty, których nie jest w stanie wytrzymać żaden system ochrony zdrowia. Mimo tego wielkiego postępu, jest też ogromne ryzyko” – mówił prof. **Czauderna**.

Stanisław Maćkowiak (prezes Federacji Pacjentów Polskich oraz Krajowego Forum Orphan) zaznaczył - „Pacjent nie jest winien, że choruje na chorobę, której leczenie jest drogie”. Jego zdaniem należy dążyć

do wyrównania szans tych chorych w systemie ochrony zdrowia. Poseł **Barbara Dziuk**, przewodnicząca Parlamentarnego Zespołu ds. Chorób Rzadkich, powiedziała że dużą rolę w kwestii zmniejszania kosztów leczenia mogą odegrać same organizacje pacjenckie, poprzez podjęcie negocjacji z producentami leków. **Paweł Wójtowicz** (Fundacja MATIO) dodał - „Zgadzam się, że organizacje pacjenckie powinny brać udział w negocjacjach, ale proszę państwa, my jesteśmy nie przy stole a pomiędzy stołami". Na obecną chwilę członkowie organizacji mogą jedynie wysłuchać argumentów stron, ale nic poza tym - „Trzeba znaleźć rozwiązanie aby organizacje pacjenckie usiadły przy stole, a nie pomiędzy nimi".

Prezes **Wójtowicz**, reprezentujący chorych z mukowiscydozą i ich bliskich, przybliżył zebranym sytuację pacjentów zmagających się z tą chorobą. Mukowiscydozę powoduje ponad 2 tysiące różnych uszkodzeń genów. Półtora roku temu Polska stała się europejskim liderem zapewniając pacjentom dostęp do wszystkich możliwych w tamtym czasie terapii. Zabezpieczono w ten sposób 90 proc. chorych. Obecnie istnieje już możliwość zapewnienia nowoczesnego leczenia także pozostałych pacjentów, ale wymaga to kolejnego dużego kroku w kwestiach refundacyjnych, czego bardzo oczekują osoby dotknięte mukowiscydozą.

Dorota Korycińska (Stowarzyszenie Neurofibromatozy) opowiedziała o sytuacji chorych na neurofibromatozy - grupę schorzeń genetycznych, powodujących powstawanie licznych guzów z osłonek nerwowych. Od trzech lat prowadzony jest pilotażowy program koordynowanej opieki nad chorymi, niestety tylko w 4 ośrodkach i obejmujący jedynie osoby w wieku do 30 lat. Do zapewnienia chorym optymalnej opieki konieczne byłoby powołanie dwóch ośrodków pediatrycznych, szczególnie na południu kraju. Należy jak najszybciej zapewnić opiekę pacjentom po wyżej 30 lat, powołując do życia specjalny ośrodek - apelowała. **Dorota Korycińska** odniosła się również do dyskusji o kosztach leczenia - „Mówimy o kosztach tych drogich terapii, ale nie mówimy o kosztach nieleczenia pacjentów, które ponosi system". W przypadku tej jednostki chorobowej, brak celowanego leczenia nerwowłókniaków splotowatych występujących w typie 1 choroby, prowadzi do uszkodzeń ciała pacjenta w takim stopniu, że wymagają oni pomocy w codziennym funkcjonowaniu oraz kolejnych drogich zabiegów i leków do końca życia - ta grupa chorych czeka na refundację terapii.

Zofia Lisiecka (Stowarzyszenie na Rzecz Chorych na aHUS) mówiła z kolei o konieczności zmniejszania stopnia uciążliwości terapii na przykładzie atypowego zespołu hemolityczno-mocznicowego (aHUS). Chorzy dotknięci tą chorobą skazani są na częste wizyty w szpitalu w celu podania leku. Życie ich podporządkowane jest wlewom dożylnym podawanym podczas hospitalizacji. Jej zdaniem pomóc mogłoby przyjmowanie leku w domu lub w placówkach medycznych znajdujących się najbliżej miejsca zamieszkania pacjenta. „Jeżeli dziecko przez rok otrzymuje leczenie w dużym ośrodku i nic się nie dzieje, to naprawdę nie ma powodu, aby nie mogło być leczone w miejscu zamieszkania" – tłumaczyła. Zwracała również uwagę na newralgiczny moment w historii leczenia pacjentów z większością chorób rzadkich, czyli okres przejścia z opieki pediatrycznej do opieki nad osobami dorosłymi - „Często dochodzi wówczas do zmarnowania efektów leczenia". Spowodowane jest to szukaniem miejsca i specjalistów do kontynuacji opieki, poznawaniem na nowo chorego w innym ośrodku etc. Jej zdaniem rozwiązaniem mogłoby tu być pozostawienie pacjentów pod kontrolą jednostek pediatrycznych lub wprowadzenie mechanizmów, które wpłynęłyby na płynność przechodzenia chorego pomiędzy placówkami.

Prof. J**olanta Sykut-Cegielska** (konsultant krajowa w pediatrii metabolicznej) poruszyła temat badań przesiewowych noworodków, podkreślając, że model, jaki obecnie funkcjonuje w Polsce, jest jednym z najlepszych w Europie. Należy go systematycznie rozszerzać, ale każdy taki ruch powinien być przemyślany. „Nie jest tu tak, że im więcej włączymy, tym lepszą jakość przesiewu uzyskamy, Do tego trzeba podejść racjonalnie" – podkreślała prof. **Sykut-Cegielska**. W najbliższym czasie badanie przesiewowe należy uzupełnić o wrodzone zaburzenia odporności oraz galaktozemię. Problemem jest sytuacja chorych z wrodzonymi wadami metabolicznymi. Zespoły te stanowią około 25 proc. chorób rzadkich. Potrzeby lekowe tych pacjentów nadal pozostają niezaspokojone. Część z nich było leczonych w ramach badań klinicznych, a po ich zakończeniu pozostali bez terapii.

Prof. **Jacek Grzybowski** (kierownik Oddziału Kardiomiopatii w Narodowym Instytucie Kardiologii) opowiedział o losie pacjentów zmagających się z amyloidozą transtyretynową (ATTR). Jej konsekwencją jest niewydolność serca, przy czym leki standardowo stosowane przy niewydolności tego organu, w przypadku tej grupy pacjentów, prowadzą do pogorszenia ich stanu zdrowia. Rokowania są złe, często koniecznością staje się przeszczep serca, czasem równoczesny z przeszczepem wątroby. Stąd też ważne jest wprowadzenie terapii zapobiegającej dalszemu rozwojowi choroby. Od kilku lat istnieje możliwość leczenia przyczynowego, ale w Polsce wciąż nie ma programu lekowego.

Aleksander Kwieciński (Pracodawcy RP) tłumaczył sens ponoszenia kosztów nowoczesnych metod leczenia. Jak mówił, wprowadzenie innowacyjnych terapii określonych w czasie, czyli takich, które pacjent otrzymuje tylko przez pewien etap życia z chorobą - to nie tylko wygoda dla chorego i jego bliskich, ale także korzyść z punktu widzenia systemu ochrony zdrowia. Wiedząc ile będzie trwać terapia, płatnik zna jej całkowity koszt i może zaplanować budżet. Korzystna jest także sytuacja, gdy chory może sam podać sobie lek lub otrzymuje go w warunkach ambulatoryjnych. Można również uniknąć kosztów związanych z wykluczeniem osoby chorej z samodzielnej egzystencji.

Debata: **"Niezaspokojone potrzeby w hematoonkologii"**

Uczestnicy: Krzysztof Giannopoulos, Lidia Gil, Aleksandra Łacko, Maciej Miłkowski, Mateusz Oczkowski, Marzena Sygut-Mirek (moderatorka)

W ciągu ostatniego roku zostało zrefundowanych 60 "cząsteczkowskazań" w onkologii, a z tego najwięcej, bo 26 - w hematoonkologii. Czy to wystarczający postęp?? Jakie wyzwania stoją przed pacjentami i lekarzami?

W obszarze przewlekłej białaczki limfocytowej w refundacji leków wydarzyło się "wiele dobrego"- ocenił prof. **Krzysztof Giannopoulos** (UM w Lublinie). - "To rzeczywiście piękny przykład przyspieszenia z decyzjami refundacyjnymi, które bardzo dobrze odpowiadają zmianom, dotyczącym standardów terapii. Wcześniej tę chorobę długo leczyliśmy chemioterapią - celowaną, ale jednak chemioterapią, teraz w zasadzie następuje odwrót od tej metody leczenia. Decyzje refundacyjne nadążają za postępem biologii choroby. Mamy terapię dla najbardziej potrzebujących pacjentów wysokiego ryzyka genetycznego. Przechodzimy do odpowiedniego pozycjonowania tych skutecznych terapii. Co ważne, to leczenie jest przewidywalne pod względem kosztów. Można dokładnie obliczyć, jaka populacja pacjentów będzie go wymagała i ile to będzie kosztowało. W kontekście trudnych decyzji, dotyczących drogich nowych leków, te terapie dają korzyść ekonomiczną". Uzupełnieniem potrzeb pacjentów hematoonkologicznych będzie - według prof. **Giannopoulosa** - udostępnienie terapii dla grupy chorych, dobrze rokujących pod względem czynników genetycznych, którzy obecnie mają dostęp jedynie do immunoterapii, co może powodować w przyszłości powstanie drugich pierwotnych nowotworów. Ma to znaczenie szczególnie dla osób młodych.

"Dobrze się stało, że Ministerstwo Zdrowia pomogło doprowadzić do refundacji leczenia chłoniaków metodą CAR-T. To niezwykła i nowoczesna, zindywidualizowana terapia dla pacjentów, dla których dotąd nie mieliśmy opcji leczenia, pozostawało dla nich jedynie leczenie paliatywne" – podkreśliła prof. **Lidia Gil** (UM w Poznaniu). I dodała – "CAR-T zmieniło myślenie o terapii u pacjentów z chłoniakami. Refundacja dotyczy pacjentów z chłoniakami agresywnymi, to jedna z największych grup chorych, jakich hospitalizujemy na oddziałach hematologii. Dzisiaj mamy pełną możliwość stosowania takiego leczenia u pacjentów, u których zawiodły co najmniej dwie linie leczenia. Do tej pory ponad 100 pacjentów otrzymało tę terapię w ramach programu lekowego. Od września w ramach programu lekowego możliwe jest leczenie chłoniaków z komórek płaszcza, właśnie się do niego przygotowujemy. Refundacja CAR-T to odwaga i wizjonerstwo, to zupełnie inny sposób myślenia i leczenia przeciwnowotworowego. Nie wiem, dokąd nas to zaprowadzi, ale zazdroszczę przyszłym

pokoleniom, które będą mogły śledzić rozwój tej metody. Uważam, że to leczenie będzie opcją nie tylko w hematologii, ale również w onkologii. Być może CAR-T pomoże nam kiedyś leczyć miażdżycę."

Jak stwierdził **Mateusz Oczkowski** (zastępca dyrektora departamentu Polityki Lekowej i Farmacji w Ministerstwie Zdrowia), onkologia i hematoonkologia - to priorytety dla Ministerstwa Zdrowia. W refundowaniu terapii ważną rolę odgrywa Fundusz Medyczny, z którego pochodzą pieniądze na finansowanie innowacyjnych technologii, na przykład terapii chłoniaka z komórek płaszcza. "Bardzo dużo rzeczy się wydarzyło w tym roku - 26 nowych "cząsteczkowskazań". Zrobiliśmy postępy w zakresie szpiczaka i chłoniaków. Oprócz tego zmieniamy programy lekowe i od kiedy zaczęliśmy to robić, dopasowując je do najnowszych wytycznych, pracując z konsultantem krajowym w zakresie hematoonkologii, praktycznie wszystkie zostały zmienione. Szykujemy jeszcze trzy ostatnie programy lekowe i to będzie już całość. Myślę, że rok w hematoonkologii zakończymy pozytywnym akcentem" - mówił **Mateusz Oczkowski**.

Oprócz leczenia niezwykle istotna jest nowoczesna diagnostyka, która determinuje wybór terapii. „Najważniejsza jest diagnostyka - to, by badania genetyczne były wykonywane na najwyższym poziomie. Mamy laboratoria z międzynarodowymi certyfikatami i wiem, że nasza praca ekspercka została wykonana. Teraz potrzebne są narzędzia, by je optymalnie rozliczać" – zwrócił uwagę prof. **Krzysztof Giannopoulos**.

Postęp można odnotować także w raku piersi, gdzie pacjentki z potrójnie ujemnym rakiem zyskały dostęp do immunoterapii. "Immunoterapia jest nie dla wszystkich chorych. Dokonała rewolucji w wielu rakach litych, ale nie w raku piersi. Natomiast zysk w przypadku wczesnego potrójnie negatywnego raka piersi jest gigantyczny. W przypadku tego nowotworu czekamy na dane, czy ten efekt przełoży się na przeżycia ogólne. I tak naprawdę jest jeszcze wiele pytań dotyczących tego leczenia, nie mamy tu czynnika predykcyjnego. Uważam, że sprowadzanie dyskusji do dostępności leku jest dużą szkodą. Brakuje nam narzędzi diagnostycznych. Rozliczanie diagnostyki molekularnej to droga przez mękę. Wykrycie każdej mutacji BRCA nie tylko wpływa na leczenie konkretnej pacjentki, ale może zdiagnozować nosicielki w jej rodzinie, zapobiec zachorowaniom poprzez zabiegi chirurgiczne, redukujące ich ryzyko" – oceniła dr **Aleksandra Łacko** (UM Wrocław).

"Przygotowując podstawy do pilotażu Krajowej Sieci Hematologicznej, zwracaliśmy uwagę na dostępność diagnostyki genetycznej, ponieważ warunkuje ona wykorzystanie leków, które mamy w ofercie programów lekowych. W ostrej białaczce szpikowej bez genetyki nie jesteśmy w stanie wykorzystać tych nowych terapii. Dzisiaj każdy nowotwór jest określony genetycznie, coraz bardziej potrzebujemy profesjonalnej diagnostyki w jak najkrótszym czasie. Być może warto byłoby stworzyć kilka ośrodków diagnostycznych dla hematologii na bardzo wysokim poziomie" - mówiła prof. **Lidia Gil**.

"Większość badań diagnostycznych w onkologii jest finansowana, głównie u pacjentów hospitalizowanych. Są oczekiwania, by tak samo postąpić z rozliczaniem diagnostyki i w hematologii i przenieść ją do katalogu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej lub do katalogu 1b świadczeń odrębnych. Nad tym kierunkiem działań będziemy jeszcze pracowali przy usprawnianiu programów lekowych i kwalifikacji pacjentów. Obecnie mamy ryczałt diagnostyczny, uśredniony poprzez koszty kwalifikacji i monitorowania. Docelowo będziemy rozliczali pacjenta w programie lekowym, a odrębnie - monitorowanie. Na pewno badania genetyczne będą rozszerzane" – zapewniał minister **Maciej Miłkowski**. I dodał - "Przy ich wykonaniu koszty są niższe niż włączenie do leczenia pacjenta, który nie zareaguje na leki, bo został źle zdiagnozowany. Widzimy to po raku płuca, trzustki, gdzie te badania powinny być zrobione na samym początku, a nie w połowie terapii."

Jakie są oczekiwania ekspertów? Przede wszystkim wzmocnienie pierwszej linii leczenia. "Jest ona kluczowa dla pacjentów w szpiczaku plazmocytowym, chłoniaku rozlanym z komórek B czy chłoniaku Hodgkina. To działania jak najbardziej zasadne i pożądane zarówno ze strony lekarzy, jak i chorych" - wymieniał **Krzysztof Giannopoulos** (UM Lublin).

„Jeśli będziemy leczyć wczesnego raka, to będzie mniej nawrotów. Oczekiwałabym inhibitorów CDK 4/6 w leczeniu uzupełniającym chorych z grupy wysokiego ryzyka, które o 30 proc. zmniejszają to ryzyko i wydłużają przeżycie ogólne. Jeśli chodzi o rozsianego dodatniego raka piersi HER-2, potrzebny jest trastuzumab" – dodała **Aleksandra Łacko**.

„W zaawansowanym raku piersi trwa kolejny etap negocjacji, związanych z trastuzumabem i mam nadzieję, że niebawem zakończy się pozytywnie. Powinniśmy popracować nad diagnostyką, czyli organizacją postawienia jasnej diagnozy. Zaczęliśmy finansować terapię CAR-T i w niektórych przypadkach obserwujemy śmiertelność wyższą niż przewidywane przeżycie bez podania leku. Może to wynikać z niewłaściwej kwalifikacji lub nieskuteczności leku w danym przypadku. Dla nas celem nie jest kupowanie nowości, ale leku istotnego klinicznie" - wyjaśnił minister **Maciej Miłkowski**.

Debata: **“Medycyna pola walki - nowy, trwały element systemu bezpieczeństwa medycznego państwa i sił zbrojnych”**

Uczestnicy: Rajmund Andrzejczak, Grzegorz Gielerak, Arkadiusz Kosowski, Waldemar Kraska, Michał Madeyski (moderator)

W państwie istnieje obszar cywilny i obszar wojska. Jednak system ochrony zdrowia jest jeden. Jak może wyglądać w nim kohabitacja zasobów obu tych domen, ich wzajemne przenikanie się?

„Stanowimy już to pokolenie wojskowych, które jednoznacznie opowiada się za jednym systemem ochrony zdrowia. Ale jeszcze 20 lat temu nie było to takie oczywiste. Wtedy zakładano, że jeżeli dojdzie do jakiegokolwiek kryzysu, w rodzaju wojny, to za zabezpieczenie medyczne odpowiadać będzie wojsko” – przypomniał gen. **Grzegorz Gielerak** (dyrektor Wojskowego Instytutu Medycznego).

“Doświadczenia państw, które w ciągu ostatnich dwóch dekad uczestniczyły w wojnach, ale zwłaszcza to, co się dzieje w Ukrainie, jasno pokazuje, że odpowiedzialność za ograniczenie skutków działań wojskowych, które dotyczą zarówno żołnierzy, jak i ludności cywilnej, leży po stronie całego systemu ochrony zdrowia, za który odpowiada państwo. Chodzi o znalezienie w czasie pokoju rozwiązań, jak wzajemnie się uzupełniać. Ten system, jego organizacja, musi się ściśle wpisywać w to, co jest przewidziane w planie obrony Rzeczypospolitej. A zatem, jeśli mamy rubieże, to na nich muszą być wyznaczone w odpowiedniej gęstości i odległości podmioty lecznicze, na odpowiednim poziomie kompetencji, adekwatnym do spodziewanej sytuacji. Podmioty lecznicze muszą być odpowiednio wyposażone w sprzęt i materiały medyczne, specyficzne dla przeciwdziałania skutkom działań wojennych oraz w odpowiednio przeszkolony personel medyczny, utrzymujący gotowość, aby móc tego typu zadania wypełniać. I oczywiście konieczne jest współdziałanie zespołu wojskowego i cywilnego. Podsumowując: zdefiniowanie potrzeb, jeśli chodzi o podmioty lecznicze, wymagania referencyjne, odpowiadające planowi obrony, przygotowanie personelu, środków i materiałów, utrzymywanie rotacji, permanentne szkolenie - na tym polega właściwe przygotowanie państwa do zabezpieczenia medycznego na wypadek ewentualnego kryzysu” - mówił prof. **Gielerak**.

Jak dodał, nie można zapominać, że dzisiejszy sposób prowadzenia wojny polega na angażowaniu nowych technologii - “Powoduje to, że działania militarne są rozproszone na miliony ludzi. Ich obszar nie dotyczy już klasycznego pola bitwy, objęte jest nim całe społeczeństwo. To oznacza, że granica między domeną cywilną a wojskową zupełnie się zaciera. Idąc w ślad za tym, trzeba mieć świadomość, że systemem przygotowań do działań wojennych musi być objęte całe społeczeństwo, czy się nam to podoba, czy nie.”

Wiceminister **Waldemar Kraska** zwrócił uwagę na fakt, że w związku z sytuacją na Ukrainie “trzeba przyjąć różne scenariusze”. - “W związku z tym współdziałanie służb wojskowych i cywilnych musi być ścisłe. Bardzo ważne jest w tej sytuacji wykształcenie specjalistów, byśmy byli przygotowani na najgorsze”.

„Dzisiejsze społeczeństwo jest słabsze niż dawniej. Kiedy jeżdżę do uczelni wojskowych, to młodzi ludzie zadają pytania, których, jako młody żołnierz, nigdy bym nie zadał. Musimy zmienić język komunikacji, zobaczyć, co się stało, wykonać dojrzałą analizę tej młodzieży i zdecydować, co zmieniać w systemie edukacji” - przyznał gen. **Rajmund Andrzejczak** (szef Sztabu Generalnego Wojska Polskiego). Według niego, zasoby ludzkie w wojsku

wspomagane będą przez roboty - „Pojawi się coraz więcej autonomicznych platform bezzałogowych, wspierających te z załogą. Roboty mogłyby wykonywać też proste czynności, jak ewakuacja medyczna."

Jak zauważył gen. **Grzegorz Gielerak**, istotną kwestię stanowią kryteria zdrowotne kwalifikacji do sił zbrojnych - „Tu dokonuje się przełom, będący wyznacznikiem pewnej perspektywy. Dzisiejsze podejście opiera się na założeniu, że skoro dysponujemy możliwościami identyfikacji cech genetycznych i biologicznych i na tej podstawie jesteśmy w stanie opisać zdolności fizyczne człowieka, dobrze byłoby tę wiedzę zestawić z potrzebami operacyjnymi. Jeśli np. ktoś ma w mięśniach więcej włókien szybkokurczliwych, predestynuje go to do działań szybkich, a mniejsza liczba gruczołów potowych - do służby w warunkach tropikalnych. Postęp w medycynie spowodował, że zaczynamy widzieć przyszłego żołnierza również w aspekcie naukowym. Jeśli zdefiniujemy człowieka i pozyskamy go dla sił zbrojnych, to najważniejszym zadaniem będzie, by jego zdolności biologiczne podnieść możliwie na najwyższy poziom i utrzymać je przez jak najdłuższy czas, aby był w stanie realizować zadanie, jakie mu przydzieliliśmy, inwestując niemałe pieniądze."

„My, cywile, musimy zorganizować się, po pierwsze, na potrzeby wsparcia armii, po drugie, dla ochrony swoich potrzeb zdrowotnych. Wojna nie kończy się na froncie, przekracza go i ogarnia miasta, ludność cywilną. Jak jesteśmy do tego przygotowani?" – pytał **Arkadiusz Kosowski** (dyrektor Departamentu ds. Służb Mundurowych NFZ). I dodał – "A zwracając się do dyrektorów szpitali - czy macie na co dzień refleksję, jak się zachować, co robić, kiedy otrzymacie informację o sytuacji zagrożenia? Jak powinien się zorganizować wasz szpital, wasz podmiot leczniczy, lekarze, pielęgniarki? Potrzeba mobilizacji i refleksji na temat, w jakim stopniu jesteśmy do tego przygotowani, czy i jakie mamy zapasy, w jaki sposób będziemy je uzupełniać. To nie są czasy na bezrefleksyjne podejście. Powinniśmy latami prowadzić debaty o tym, co i jak modyfikować, by nie lekceważyć zagrożeń".

„Bez zbudowania strategii, bez wytworzenia siły moralnej w społeczeństwie, które dzięki temu będzie się czuło odpowiedzialne, żadne państwo nie uniesie tego problemu" – zgodził się z tym gen. **Rajmund Andrzejczak** - "Dlatego zarówno wojsko operacyjne, wojsko obrony terytorialnej, jak i rezerwiści i cywile, każdy ma coś do zrobienia. Nie tylko siły zbrojne odpowiadają za bezpieczeństwo Rzeczpospolitej, ale każdy. To musi być stan umysłu w każdym obszarze życia, nawet to, czy dobrze się odżywiamy, jaka jest nasza kondycja".

Jakie jest przygotowanie medyków w Polsce do działań nietypowych? Czy potrzebne jest wprowadzenie odrębnej specjalizacji, przydatnej na polu walki? „Specjalizacji - myślę, że nie, ale posiadanie pewnych umiejętności u lekarzy i pielęgniarek na pewno się przyda. Stwarzamy takie możliwości, by nabyć praktyczną wiedzę, jak się mamy zachować w sytuacji kryzysu. Warto zachęcać polskich medyków, aby zechcieli takie umiejętności kształcić. Oby się nie przydały, ale warto je mieć, powinniśmy być przygotowani na najgorsze nie tylko militarnie, ale także w zakresie ochrony zdrowia" – stwierdził min. **Kraska**.

Wojna w Ukrainie daje dziś możliwość obserwacji. „To niesamowity poligon doświadczalny, z którego szeroko czerpiemy. Muszę przyznać, że w stosunku do tego, czego się uczyłem 20 lat temu o zabezpieczeniu medycznym działań wojskowych, obecnie dokonuje się niemal przewrót kopernikański, w zasadzie zaczynamy myślenie od nowa" – zauważył gen. **Grzegorz Gierelak**. Jak dodał - "Przeciwnik stosuje takie metody działania, że musimy być jako państwo i społeczeństwo przygotowani na poziomie wysokiej odporności. Czym tak naprawdę jest dzisiaj zabezpieczenie medyczne? Czego dowiadujemy się z doświadczeń ukraińskich? Po pierwsze, personel medyczny, zwłaszcza chirurgiczny, interniści, intensywna terapia - to są specjaliści na czas wojny. Chodzi o olbrzymie merytoryczne przygotowanie dużej grupy fachowców. Jesteśmy wystarczająco dużym krajem z pokaźną liczbą medyków, by takie zadanie wykonać. Kolejny element - gdzie mają pracować? Doświadczenie ukraińskie pokazuje, że 3-4 km od linii frontu powinny być wkopane pod ziemię oddziały, szpitale, w których pracują chirurdzy, mając zapasy na 72 godziny. Nowoczesna wojna charakteryzuje się tym, że czynnikami decydującymi o sukcesie jest prędkość, zasięg oraz precyzja. Najdalej trafiony precyzyjnie szpital na Ukrainie był w Żytomierzu, 400 km od granicy z Rosją, a zatem odległość ani znak czerwonego krzyża nas nie chronią. To oznacza, że myśląc kategoriami bezpieczeństwa państwa i zabezpieczenia medycznego na czas wojny, musimy zmienić nasze podejście do organizacji podmiotów leczniczych. W krótkiej perspektywie powinniśmy stworzyć taki standard, by każdy podmiot leczniczy w razie potrzeby mógł w jednej chwili przenieść część swojej działalności pod ziemię, tak jak to się dzieje m.in. w Izraelu. Innej opcji nie ma. Działania medyczne muszą być zgrane ze strategią obrony, aby były odpowiednie do intensywności walk i powiązane z działaniami dywizji pancernych na danym obszarze. Zakładam, że przeciwnik będzie używał broni, która doprowadzi do dużej liczby poparzonych żołnierzy i musimy być przygotowani na to, by im pomóc."

„Z jaką skalą problemu mamy do czynienia?" – kontynuował gen. **Gierelak** - "Dotychczas zakładaliśmy, że rany wojenne dzielą się na lekkie, średnie i ciężkie. Wojna w Ukrainie pokazuje, że są one lekkie albo

bardzo ciężkie. Co daje pomoc medyczna? Statystyka mówi, że 20 proc. żołnierzy ginie od razu, 65 proc. może teoretycznie wrócić do walki, pozostali bez pomocy medycznej umrą. Jeżeli działa ona dobrze, to z pozostałych 15 proc. jesteśmy w stanie uratować 12 proc."

Gen. **Rajmund Andrzejczak** zwrócił uwagę na rolę wzajemnej komunikacji - "Należy rozmawiać o naszej zdolności do większej integracji systemu. Mamy dużo czasu, by zmienić sposób myślenia o tym, w jaki sposób armia i służba medyczna mają w czasie kryzysu wykonywać swoje zadania w pełnej integracji. Na pewno musi zajść zmiana kulturowa. Trzeba uczyć się inaczej rozmawiać, nie krzyczeć na siebie, brać argumenty wszystkich pod uwagę." Jak dodał **Waldemar Kraska**, wzajemne powiązania w czasie konfliktu są bardzo rozległe - „Nie tylko szpital, nie tylko ochrona zdrowia, ale całe otoczenie musi współdziałać. Są takie czasy, że powinniśmy w taki sposób dzisiaj myśleć."

Dyskusję podsumował gen. **Grzegorz Gielerak** - „Tak dobrej komunikacji, jaką udało mi się zbudować z obecnym kierownictwem resortu, nie pamiętam. Takiego poziomu rozumienia problemu: co znaczy zabezpieczenie medyczne, jak je budować, dotąd nie było. Teraz marzę, by wykonać kolejny krok, którym będzie budowanie systemu medycznego bezpieczeństwa państwa. Wojsko jest od tego, by wskazać społeczeństwu kierunek, w jakim powinno podążać, jeśli chodzi o budowanie odporności, zabezpieczenia medycznego. To jest nasza rola. W czasie wojny będziemy wspierać aktywnie cywilną ochronę zdrowia. Natomiast w czasie pokoju mamy obowiązek przygotować system tak, aby ściśle współgrał ze strategią obrony Rzeczypospolitej."

KOMENTARZ EKSPERTA

Diabetologia stała się jednym z obszarów medycyny, w których nowoczesne rozwiązania technologiczne znajdują coraz szersze zastosowanie, będąc znakomitą odpowiedzią na potrzebę zindywidualizowania leczenia cukrzycy. Jednym z takich rozwiązań są systemy ciągłego monitorowania glikemii. Ich znaczenie znacząco wykracza po za skuteczniejszą kontrolę glikemii. To narzędzia pozwalające na uzyskanie efektywniejszej współpracy z pacjentem, na lepsze zrozumienie cukrzycy przez chorego oraz pełniejszą ocenę wpływu wielu czynników na zmiany stężenia glukozy. Systemy nie tylko pomagają lepiej kontrolować cukrzycę, ale też są bardzo wartościowym narzędziem edukacyjnym.

Szczególną sytuacją jest występowanie nieprawidłowych wartości cukru w okresie ciąży które przekładają się zarówno na stan kliniczny matki jak i jej dziecka. Cukrzyca ciążowa, będąca najczęstszą postacią zaburzeń tolerancji węglowodanów w ciąży, to bez wątpienia sytuacja wymagająca uważnej opieki lekarskiej jak i optymalnej samodzielnej kontroli glikemii przez ciężarną.

W ostatnich latach w Polsce notowany jest wzrost częstości jej występowania, związany ze zmianami charakterystyki kobiet w wieku rozrodczym. Dane dotyczące coraz szerszego stosowania w ostatnich latach systemów ciągłego monitorowania glikemii potwierdzają ich duży potencjał do poprawy opieki perinatalnej wśród kobiet z cukrzycą w ciąży. Dowodzą tego wyniki badań przeprowadzonych również w Polsce, w których użycie systemów ciągłego monitorowania glikemii przyczyniło się do lepszego wyrównania glikemii i poprawy nawyków żywieniowych u kobiet ciężarnych z cukrzycą, a także zmniejszenia ryzyka makrosomii u płodu. Efektywność leczenia cukrzycy ciążowej wobec rosnącej częstości jej występowania, wydaje się kluczowa w długofalowej perspektywie zdrowia przyszłych pokoleń. Dzięki zastosowaniu technologii – takiej jak systemy ciągłego monitorowania glikemii, możemy wykorzystać nowe kryteria oceny wyrównania cukrzycy. Jako Polskie Towarzystwo Ginekologów i Położników, wyrażamy ogromne zadowolenie z faktu, że od stycznia 2024 r. systemy ciągłego monitorowania glikemii będą refundowane dla wszystkich kobiet w ciąży z cukrzycą.

prof. dr hab. n. med. Dorota Bomba – Opoń
wiceprezes Polskiego Towarzystwa Ginekologów i Położników,
członek zarządu Sekcji Cukrzycy i Chorób Metabolicznych PTGiP

To jest wyrób medyczny. Używaj go zgodnie z instrukcją używania lub etykietą.

POLMED
OGÓLNOPOLSKA IZBA GOSPODARCZA WYROBÓW MEDYCZNYCH

zrzeszamy
edukujemy
inspirujemy

Jesteśmy prężnie funkcjonującą organizacją, skupiającą producentów i dystrybutorów wyrobów medycznych działających na polskim rynku.

www.polmed.org.pl

GSK

pl.gsk.com

Łączymy naukę, technologię i umiejętności, aby pokonywać choroby i dbać o zdrowie ludzi dzięki nowoczesnym lekom i szczepionkom

DZIAŁALNOŚĆ GSK W POLSCE*

45 lat
w Polsce

2 000+
zatrudnienie (2021)

2,23 mld zł
wartość inwestycji (2021)

2,36 mld zł
łączny wkład do PKB Polski (2020)

25 mln opakowań
dostawa leków i szczepionek dla polskich pacjentów (2021)

48 badań klinicznych o wartości
47,5 mln zł,
240 ośrodków i 4,6 tys. pacjentów (2021)

750
liczba nowych miejsc pracy w GSK Poland Global Hub w 2021

*** Na podstawie raportu „GSK w Polsce. Innowacyjna firma biofarmaceutyczna. PARTNER POLSKIEJ GOSPODARKI", sierpień 2022**

Listopad 2023, SUPP-2303564

medycynaprywatna.pl
PRACODAWCY MEDYCYNY PRYWATNEJ

Medycyna prywatna
ważnym elementem systemu ochrony zdrowia

Rada Programowa Forum Ochrony Zdrowia 2023

Maciej Bogucki, dyrektor, Europejskie Centrum Strategii i Polityk w Ochronie Zdrowia
Piotr Bromber, podsekretarz stanu, Ministerstwo Zdrowia
Grzegorz Cessak, prezes, URPLWMiPB
Bartłomiej Chmielowiec, Rzecznik Praw Pacjenta
Michał Czarnuch, partner, DZP
Prof. Andrzej Fal, prezes, Polskie Towarzystwo Zdrowia Publicznego
Prof. Jarosław Fedorowski, prezes, Polska Federacja Szpitali
Dr Małgorzata Gałązka-Sobotka, dyrektor, Instytut Zarządzania w Ochronie Zdrowia, Uczelnia Łazarskiego
Prof. Grzegorz Gielerak, dyrektor, Wojskowy Instytut Medyczny - PIB
Jakub Gierczyński, ekspert ochrony zdrowia
Jacek Graliński, przewodniczący, Komitet Farmaceutyczny AMCHAM
Arkadiusz Grądkowski, prezes, POLMED
Agnieszka Grzybowska-Zalewska, prezes zarządu, INFARMA
Prof. Mariusz Gujski, przewodniczący Rady, Instytut Ochrony Zdrowia
Prof. Tomasz Hryniewiecki, konsultant krajowy w dziedzinie kardiologii, Narodowy Instytut Kardiologii
Krzysztof Jakubiak, redaktor naczelny, mzdrowie.pl
Łukasz Jankowski, prezes, Naczelna Rada Lekarska
Krzysztof Kępiński, członek zarządu, GSK
Michał Kępowicz, GPA and Market Access Leader w Philips Healthcare CEE, członek zarządu Philips Polska
Krzysztof Kopeć, prezes, Polski Związek Pracodawców Przemysłu Farmaceutycznego
Jacek Krajewski, prezes, Porozumienie Zielonogórskie
Waldemar Kraska, sekretarz stanu, Ministerstwo Zdrowia
Tomasz Latos, przewodniczący, Sejmowa Komisja Zdrowia
Stanisław Maćkowiak, prezes, Federacja Pacjentów Polskich
Beata Małecka-Libera, przewodnicząca, Senacka Komisja Zdrowia
Marcin Martyniak, podsekretarz stanu, Ministerstwo Zdrowia
Prof. Andrzej Matyja, Okręgowa Izba Lekarska w Krakowie
Andrzej Mądrala, prezes, Pracodawcy Medycyny Prywatnej
Janusz Michalak, redaktor naczelny, Menadżer Zdrowia
Maciej Miłkowski, podsekretarz stanu, Ministerstwo Zdrowia
Piotr Najbuk, Koalicja AI w Zdrowiu
Adam Niedzielski, minister zdrowia
Filip Nowak, prezes, Narodowy Fundusz Zdrowia
Prof. Jarosław Pinkas, krajowy konsultant w dziedzinie zdrowia publicznego
Elżbieta Piotrowska-Rutkowska, prezes, Naczelna Izba Aptekarska
Grzegorz Prądzyński, prezes zarządu, Polska Izba Ubezpieczeń
Irena Rej, prezes, Izba Gospodarcza Farmacja Polska
Anna Rulkiewicz, prezes, Grupa LUX-MED.
Krzysztof Saczka, Główny Inspektor Sanitarny
Prof. Bolesław Samoliński, Wydział Nauk o Zdrowiu WUM
Radosław Sierpiński, prezes, Agencja Badań Medycznych
Prof. Henryk Skarżyński, dyrektor, Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu
Andrzej Sokołowski, prezes, Ogólnopolskie Stowarzyszenie Szpitali Prywatnych
Jakub Szulc, ekspert ochrony zdrowia
Marek Tombarkiewicz, dyrektor, Narodowy Instytut Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji
Roman Topór-Mądry, prezes, AOTMIT
Bernard Waśko, dyrektor, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego - PZH
Prof. Adam Witkowski, Narodowy Instytut Kardiologii
Artur Zaczyński, zastępca dyrektora ds. medycznych, Państwowy Instytut Medyczny MSWIA

FORUM OCHRONY ZDROWIA 2023