

Poprawić efektywność

Trudno z sukcesem stosować zasady opieki kompleksowej i koordynowanej funkcjonującej w środowisku norm kadrowych przewidzianych tak dla leczenia szpitalnego, jak i ambulatoryjnego na poziomie de facto wykluczającym możliwość kompensowania istniejących w tym zakresie ograniczeń rynkowych. Należy dążyć do regionalizacji większości świadczeń zdrowotnych, prowadzonej w oparciu o szpitale wielospecjalistyczne funkcjonujące w otoczeniu jednostek o niższym poziomie referencyjnym – powiatowych. Natomiast w odniesieniu do procedur rzadkich stosować centralizację usług w ramach krajowych centrów kompetencji i doskonałości.



Grzegorz Gielerak

Apologeci i reakcyjniści

Każdy technologiczna nowinka lub przetóm dzielą społeczeństwo na entuzjastów i sceptyków. Po środku płynie jeszcze rzeka symetrystów (to ci, co na każdy minus znajdują plus i odwrotnie). Im większy hałas tym silniejsza polaryzacja, a mało co narobiło ostatnio tyle hałasu co tak zwana sztuczna inteligencja (SI).

W ostatniej dyskusji obie strony często pomijają fakt, że sztuczna inteligencja jest w medycynie używana od dawna a pierwszy zachwyt nad jej możliwościami przypada na lata 80-te i 90-te. Od tego czasu znajduje zastosowanie w co najmniej 9 różnych obszarach – od analiz danych przez diagnostykę aż po szukanie nowych cząsteczek.

No ale to było za mało, żeby SI zbłądziła pod strzechy. Trzeba było zaawansowanego modelu językowego GPT, żeby podnieć tłumy. I zaczęło się. Od niewinnych pytań po szukanie diagnoz i możliwych terapii. Dla żartu oczywiście. Albo żeby sprawdzić. Ludzie, którzy przestrzegali przed dr Google zdają się nie dostrzegać niebezpieczeństw nowej generacji.

Czy lekarze i farmaceuci są gotowi na odparcie nowej fali „lepiej przygotowanych” pacjentów? Czy jesteśmy pewni, że wszyscy użytkownicy SI będą podejmować racjonalne decyzje i potrafią oddzielić rzetelną informację od zmyślenia?

Technologia jak zwykle wyprzedziła rzeczywistość. Nie ma regulacji, nie ma sensownej edukacji. Pozostaje zatem staromodne ostrzeżenie.

Przed użyciem skonsultuj się z lekarzem lub farmaceutą bo każda sztuczna inteligencja niewłaściwie stosowana może zagrozić twojemu życiu lub zdrowiu.



Karol Poznański

Pieniądze nie wystarczają

14 marca opublikowane zostało badanie Business Insider, czym według Polaków powinni się zająć politycy. Spośród 12 wymienianych problemów, na pierwszym miejscu wśród najbardziej palących znalazła się walka z inflacją, która jest kluczowa dla ok. 43 proc. Polaków, na drugim miejscu skrócenie kolejek do lekarzy ważne dla ok. 35 proc. Polaków, na trzecim – poprawa dostępu do lekarzy specjalistów – 32 proc., potem obniżenie cen leków – 26 proc., wyprzedzające poprawę stosunków z UE i obniżkę cen w sklepach. Daleko w tyle znalazły się np. waloryzacja 500+ czy polityka klimatyczna. Badanie to przeszło trochę bez echa. Choć kampania wyborcza nabiera rozpędu, jednak debata wyborcza tak jakby omijała tematy zdrowotne. Jednak to właśnie te pierwsze cztery punkty są w podobnym stopniu istotne dla wyborców wszystkich partii bez wyjątku. Pozostałe są bardziej lub mniej istotne i zależą od preferencji wyborczych osoby.

To, że w pierwszej piątce problemów znalazły się aż trzy związane z ochroną zdrowia świadczyć może o tym, że to ten obszar może się stać polem bitwy wyborczej. A bezprecedensowe podniesienie przez obecną ekipę rządzącą nakładów na opiekę zdrowotną w ciągu siedmiu lat nie przetożyło się na postrzeżenie przez wyborców poprawy w dostępności do usług medycznych. Przed politykami wszystkich opcji staje naprawdę duże wyzwanie. Co należy uczynić w ochronie zdrowia, by Polacy w tej wyborczej drabince eskalacyjnej przesunęli problemy w ochronie zdrowia niżej? Dotychczasowe „helicopter money” chyba nie wystarczyło.



Mariusz Gierej

w numerze

▶ 4-5

TOP 10 ONKO 2023, czyli onkolodzy wskazują priorytety refundacyjne



Maciej Krzakowski

▶ 7

W onkologii potrzebna jest koordynacja



Magdalena Władysław

▶ 8

Sandoz buduje samodzielną pozycję na rynku



Laurent Renaudie

▶ 9

Nie oszczędzamy na zdrowiu, lubimy telemedycynę i jesteśmy zadowoleni ze szpitali



Paweł Kikosicki

▶ 12

Ustawa o jakości, kadry i pieniądze, czyli expose ministra



Adam Niedzielski

TWIT MIESIĄCA

anna koziel
@annakoziel1

dzien malych ciekawostek ;)

"Wartość sprzedaży w lekach

na receptę w przeliczeniu

na jednego mieszkańca Polski

to 520 zł, z czego 305 zł

to dopłata pacjenta" #gus

FAKTY

Drugie urodziny Funduszu Medycznego

Magdalena Władysław, prezes Stowarzyszenia CEESTAHC. – „Niedługo miną pierwsze dwa lata funkcjonowania subfunduszu terapeutyczno-innowacyjnego w ramach Funduszu Medycznego. W tym czasie Agencja Oceny Technologii Medycznych wydała dwa wykazy technologii o wysokim poziomie innowacyjności (TLI, pierwsza w lutym 2021 roku) oraz jeden wykaz leków o wysokiej wartości klinicznej (TLK). Spośród 16 technologii o wysokiej innowacyjności z list Ministerstwa Zdrowia do refundacji weszło 44 proc. (7), a trzy kolejne są w procesie rozpatrywania. Czas od rejestracji Europejskiej Agencji Leków do wydania decyzji o refundacji w 2021 roku to średnio 2067 dni, a w 2022 roku 1887 dni. W ramach Funduszu Medycznego czas ten wynosi średnio 616 dni.

W przypadku listy technologii o wysokiej wartości klinicznej zostało zrefundowanych 50 proc. leków (7 z 14), lecz producenci zdecydowali się na refundację w ramach klasycznej ścieżki refundacyjnej. Czas od rejestracji tych technologii medycznych do uzyskania refundacji wynosi 1072 dni.

Jednocześnie w wyniku pierwszych doświadczeń doszło do zmiany ustawy i wprowadzenia nowych rozwiązań, przede wszystkim wprowadzenie drugiej decyzji refundacyjnej w ramach subfunduszu oraz wydłużenie czasu oceny efektywności technologii w ramach wprowadzonych porozumień podziału ryzyka. Wprowadzenie tej ścieżki spełniło oczekiwane cele w zakresie przyspieszenia procesów. Jednocześnie odsetek refundowanych innowacyjnych technologii wynosi nadal 50 proc. Dane te pokazują, że do połowy rozważanych terapii innowacyjnych wciąż nie ma dostępu. Podniesienie środków na refundację w ramach subfunduszu wskazuje, że Ministerstwo Zdrowia zaczyna traktować tę ścieżkę jako preferowaną i istnieje nadzieja na poprawienie dostępu do innowacji. Liczymy na to, że lista AOTMiT będzie się stopniowo poszerzać.

Pieniądze nie skracają kolejek w AOS



Maciej Miłkowski

Funkcjonowanie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej było tematem posiedzenia sejmowej komisji zdrowia. Na wstępie wiceminister Maciej Miłkowski wymienił pozytywne zmiany w tym dziale opieki jakie zaszły w ostatnim czasie. Pomimo zwiększonej kwoty przeznaczonej na AOS, jak dotąd nie widać jednak zmian na lepsze w kwestii dostępności opieki specjalistów dla pacjentów. Zdaniem min. Miłkowskiego receptą na to będzie rozszerzenie kompetencji lekarzy POZ w ramach tzw. opieki koordynowanej.

Nad ciągle istniejącym problemem kolejek w przychodniach specjalistycznych zastanawiał się głośno poseł Czesław Hoc (PiS) – „Dlaczego tak jest, że wykonaliśmy wiele działań, które miały skrócić czas oczekiwania na świadczenia w AOS, a kolejki nie skracają się. Nie dość, że daliśmy bezlimitowe świadczenia w AOS, zwiększyliśmy dwukrotnie wycenę świadczeń, wprowadziliśmy e-skierowania i centralną rejestrację, opiekę koordynowaną w POZ, to kolejki w AOS nadal są”. Marek Wójcik, ekspert Związku Miast Polskich zwrócił uwagę na problemy związane z finansowaniem świadczeń w AOS. Istniejące kilkumiesięczne opóźnienia w płatnościach powodują zmniejszenie liczby działających poradni, czego efektem jest brak zmian w długościach kolejek.

Tomasz Latos, szef sejmowej Komisji Zdrowia podkreślał – „Problemu kolejek w AOS nie rozwiążemy, dopóki POZ nie zacznie funkcjonować na innej zasadzie niż teraz. Opieka koordynowana daje na to szansę. Zobaczmy, jak to będzie w praktyce, bo na razie to funkcjonuje w ramach swego rodzaju pilotażu”. Maciej Miłkowski przedstawił propozycje wsparcia AOS poprzez przesunięcie części procedur i puli finansowej z zakresu szpitalnego do AOS – „W połowie Europy wiele zabiegów realizowanych jest w trybie ambulatoryjnym. Zastanawiamy się, czy nie wprowadzić tego w Polsce. W Czechach na przykład 100 procent zabiegów usunięcia żołądka realizowanych jest jako porada ambulatoryjna” – powiedział wiceminister. Warto przypomnieć, że w 2017 roku w ramach zmian systemowych dokonano odwrotnej zmiany.

PRAWO

RPO pyta o zgodność z konstytucją nieodliczania składki zdrowotnej od podatku

Czy obciążenie obywateli obowiązkiem finansowania składki zdrowotnej w całości właściwie wpisuje się w ciążący na władzy publicznej konstytucyjny nakaz zapewnienia ochrony zdrowia? – zapytał rzecznik praw obywatelskich Marcin Wiącek w swoim wystąpieniu do ministra Adama Niedzielskiego.

RPO pytał o przepisy obciążające od 1 stycznia 2022 r. obywateli obowiązkiem opłacania składki zdrowotnej w pełnej wysokości poprzez uniemożliwienie jej odliczenia od podatku. „Była to jedna z fundamentalnych zmian w ramach Polskiego Ładu. Jej skutkiem był wzrost obciążeń podatkowych obywateli, którzy dotychczas korzystali z tego odliczenia. W efekcie składka zdrowotna zwiększyła podstawę opodatkowania, od której liczona jest wysokość podatku. Przepis umożliwiający odliczenie składki od podatku wprowadzono 1 stycznia 1999 r. wskutek reformy systemu ubezpieczeń zdrowotnych. Przepisy podatkowe dostosowano wtedy do nowego sposobu finansowania ubezpieczenia zdrowotnego. Do wejścia w życie Polskiego Ładu składka ta w wysokości 9 proc. podstawy jej wymiaru podlegała częściowemu odliczeniu. Kwota, o którą można było zmniejszyć podatek, osiągała 7,75 proc. podstawy wymiaru składki, tym samym 1,25 proc. pokrywał podatnik. W konsekwencji rzeczywisty koszt składki był znacznie mniejszy, właśnie z uwagi na prawo do jej odliczenia” – napisał RPO.

Rzecznik zwraca uwagę, że w poprzednim stanie prawnym składka była w istocie opłatą obciążającą w decydującej części budżet państwa. „W tym kontekście nasuwa się pytanie, czy obciążenie obywateli obowiązkiem finansowania składki w całości – jest rozwiązaniem właściwie wpisującym się w ciążący na władzy publicznej konstytucyjny nakaz zapewnienia jednostkom ochrony zdrowia (art. 68 konstytucji)” – stwierdził RPO. Problem ten został zasygnalizowany RPO przez emerytowanego kierownika Katedry Prawa Ubezpieczeń Wydziału Prawa i Administracji Uniwersytetu Warszawskiego prof. Inettę Jędrasik-Jankowską. Jej zdaniem obecne przepisy mogą naruszać art. 68 konstytucji. Ocenia, że nie ma przy tym znaczenia obniżenie skali podatku, bo w ostatecznym rachunku obciążenia obywateli wzrosły z 18,25 proc. (podatek 17 proc. w tym składka zdrowotna 9 proc. – po odliczeniu 1,25 proc.) do 21 proc. (podatek 12 proc. i składka zdrowotna 9 proc.).

RPO napisał, że początkowo likwidację prawa do odliczenia od podatku składki zdrowotnej miała podatkownikom złagodzić tzw. ulga dla klasy średniej. Ostatecznie jednak z rozwiązania tego zrezygnowano. Na mocy Polskiego Ładu 2.0., który wszedł w życie 1 lipca 2022 r., ustawodawca zdecydował o zmianie stawki podatkowej z 17 proc. do 12 proc. i miało to na celu zrekompensowanie uchylanej ulgi dla klasy średniej.

Rzecznik przytoczył także stanowisko Trybunału Konstytucyjnego, który dokonując pogłębionej interpretacji art. 68 ust. 2 Konstytucji RP, zauważa, że „konieczne jest funkcjonowanie w ramach systemu opieki zdrowotnej mechanizmów pozwalających na gromadzenie, a następnie wydatkowanie na świadczenia zdrowotne ze środków publicznych”. „Ustawodawca nie przesądza, jaki model powinien ustawaodawca przyjąć w tej materii. (...) Swoboda ustawodawcy nie jest nieograniczona. Nie może on w ogóle zrezygnować z finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych” – napisał RPO.

KADRY

Prof. Adam Maciejczyk został przewodniczącym Rady Przejrzystości, zastępując prof. Rafała Niżankowskiego.



Daniel Rutkowski

Daniel Rutkowski wygrał konkurs na zastępcę prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji. Dotychczas był zastępcą

dyrektora Departamentu Świadczeń Opieki Zdrowotnej w NFZ.



Andrzej Dybczyński

Andrzej Dybczyński zastąpił Piotra Dardzińskiego na stanowisku szefa Sieci Badawczej Łukasiewicz.

Dane zebrane przez Główny Urząd Statystyczny w 2021 roku wykazują, że wzrosła liczba osób, które posiadają prawo wykonywania zawodu w większości zawodów medycznych. Prawo wykonywania zawodu posiadało 155,6 tys. lekarzy, 43,8 tys. lekarzy dentyistów, 305,8 tys. pielęgniarek, 40,3 tys. położnych, 37,3 tys. farmaceutów i 17,7 tys. diagnostów laboratoryjnych.

Zwiększyła się również liczba osób bezpośrednio zaangażowanych w udzielanie świadczeń pacjentom i wyniosła: 129,9 tys., lekarzy dentyistów – 34,9 tys., pielęgniarek – 214,5 tys., położnych – 28,4 tys., farmaceutów – 28,4 tys., fizjoterapeutów – 33,5 tys. i 12,7 tys. diagnostów laboratoryjnych.

Liczba lekarzy zwiększyła się przez rok (2020 do 2021) o 2,7 proc., a wzrost liczby lekarzy bezpośrednio pracujących z pacjentem wyniósł 3 proc., czyli o 3,8 tys. osób. Na 100 tysięcy ludności najwięcej było specjalistów chorób wewnętrznych (47,5), chirurgów – 34 (chirurgii ogólnej, dziecięcej, klatki piersiowej, ortopedii i traumatologii narządu ruchu, neurochirurgii, chirurgii onkologicznej, plastycznej, szczękowo-twarzowej, kardiologii oraz chirurgii naczyniowej i urologii), a także specjalistów medycyny rodzinnej (26,8). Średnio na 10 tysięcy mieszkańców przypadało 34 lekarzy.

MODERN HEALTHCARE INSTITUTE

mZdrowie.pl

OBSERWACJE

„Obserwacje
Modern Healthcare Institute”

redakcja:
Krzysztof Jakubiak
– redaktor naczelny
(kjakubiak@mzdrowie.pl).

Malwina Użarowska
– redaktor
Kartarzyna Dudek
– redaktor

skład i łamanie: TaKar

wydawca:
Modern Healthcare Institute sp. z o.o.,
REGON: 368041956,
NIP: 522-309-80-85,
KRS: 0000690383.

Modern Healthcare Institute, wydawca portalu mZdrowie.pl, skupia niezależnych ekspertów i specjalizuje się w zagadnieniach systemu ochrony zdrowia, ze szczególnym uwzględnieniem takich zagadnień: leki i wyroby medyczne, nowoczesne technologie, telemedycyna i mHealth, startupy medyczne, finanse i efektywność ochrony zdrowia, zrozumienie zasad funkcjonowania systemu przez pacjentów.

PROGRAM WYBORCZY

Za dawnych, dobrych czasów przygotowujące się do wyborów partie polityczne opracowywały programy wyborcze. Zespoły ekspertów publikowały pomysły na zmiany, także w ochronie zdrowia. Było, minęło.

Nie spodziewam się merytorycznej debaty przy okazji tegorocznej kampanii. Jedna strona będzie mówić, że data (nasze) miliardy na nasze zdrowie. Druga – że trzeba więcej. I na tym się zapewne skończy dyskusja.

Podrzucam zatem nowy/stary temat do dyskusji – żeby przywrócić starą zasadę odliczania prywatnych wydatków na ochronę zdrowia od podatku dochodowego. A przynajmniej wliczania ich w koszty uzyskania przychodu. Polacy wydają prywatnie 30-40 miliardów złotych na swoje zdrowie. Nie można udawać, że tak się nie dzieje. W imię społecznej sprawiedliwości należałoby jakoś to zrekomponować.

W obliczu bardzo niskiej dostępności świadczeń medycznych (dług zdrowotny, braki kadrowe itd.) to będzie sprawiedliwe społecznie – czyli idealny postulat dla lewicy. W dodatku pobudzi przedsiębiorczość, zwiększy wpływy budżetowe (faktury, VAT itd.), zwiększy indywidualną zaradność obywateli – czyli idealny postulat dla prawicy.

A jeśli politycy nie okażą zainteresowania – to może być temat na aktywność oddolną. Może w formie społecznego komitetu i stu tysięcy podpisów pod obywatelskim projektem ustawy? W sam raz na okres przedwyborczego wzmożenia.



Krzysztof Jakubiak

DIAGNOSTYKA POTRZEBUJE SIECI

Dla mnie najlepszym wzorem do naśladowania jest system we Francji, który zakłada funkcjonowanie sieci państwowych certyfikowanych laboratoriów, finansowanych w sposób ryczałtowy. Laboratoria co roku muszą wykazać odpowiednią jakość, można z tej sieci być usuniętym, jeśli nie spełnia się kryteriów jakościowych i organizacyjnych. Myślę, że tam gdzie w grę wchodzi publiczne finansowanie drogich badań, należy wprowadzać rygory jakościowe. W mojej opinii taka sieć laboratoriów diagnostyki genetycznej byłaby w Polsce najlepszym rozwiązaniem, podobnie jak sieć placówek onkologicznych, proces tworzenia której dobiega chyba końca.

Sieć ośrodków patomorfologii oraz laboratoriów diagnostyki genetycznej funkcjonowałyby w ramach referencyjnych podmiotów medycznych, świadczących kompleksową diagnostykę onkologiczną. Onkologia jest specyficzną dziedziną medycyny, która od zarania opierała się na wielospecjalistycznym postępowaniu. Konsylia wielospecjalistyczne nie powstały przecież w momencie utworzenia Karty DiLO. Ten sposób postępowania w centrach onkologii obowiązywał w leczeniu nowotworów „od zawsze” – prowadzenie pacjenta wymaga, aby chirurg, onkolog, radioterapeuta konsultowali się ze sobą. Ponosimy ogromne nakłady na leczenie nowotworów, stosujemy różnorodne techniki diagnostyki i leczenia, przeważnie bardzo kosztowne. Nie mamy ani wystarczającej ilości pieniędzy, ani wystarczającej liczby specjalistów, aby każdy ośrodek mógł wykonywać wszystkie specjalistyczne świadczenia. Podział zadań w ramach sieci jest nieodzowny.

dr Beata Jagielska, prezes Polskiej Koalicji Medycyny Personalizowanej



Beata Jagielska

ROZSZERZYĆ DIAGNOSTYKĘ

Jeżeli weźmiemy pod uwagę pacjentki z dziedzicznym obciążeniem zachorowania na raka piersi i jajnika, to 35-40 proc. z nich ma mutację w genie BRCA1, 30-35 proc. w BRCA2, a pozostałe w którymś z 16 innych genów. Gdy zaproponujemy takiej chorej sprawdzenie tylko 3-5 mutacji w genie BRCA1, które występują najczęściej w populacji polskiej, to badamy najwyżej połowę mutacji występujących w tym genie. Trzeba przy tym pamiętać, że wszystkie one stanowią 35-40 proc. mutacji związanych z dziedzicznym obciążeniem zwiększonego ryzyka zachorowania na raka piersi. A więc za pomocą wybiórczego badania możemy zidentyfikować zaledwie ok. 20 proc. pacjentek z tym obciążeniem. Jeżeli jeszcze takiemu badaniu nie towarzyszy poradnictwo genetyczne, to większość kobiet, które otrzymają informację, że nie mają żadnej ze sprawdzonych 3-5 mutacji, czuje się wolna od zagrożenia nowotworem. Tymczasem mutacja może być albo w pozostałych procentach zmian w BRCA1, albo w BRCA2, albo w pozostałych 16 genach. Czyli tak naprawdę 80 proc. przyczyn dziedzicznej predyspozycji do raka piersi nie zbadaliśmy!

W Polsce diagnostykę genetyczną w kierunku zwiększonego ryzyka zachorowania na raka piersi zaczynamy od tych kilku wybranych mutacji BRCA1. Bada się również mutację CHEK2, do której mam ogromny dystans i nie jestem do niej w pełni przekonana. Polska jest jedynym krajem, w którym te mutacje są badane w kierunku wysokiego obciążenia. Co do zasady gen CHEK2 generuje średnie ryzyko zachorowania na raka piersi. Sprawdzamy też obecność dwóch mutacji PALB2. W sumie u pacjentki podejrzewanej o obciążenie standardowo sprawdza się 10 mutacji, których poszukiwanie Ministerstwo Zdrowia zaakceptowało kilka lat temu. Pozwala nam to na zidentyfikowanie zaledwie ok. 20 proc. chorych ze wszystkich, które są obciążone dziedzicznie. Jeśli pacjentka trafia do lekarza genetyka, to on mówi: pani rodowód czy też historia choroby tak wysoce sugerują, że to obciążenie u pani istnieje i choć wykluczaliśmy najczęstsze



Maria Sasiadek

mutacje, to teraz musimy wykonać pełny panel badań.

Dlatego jestem do bólu przeciwna fragmentarycznym badaniom. Sprawiają one, że duży odsetek kobiet otrzymuje fałszywie ujemny wynik. Podkreślę. Możemy zacząć od wąskiego panelu badań, bo pozwala on szybko i tanio zidentyfikować część mutacji, niewielki ich

odsetek. Potem należy rozszerzyć diagnostykę, włączyć sekwencjonowanie genów BRCA1/BRCA2 i to jest finansowane przez NFZ. Jeżeli w wyniku sekwencjonowania nie znajdziemy mutacji, powinien być wykonany szeroki panel badań. To wszystko powinno być zapewnione chorym w ośrodkach referencyjnych.

W Polsce nie ma żadnego nadzoru nad laboratoriami wykonującymi diagnostykę genetyczną. Ustawa o testach genetycznych, stworzona jeszcze w czasach, kiedy byłam konsultantką krajową w dziedzinie genetyki, do dziś nie została wprowadzona. W związku z tym w Polsce nie ma żadnego nadzoru nad badaniami genetycznymi i w związku z tym dzieją się rzeczy straszne. Niedawno prosłam o interwencję obecną konsultantką krajową, ponieważ jedno z laboratoriów wykonuje test skrócony, w którym w genie BRCA2 badana jest zmiana nie patogenna, tylko taka, która nie niesie ze sobą konsekwencji klinicznych. Jedna z pacjentek, u której taką niepatogenną zmianę zidentyfikowano, zgłosiła się do mnie. Na szczęście nie zdecydowała się na usunięcie zdrowych narządów. Mam nadzieję, że to laboratorium poniesie odpowiedzialność w postaci zablokowania jego działalności. Pacjentki, które otrzymują z laboratorium wynik opisany jako nieprawidłowy, trafiają z nim do ginekologa, onkologa, którzy nie muszą się znać na genetyce, a informacja o mutacji otwiera im drogę do radykalnej interwencji. Co więcej, laboratorium, o którym mówię, nawet nie ma w nazwie laboratorium genetyczne. Jak poinformowałam o tym konsultanta wojewódzkiego, rozłożył bezradnie ręce, bo nie ma możliwości wejścia do tego laboratorium i interwencji.

prof. Maria Sasiadek, kierownik Katedry Genetyki UM we Wrocławiu

MEM NUMERU

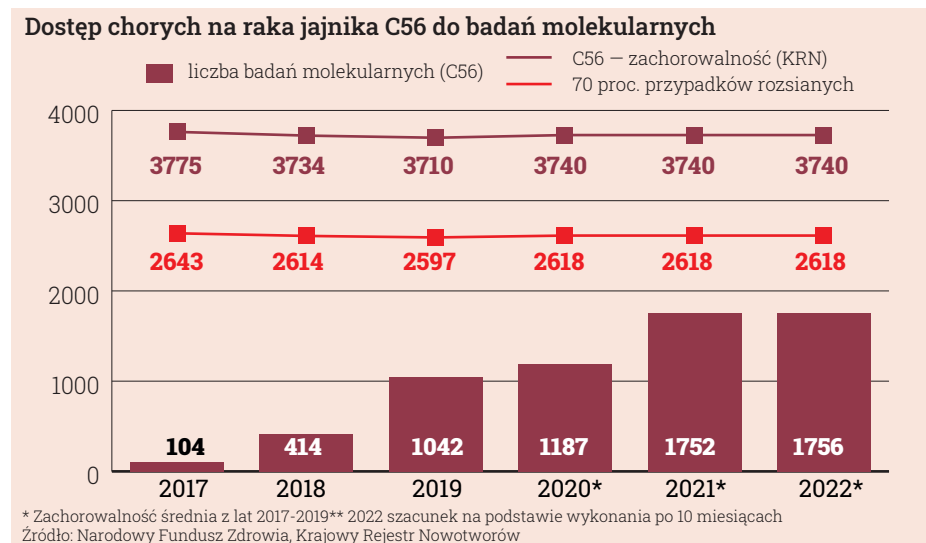


Okazało się, że słynny lekarz występujący często w mediach to nie lekarz, po prostu nikt tego jakoś nie sprawdził

02.02.2023, 17:15

ONET OSZUSTWA

WYKRES NUMERU



TOP 10 ONKO

Po raz trzeci polscy onkolodzy kliniczni wskazali, jakie nowe terapie stosowane w leczeniu guzów litych powinny być priorytetem w procesach refundacyjnych. W głosowaniu, które odbyło się w styczniu, wzięli udział członkowie zarządu Polskiego Towarzystwa Onkologii Klinicznej. Na podstawie wypełnionych ankiet wyłoniono trzecią już listę priorytetów refundacyjnych. Poprzednie były publikowane w 2020 i 2022 roku.

Trastuzumab derukstekan w leczeniu raka piersi, pembrolizumab w kilku nowych wskazaniach oraz niwolumab – to leki, których najbardziej oczekują polscy onkolodzy kliniczni do leczenia chorych z guzami litymi. Na podstawie wskazań ekspertów, tworzących zarząd Polskiego Towarzystwa Onkologii Klinicznej, powstała trzecia już lista priorytetów refundacyjnych TOP 10 ONKO.

Najbardziej potrzebne nowe leki – to zarówno nowe cząsteczki, zarejestrowane w ostatnich latach, jak też nowe wskazania cząsteczek skutecznie stosowanych w onkologii. Na pierwszym miejscu – podobnie jak przed rokiem – znalazł się trastuzumab derukstekan w leczeniu raka piersi. To lek, który zebrał najwięcej głosów i większość ekspertów wypełniających ankietę wskazała go na pierwszym miejscu listy priorytetowych potrzeb.

Metodologia wyboru priorytetów

Zespół ekspertów HTA Consulting przeprowadził analizę rejestracji nowych leków onkologicznych i procesu obejmowaniu ich refundacją w ostatnich pięciu latach. Ocena przełomowości tych terapii została oparta na analizach potrzeb pacjentów i ocenach technologii lekowych dokonywanych przez instytucje naukowe i regulacyjne. Kryteria, które zostały wzięte pod uwagę przy wyborze – to przede wszystkim:

- Poziom zaspokojenia potrzeb pacjentów
- Rokowania pacjentów na podstawie analizy przeżyć
- Ocena leku w algorytmie ESMO
- Ocena FDA w postaci określenia terapii jako „przełomowej”
- Istotność obszaru terapeutycznego, wyrażana danymi epidemiologicznymi.

Propozycje zostały poddane ocenie ekspertów i na ich podstawie powstała lista rekomendacji, przedstawiona członkom zarządu PTOK przez konsultanta krajowego. Każdy głosujący zgłosił swoją listę 10 najbardziej potrzebnych terapii, uszeregowanych według stopnia ważności. Ostateczna lista priorytetów TOP 10 ONKO powstała na podstawie zliczenia głosów 9 osób – członków zarządu PTOK.

Na liście rekomendacji znalazły się nowo zarejestrowane cząsteczki, dotychczas nie refundowane a także nowe wskazania cząsteczek już finansowanych. Głosujący mogli również umieścić w swoich propozycjach te leki, których nie było na liście rekomendacji. O kolejności na liście TOP 10 ONKO decydowała suma punktów oraz liczba głosów oddanych na dany lek. Pierwszy lek został wskazany przez 9 ekspertów oddających głosy, spośród któ-

TOP 10 ONKO – Lista priorytetów refundacyjnych (2023)

1. Trastuzumab derukstekan (rak piersi)	– 9 wskazań, 84 pkt.
2. Pembrolizumab (rak jelita grubego)	– 8 wskazań, 57 pkt. (refundacja od 1.03)
3. Pembrolizumab (rak piersi)	– 7 wskazań, 47 pkt.
4. Niwolumab (terapia skojarzona, rak jelita grubego)	– 5 wskazań, 30 pkt. (refundacja od 1.03)
5. Pembrolizumab (rak żołądka)	– 4 wskazania, 26 pkt.
6. Sotorasyb (NDRP)	– 6 wskazań, 37 pkt.
7. Enfortumab wedotin (rak urotelialny)	– 5 wskazań, 21 pkt.
8. Niwolumab (rak żołądka)	– 3 wskazania, 20 pkt.
9. Kabozantynib (rak tarczycy)	– 3 wskazania, 19 pkt.
10. ex aequo Cemiplimab (rak podstawnokomórkowy skóry)	– 3 wskazania, 19 pkt.
10. ex aequo Lutet (177Lu) wiwotynibu tetraksetan (rak gruczołu krokowego)	– 3 wskazania, 19 pkt.

Kolejne miejsca

• Pembrolizumab (rak endometrium)	– 3 wskazania, 17 pkt.
• Relatlimab/nowolumab (czerniak)	– 2 wskazania, 12 pkt.
• Pralsetynib (NDRP)	– 2 wskazania, 12 pkt.
• Amiwantamab (NDRP)	– 4 wskazania, 10 pkt.
• Tukatynib (rak piersi)	– 4 wskazania, 9 pkt.
• Dostarlimab (rak endometrium)	– 2 wskazania, 9 pkt.

2023

rych sześć osób umieściło go na pierwszym miejscu. W ten sposób trastuzumab deruks-
tekan otrzymał łącznie 84 punkty i zdecydowanie wyprzedził dwie kolejne pozycje, zajęte przez nowe wskazania pembrolizumabu.

O tym, jak celne były wskazania głoszących świadczy fakt, że głosowanie odbyło się w styczniu a już dwa priorytetowe leki z pierwszej dziesiątki zostały wpisane na listę refundacyjną od 1 marca. Pozwala to mieć nadzieję, że kolejne wskazywane priorytety również szybko doczekają się finansowania i zostaną udostępnione polskim pacjentom.

W wyniku głosowania 20 leków otrzymało co najmniej dwa głosy a kolejnych 15 leków otrzymało po jednym wskazaniu.

„Tworzenie takiej listy jest bardzo pomocne, z udziałem wszystkich członków zarządu PTOK, ponieważ każdy z nas ma swoją perspektywę. W tworzeniu tej listy priorytetów spotykają się wspólne intencje onkologów i pana wiceministra Miłkowskiego, który przed ponad rokiem zwrócił się do mnie z pytaniem o opinię, które leki są nam najbardziej potrzebne” – powiedział prof. Maciej Krzakowski, krajowy konsultant w dziedzinie onkologii klinicznej, w czasie przedstawienia listy TOP 10 ONKO 2023 na XVIII Konferencji Edukacyjnej Onkologia w Praktyce Klinicznej.

Profesor Tomasz Kubiowski ocenił, że lek który znalazł się na pierwszym miejscu jest

przełomowy, wykazuje bardzo wysoki efekt terapeutyczny i pojawiły się już doniesienia, że sprawdza się także w kolejnych wskazaniach. Może przynieść ewidentne korzyści znacznej grupie pacjentek z rakiem piersi. Profesora Barbara Radecka podkreśliła, że do skutecznego stosowania pembrolizumabu i niwolumabu w leczeniu raka jelita grubego, które znalazły się na drugim i czwartym miejscu (obie już refundowane od 1 marca) bardzo ważne jest odpowiednie testowanie pacjentów, aby ustalić, którzy z nich odniosą korzyści w tej terapii.

Dlaczego potrzebne jest wyznaczenie priorytetów

Każdego roku EMA i FDA rejestrują wiele nowych cząsteczek do leczenia chorych na nowotwory. Rosnąca liczba nowych terapii onkologicznych i ich wysokie koszty sprawiają, że refundowanie wszystkich jest niemożliwe, a czas negocjacji i podejmowania decyzji jest zbyt długi. To pociąga za sobą konieczność dokonywania wyboru, tak aby refundować przede wszystkim – i w pierwszej kolejności – te leki, które dają największą wartość dodaną i zapewniają najwyższą efektywność leczenia.

Europejskie Stowarzyszenie Onkologii Medycznej (ESMO) ocenia terapie onkologiczne według algorytmu porównującego



Tomasz Kubiowski



Maciej Krzakowski

wartość dodaną nowego leku w stosunku do już stosowanych terapii. Leki otrzymują kategoryzację w skali A-E (terapię prowadzącą do wyleczenia) lub w skali 1-5 (terapię paliatywną). Leki ocenione najwyższej (kategorie A, B, 4, 5) powinny być priorytetem dla decyzji refundacyjnych, ponieważ ich stosowanie przynosi największą korzyść dla pacjentów.

Amerykańska FDA przy rejestrowaniu nowych leków dokonuje jednocześnie wstępnej kategoryzacji nowych cząsteczek, przyznając do niektórych miano terapii przełomowej lub pierwszej w swojej klasie (first-in-class). Zaliczenie nowej cząsteczki do tych grup może służyć jako wskazanie do określenia priorytetów dla przyszłych decyzji refundacyjnych. W obliczu koniecznego przyspieszenia refundacji nowych leków, korzystne może być uznanie przełomowych terapii FDA za priorytet w odniesieniu do nowych cząsteczek, zwłaszcza że w praktyce tak się dzieje, i niemal wszystkie terapie uznane za przełomowe przed FDA w latach 2013-2015 są już refundowane, aczkolwiek nie we wszystkich wskazaniach. Ta sama cząsteczka w jednym wskazaniu może być uznana za przełom w leczeniu, a w innym niekoniecznie. Niewątpliwie FDA wskazuje przyszłość dla rozwoju terapii, o której warto pamiętać podejmując bieżące decyzje.

ROZWIJAJMY RADIOTERAPIĘ ŚRÓDOPERACYJNĄ



Aleksandra Wilk

Fundacja TO SIĘ LECZY rozpoczęła działania edukacyjne skierowane do pacjentów i lekarzy mające na celu przekazanie rzetelnych informacji o radioterapii śródoperacyjnej. Ta metoda leczenia jest stosowana na całym świecie od ponad trzech dekad, skuteczność jej działania potwierdzają badania kliniczne oraz praktyka. W Polsce nadal wiedza na jej temat, jak i zastosowanie w praktyce, jest niewielkie. Najczęściej stosuje się ją w leczeniu pacjentek w rakiem piersi.

Fundacja TO SIĘ LECZY wydała raport pt. „Radioterapia śródoperacyjna – perspektywa kliniczna, pacjencka i systemowa”. Wśród kluczowych rekomendacji znalazła się potrzeba rzetelnej edukacji zarówno lekarzy jak i pacjentów nt. aktualnych możliwości i wskazań do leczenia radioterapią śródoperacyjną oraz realnej poprawy dostępu do tej metody radioterapii, szczególnie w kompleksowych ośrodkach leczenia onkologicznego, np. w ramach Breast Cancer Unit.

Radioterapia śródoperacyjnej polega na podaniu pojedynczej, precyzyjnie określonej dawki promieniowania opracowanej na potrzeby konkretnego pacjenta w trakcie zabiegu operacyjnego. Zapewnia to koncentrację wiązki w strefie ryzyka nawrotu, z jednoczesną

ochroną zdrowych tkanek i minimalizacją toksyczności leczenia oraz skutków ubocznych dla całego organizmu. Dzięki temu, że wiązka trafia bezpośrednio do łoża po usunięciu guza, ryzyko pominięcia okolicy najbardziej zagrożonej nawrotem (tzw. błąd geograficzny) jest minimalne.

Według danych krajowego konsultanta ds. radioterapii, w 2021 r. w 9 placówkach znajdowało się 10 aparatów do radioterapii śródoperacyjnej, z czego tylko 4 były używane. Łącznie tą metodą leczono 424 pacjentów. Patrząc na skalę nowych zachorowań na raka piersi, odbytnicy czy mięsaków, gdzie ta metoda jest stosowana najczęściej, jest to niewielki odsetek osób, które mogłyby być zakwalifikowane do terapii skojarzonej (zabieg chirurgiczny wraz z radioterapią śródoperacyjną).

„Pragniemy, aby polscy pacjenci mieli szansę wykorzystać aktualne zdobycze medycyny, które przekładają się na lepsze efekty leczenia i mniejszą ilość skutków ubocznych. Świadomy pacjent i jego rodzina, to większe poczucie bezpieczeństwa, lepsza współpraca z lekarzami, wyższy wskaźnik przestrzegania zaleceń terapeutycznych, co przekłada się na poprawę rokowań i jakość życia chorych” – podkreśla Aleksandra Wilk, dyrektor Sekcji Raka Płuca Fundacji TO SIĘ LECZY. – „Dlatego uruchomiliśmy cykl edukacyjny poświęcony radioterapii śródoperacyjnej w ramach, którego po-

wstała broszura, spot edukacyjny oraz webinary z ekspertami”.

Radioterapię śródoperacyjną wykonuje się przede wszystkim w Narodowym Instytucie Onkologii w Gliwicach oraz Wielkopolskim Centrum Onkologii. Niedawno rozpoczęto także stosowanie radioterapii śródoperacyjnej w Klinice Chirurgii Onkologicznej SPSK 1 w Lublinie.

„Przewagą zastosowania IORT jest to, że możemy napromienić w trakcie zabiegu operacyjnego, kiedy mamy usunięty guz nowotworowy, a tkanka łoża po guzie jest mocno utleniona, co sprawia, że radioterapia śródoperacyjna jest bardziej skuteczna niż odłożona w czasie radioterapia z pól zewnętrznych. Ponadto podczas operacji towarzyszymy chirurgowi, widzimy dokładnie, gdzie znajduje się guz i wiemy jak precyzyjnie ustawić kolimator aparatu do radioterapii. Radioterapię kończymy na zabiegu w trakcie operacji, co skutkuje tym, że pacjent nie musi przez kolejne 3-5 tygodni przyjeżdżać na kolejne seanse radioterapii lub skracamy radioterapię z pól zewnętrznych o tydzień, kiedy to trzeba by standardowo zastosować radioterapię wzmocnioną dawką. Pacjenci szybciej kończą terapię i dochodzą do siebie, a zaoszczędzony czas to także możliwość przyjęcia większej liczby potrzebujących pacjentów, w tym samym okresie” – mówi dr Bartosz Urbański z WCO, członek zarządu Międzynarodowego Towarzystwa Radioterapii Śródoperacyjnej.

MOŻEMY ROZWIJAĆ NAUKĘ W POLSCE

Młodzi naukowcy zaczynający pracę powinni mieć odwagę myślenia, które całkowicie wychodzi poza standardy i jednocześnie nie obawiać się podjęcia ryzyka. W naszych warunkach nadal jest trochę za dużo kunktatorstwa. Potrzebne jest także jeszcze szersze otwarcie się na współpracę międzynarodową. Postęp, jaki dokonuje się w ostatnich latach w wielu dyscyplinach medycznych w Polsce powoduje, że nasz dystans do czołowych ośrodków klinicznych w Europie, także w obszarze nauki, nie jest wcale duży. W naszej uczelni tworzymy system, żeby ci najlepsi mogli — a przede wszystkim chcieli — poświęcić się pracy naukowej, nie musieli jednocześnie prowadzić badań, pracować na dyżurach i szukać dodatkowych źródeł dochodu w prywatnych placówkach — mówi prof. Piotr Ponikowski, rektor Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu.



— Wydaje mi się że w ostatnich latach pieniądze dostępne w Polsce na działalność naukową w naukach medycznych zwiększyły się wielokrotnie.

— Zgadza się, pieniędzy przeznaczanych na naukę jest dzisiaj znacznie więcej. Pieniądze są dużo mniejszym problemem niż w czasach, kiedy zaczynałem swoją pracę. Ale nadal proporcjonalnie do innych krajów wydajemy dwukrotnie mniej niż średnia Unii Europejskiej. W dodatku, właśnie fundusze unijne wykorzystujemy niestety w znacznie mniejszym stopniu niż moglibyśmy. Polska wpłaca do budżetu unijnego przeznaczonego na naukę trzykrotnie więcej niż polscy naukowcy dostają w formie grantów. W grantach z nowego programu Horyzont Europa 2020-2027, które uważnie analizujemy w obszarze nauk biologicznych czy medycznych, można znaleźć jedynie pojedyncze polskie nazwiska.

— Może kryteria europejskie są w taki sposób definiowane, że mamy mniejsze szanse?

— Rzeczywiście, jest trochę tak, że najbardziej prestiżowe granty otrzymują badacze z ośrodków, mogących się pochwalić dorobkiem, już ugruntowaną mocną pozycją, wysokim prestiżem w świecie nauki. Do pewnego stopnia pozycja w rankingach danego uniwersytetu ma znaczenie, bardzo wysoko punktowane są takie kryteria, jak skala działalności, rozpoznawalność, cytowalność. Istotną rolę przy ocenie wniosków odgrywa także liczba przetomowych prac w ostatnich 10 latach czy uczestniczenie w poprzednich programach europejskich, udział w wielośrodkowych grantach. Musimy włożyć dodatkowy wysiłek, aby to wszystko przerwać i dążyć do niwelowania różnic. Najważniejszym elementem jest jednak przygotowanie unikalnego, nowatorskiego projektu, który albo podważy obowiązujący paradygmat myślenia, albo pozwoli na ostateczne rozwiązanie jakiegoś problemu. Młodzi naukowcy zaczynający pracę według mnie powinni mieć odwagę myślenia, które całkowicie wychodzi poza standardy i jednocześnie nie obawiać



Uważam, że zapewnienie właściwego rozwoju młodym wybitnym naukowcom musi stać się naszym priorytetem w najbliższych latach.



się podjęcia ryzyka. W naszych warunkach nadal jest trochę za dużo kunktatorstwa. Bardziej obawiamy się porażki niż myślimy o tym, co będzie, jeśli projekt się uda.

— Skoro nie tylko pieniądze, to co decyduje o rozwoju nauki? Dzięki czemu działalność naukowa rozwijana na Uniwersytecie Medycznym we Wrocławiu została doceniona i przyczyniła się do wysokiej pozycji w światowym rankingu?

— Nowy "World University Ranking" pokazał, że nasze inwestycje sprzed 4-5 lat zaczynają przynosić efekty. Jesteśmy dobrze ocenieni w obszarze nauki, ale także w obszarze warunków i jakości kształcenia. Myślę, że ważne było podjęcie decyzji, które kierunki będą priorytetowe. Nasza idea rozwoju medycyny translacyjnej opiera się na spostrzeżeniu, że generalnie jako uniwersytet medyczny nie jesteśmy w stanie rozwijać obszaru nauk podstawowych tak, aby dorównać najlepszym światowym ośrodkom. Możemy za to wykorzystywać nasze możliwości w obszarze aplikacji osiągnięć nauk podstawowych do obszaru medycyny klinicznej, tak aby wprowadzić nowe metody diagnostyczne i sposoby leczenia. W tym celu rozwijamy biobankowanie, budujemy bazę danych klinicznych, śledzimy proces leczenia pacjentów a wnioski służą właśnie do opracowania nowych strategii leczenia.

— Zachęcenie młodych ludzi do poświęcenia się pracy naukowej nie jest chyba proste.

— Nie można niczego robić na siłę, naszym naukowcom nie wyznaczamy warunków do spełnienia tylko raczej oferujemy pomoc w rozwoju. Jak już wspominałem, ważne jest wyznaczenie priorytetów, ponieważ nadmierne rozpraszenie środków jest nieefektywne. W naszym uniwersytecie mamy grupę osób, które mają szanse na wybitne rezultaty swoich prac. Są to z jednej strony doświadczeni naukowcy, którzy kierują zespołami, a z drugiej młodzi ludzie, którzy zaczynają karierę. Uważam, że zapewnienie właściwego rozwoju młodym wybitnym na-

ukowcom musi stać się naszym priorytetem w najbliższych latach. Dlatego rozpoczęliśmy nowy program — Uniwersytet Przyświłości. Laureaci, wybitni młodzi naukowcy otrzymują dodatkowe stypendia, ale przede wszystkim chcemy zapewnić im indywidualny mentoring naukowy i nauczyć metod prowadzenia badań naukowych na najwyższym poziomie. Jednocześnie tworzymy system, żeby ci najlepsi mogli — a przede wszystkim chcieli — poświęcić się pracy naukowej, nie musieli jednocześnie prowadzić badań, pracować na dyżurach i szukać dodatkowych źródeł dochodu w prywatnych placówkach.

— Czyli na Państwa uniwersytecie tworzą się te młode kadry, poświęcające się przede wszystkim pracy naukowej?

— Jak już wspominałem, mamy co najmniej kilka młodych zespołów z ogromnym potencjałem. Zaczę od psychiatrii, gdzie wybitny, młody lider, już z tytułem profesora, potrafił zgromadzić wokół siebie zespół ekspertów, którzy pozyskują ciekawe granty i jak wiem mają wielkie ambicje, czemu gorąco kibicuję. Podobnie jest w Instytucie Chorób Serca, którego dyrektorem naukowym został wybitny młody kardiolog, gromadzący wokół siebie utalentowaną młodzież i to nie tylko lekarzy. Przed kilkoma dniami miałem okazję uczestniczyć w telekonferencji poświęconej naszemu projektowi wykorzystania sztucznej inteligencji w diagnostyce ostrej niewydolności serca, w której uczestniczyła profesor z Harvardu — uznany ekspert w tym obszarze. Z dumą słuchałem, jak moi młodzi współpracownicy prowadzili rozmowy nad szczegółami projektu. Kolejne obszary — to hematologia pediatriczna, gdzie powstał bardzo mocny interdyscyplinarny zespół badawczy, czy młody profesor patomorfologii badający rzadkie nowotwory. Te przykłady pokazują, że sukces zaczyna się zawsze od wybitnego lidera, który buduje wokół siebie mocny zespół zdolnych, młodych ludzi. Ten proces wymaga oczywiście czasu i wsparcia ze strony uczelni.

Pacjenci domagają się koordynacji opieki w onkologii

Z inicjatywy Polskiej Koalicji Pacjentów Onkologicznych został opracowany raport „Koordynacja w onkologii”, którego głównymi autorkami są Maria Libura i Magdalena Władysiuk. Koordynacja jest warunkiem dobrej jakości opieki. Najważniejszym rezultatem koordynacji jest ciągłość opieki. Dobrze zaplanowana koordynacja na poziomie każdego świadczeniodawcy, a także pomiędzy różnymi placówkami i instytucjami, wymaga zabezpieczenia zarówno odpowiednich zasobów kadrowych (w tym określenia zadań koordynatorów) jak i rozwoju rozwiązań cyfrowych – to najważniejsze rekomendacje raportu.

Koordynacja w onkologii ma na celu poprawienie jakości opieki i powinna – według raportu – obejmować obszary:

- profilaktyki (pierwotnej i wtórnej);
- wczesnej diagnostyki, w tym laboratoryjnej, obrazowej, histopatologicznej i molekularnej,
- kompleksowego leczenia, w tym rozwoju medycyny personalizowanej,
- bezpieczeństwa diagnostyki i terapii (monitorowanie wystąpienia działań niepożądanych leków, procedur medycznych; ocena błędów medycznych oraz działania naprawcze),
- przepływu informacji pomiędzy kadrą medyczną, regulatorami i płatnikiem,
- dostarczania informacji bezpośrednio pacjentom i ich opiekunom (m.in. w celu poprawy umiejętności samoopieki).

Maria Libura wskazuje, że opieka koordynowana ma potrójny cel: lepsze zdrowie pacjenta, optymalizowanie kosztów opieki oraz wyższą jakość tej opieki. Koordynacja stanowi odpowiedź na postępującą fragmentaryzację systemu ochrony zdrowia – „Koordynacja nie jest modą, jest koniecznością. Każda teoria poprawy jakości w ochronie zdrowia ma w sobie zaszyty komponent koordynacji”. „Koordynacja ma szansę zaistnieć w polskim systemie opieki nad pacjentami z nowotworami dzięki wprowadzaniu sieci, co widać w doświadczeniach ośrodków pilotażowych” – dodaje Magdalena Władysiuk.

Wprowadzenie funkcji koordynatorów było jednym z głównych założeń pilotażu sieci onkologicznej. Jak mówi prof. Adam Maciejczyk, dyrektor DCO – „Koordynacja nie wyczerpuje się wszak na powołaniu koordynatorów, choć trudno przecenić ich rolę. To także nieustanny wysiłek służący większej spójności opieki na wszystkich jej poziomach, by praca wykonywana przez wiele osób miała charakter zespołowy. Tak pojęta koordynacja przyczynia się do poprawy wyników leczenia i bezpieczeństwa pacjenta, jak również lepszego wykorzystania zasobów systemowych, poprzez usprawnienie wykonywania świadczeń oraz zmniejszenie liczby niepotrzebnie powtarzanych procedur. Koordynacja to także filozofia oparta na budowie wiarygodności i zaufania pomiędzy wszystkimi zaangażowanymi w proces leczenia, a także pomiędzy świadczeniodawcami i instytucjami odpowiedzialnymi za kształt polityki zdrowotnej”.

Wiceminister Piotr Bromber mówi o nastawieniu na rozwijanie umiejętności, a nie tylko wiedzy, osób spełniających rolę koordynatorów – podobnie jak innych zawodów medycznych. Podkreśla też znaczenie zarządzania procesem leczenia oraz podnoszenia jakości i wyposażenia szpitali onkologicznych.

„Jestem wielką orędowniczką wprowadzania koordynatorów do systemu opieki. Mam nadzieję, że tak się stanie dzięki wprowadzeniu sieci onkologicznej. Koordynator – to anioł stróż pacjenta” – mówi Krystyna Wechmann, prezes Polskiej Koalicji Pacjentów Onkologicznych, który była inicjatorem opracowania raportu „Koordynacja w onkologii”.



Magdalena Władysiuk



Maria Libura



Piotr Bromber



Adam Maciejczyk



Krystyna Wechmann

Rekomendacje systemowe:

1. Trwałe wprowadzenie do systemu stanowiska koordynatora opieki onkologicznej z dokładnym określeniem jego roli, kompetencji i umiejętności, wraz z równoczesnym wprowadzeniem regulacji prawnych (obejmujących zakres obowiązków oraz zasady wynagradzania) na poziomie ustaw, rozporządzeń Ministra Zdrowia i Zarządzeń Prezesa NFZ.
2. Stworzenie systemu kształcenia koordynatorów opieki onkologicznej poprzez organizację odpowiednich szkoleń (obejmujących wiedzę z zakresu organizacji i finansowania świadczeń zdrowotnych, wdrażanych rozwiązań cyfrowych, umiejętności komunikacji z pacjentem i jego rodziną oraz komunikacji w zespole wielodyscyplinarnym) w wybranych, referencyjnych ośrodkach na terenie Polski. Wprowadzenie kultury wzajemnego uczenia się poprzez systemowe zachęty do dzielenia się dobrymi praktykami z zakresu koordynacji.
3. Stworzenie zespołów koordynatorów (z uwzględnieniem różnego profilu wykształcenia – pielęgniarek, fizjoterapeutów, psychologów i innych) w ramach każdego ośrodka onkologicznego, którzy zajmować się będą wyłącznie koordynacją opieki onkologicznej.
4. Stworzenie spójnych i przejrzystych regulacji prawnych dotyczących zapewnienia ciągłości w opiece onkologicznej, w tym określenia roli koordynatorów oraz zasad współpracy pomiędzy ośrodkami, podstawową opieką zdrowotną oraz opieką społeczną.
5. Stworzenie, a następnie systematyczne aktualizowanie, wytycznych postępowania w ramach opieki onkologicznej, z uwzględnieniem roli koordynatorów, wraz z określeniem standardów postępowania (algorytmów/ ścieżek pacjentów, łącznie ze standardami akredytacyjnymi).
6. Stymulowanie dalszego rozwoju systemów wsparcia pacjenta w podejmowaniu decyzji w zakresie diagnostyki i leczenia wraz z wypracowaniem systemu informacji na temat nawigacji pacjenta w systemie na poziomie lokalnym (w danym województwie i powiecie) oraz na poziomie danego świadczeniodawcy, dostępnego na stronach internetowych świadczeniodawców oraz w ramach Narodowego Portalu Onkologicznego.
7. Stworzenie jednolitych systemów organizacji pracy, w tym opartych na rozwiązaniach cyfrowych, pozwalających na komunikację pomiędzy świadczeniodawcami.
8. Podniesienie praktycznego znaczenia systemów gromadzenia i wykorzystania danych poprzez poprawę funkcjonalności w ramach karty DILLO, zarówno w ramach działań centralnych, lokalnych, jak i wspierających funkcjonowanie samych świadczeniodawców, któremu towarzyszyć będzie wprowadzanie rozwiązań telemedycznych w celu poprawy ciągłości i integracji opieki w oparciu o dowody naukowe.
9. Stworzenie systemu szkoleń skierowanych do personelu medycznego i administracyjnego w zakresie: interpretowania przepisów prawa, komunikacji na linii lekarz-koordynator-pacjent, organizacji pracy na poziomie świadczeniodawcy i współpracy pomiędzy różnymi ośrodkami.
10. Wprowadzenie regularnej oceny doświadczeń pacjenta obok oceny satysfakcji pacjentów, także w obszarze koordynacji, jako podstawowego miernika i podstawy działań pro jakościowych,
11. Prowadzenie badań naukowych nad rozwojem koordynacji oraz potrzeb pacjentów w zakresie ciągłości opieki onkologicznej, z uwzględnieniem różnych grup wiekowych, uwarunkowań społeczno-ekonomicznych, typu nowotworu oraz stopnia jego zaawansowania.

SANDOZ ZACZYNA BUDOWANIE SAMODZIELNEJ OPOZYCJI NA RYNKU



Nowe inwestycje i rozwój możliwości produkcyjnych oraz samodzielna strategia rozwoju – to najważniejsze efekty decyzji o samodzielnym funkcjonowaniu struktur firmy Sandoz na świecie oraz w Polsce – mówi Laurent Renaudie, nowy prezes Sandoz Polska.

– Jako nowy prezes firmy Sandoz w Polsce, czy może Pan przedstawić, jaka jest strategia firmy na rynku polskim?

– Jesteśmy głęboko zaangażowani w rozwój obu części naszej działalności w Polsce. Jedną z nich – to produkcja, którą prowadzimy w dwóch zakładach, w Strykowie i Warszawie. W tym roku planujemy wytworzenie 24 miliardów tabletek. Drugą część naszej aktywności stanowią działania komercyjne, dotyczące sprzedaży pięciuset leków generycznych. Dostarczamy także leki biologiczne biorównoważne i to jest ten sektor polskiego rynku, który jest dla nas priorytetowy.

– Wiele mówi się o bezpieczeństwie lekowym Polski oraz całej Europy.

– To pewien paradoks, bowiem o bezpieczeństwie lekowym od lat wiele mówiono, natomiast głównie dotyczyło to presji cenowej i szukania oszczędności. Wraz z pandemią COVID-19 a następnie wojną te dyskusje się skończyły, zaczęliśmy natomiast dostrzegać zagrożenia dla dostępności leków dla pacjentów. W rozmowach prowadzonych przez firmy farmaceutyczne z decydentami, widać obecnie większą otwartość i chęć zapobiegania tym zagrożeniom. Dodatkowej wartości nabrało zrównoważenie biznesu oraz przewidywalność i bezpieczne zaopatrzenie pacjentów w leki.

– Czyli rola rządów w procesie budowania bezpieczeństwa lekowego powinna być znacząca – wspierać, inwestować a nie tylko nie przeszkadzać?

– Chodzi o podjęcie określonej decyzji. Czy idziemy w tym kierunku, zapewniając sobie niezależność i bezpieczeństwo, czy jesteśmy w stanie ponieść tego koszty, wzmacniając możliwości produkcyjne do odpowiedniego poziomu. Jeśli taka decyzja zapadnie, mamy możliwości, by tego dokonać i zapewnić sobie niezależność. Ale z drugiej strony musimy zdawać sobie sprawę, że to będzie kosztować i wpłynie na poziom cen leków na rynku. Sandoz skupia się na dostarczaniu pacjentom leków w przystępnych cenach, ale wymaga to odpowiedniej wielkości działania. Korzyści skali



W obszarze leków biologicznych planujemy wiele działań i przywiązujemy duże znaczenie do jego rozwoju.



odnosimy na przykład dzięki fabryce w Strykowie, z której w 2022 roku wyjechało prawie 20 miliardów tabletek. Możemy optymalizować procesy i osiągać efektywność kosztową. Nie jest natomiast możliwe, aby każdy kraj Europy produkował wszystkie substancje czynne niezbędne dla społeczeństwa danego kraju, ekonomia skali jest niezbędna, aby zapewnić opłacalność i efektywność inwestycji. Niemniej są pozytywne przykłady współpracy z rządem choćby w Austrii, gdzie Sandoz, przy częściowym wsparciu rządowym, rozpoczął kolejną inwestycję rozbudowy naszego zakładu w Kundl, w którym produkowane są antybiotyki.

– Trwa proces rozłączania się firmy Sandoz i Novartis. Będą działać jako dwie niezależne organizacje.

– Aktualna strategia samodzielnego rozwoju jest oparta na produktywności i efektywności. Działając samodzielnie, będziemy w stanie podejmować decyzje skoncentrowane na naszej strategii rozwoju, na naszym segmencie globalnego rynku farmaceutycznego, jak choćby na rozwijaniu leków biologicznych biorównoważnych. Jestem przekonany, że efektywność działania Sandoz będzie wyższa jako samodzielnej organizacji.

– Co to oznacza dla organizacji w Polsce?

– Kilka dni temu Sandoz oficjalnie rozpoczął nową inwestycję w Słowenii, której celem jest znaczne zwiększenie możliwości produkcji leków biologicznych biorównoważnych, także na potrzeby polskiego rynku. To krok w kierunku zbudowania samodzielnymi możliwościami wytwórczych dla potrzeb całej organizacji i możemy się spodziewać kolejnych. W Polsce planujemy uruchomienie dwóch szybkich linii produkcyjnych, które mają dziesięciokrotnie większą przepustowość. Planujemy także wzmocnić naszą pozycję rynkową i siłę naszej marki.

– Które segmenty polskiego rynku będą szczególnie rozwijane?

– Naszą działalność opieramy na trzech obszarach. Pierwszy – to bardzo szerokie portfolio leków na receptę, czyli małych cząsteczek, m.in.

leków przeciwniekcyjnych, kardiologicznych, przeciwbólowych. Drugie – to leki OTC, wśród których mamy wiele bardzo silnych, dobrze znanych marek. Trzeci obszar stanowią leki biologiczne biorównoważne, stosowane w leczeniu bardziej skomplikowanych schorzeń, jak na przykład choroby autoimmunologiczne. Właśnie w obszarze leków biologicznych planujemy wiele działań i przywiązujemy duże znaczenie do jego rozwoju.

– Dostępność leków biologicznych w Polsce nadal stosunkowo niska w porównaniu z innymi krajami europejskimi.

– Leki biologiczne są dostępne dla polskich pacjentów przede wszystkim w ramach programów lekowych. Widać ich ciągły rozwój, choćby w ciągu ostatnich miesięcy powstały nowe programy i nowe leki zostały objęte finansowaniem. Rzeczywiście, stopień wykorzystania leków biologicznych w Polsce jest relatywnie niski w porównaniu ze średnią europejską. Ale sytuacja pod tym względem się poprawia. W niektórych kategoriach, gdzie leki biologiczne biorównoważne są dostępne od dłuższego czasu, jesteśmy już blisko maksymalnego wykorzystania ich potencjału, czyli zapewnienia dostępu wszystkim pacjentom, którzy wymagają leczenia takimi lekami.

– Co jest najważniejsze dla zwiększenia wykorzystania leków biologicznych biorównoważnych?

– Pierwszym krokiem jest rozwój świadomości pacjentów w zakresie niektórych chorób, które dzięki lekom biologicznym można skuteczniej leczyć. Na przykład stwardnienie rozsiane – to choroba, która dotyka wiele osób wielu osób przez długi czas, zanim zostaną w odpowiedni sposób zdiagnozowane i rozpoczną leczenie. Niektórzy pacjenci czekają latami na trafną diagnozę. Potrzebne jest zwiększenie efektywności systemu ochrony zdrowia, pilnowanie jakości diagnostyki i leczenia. Wydaje mi się, że polskie Ministerstwo Zdrowia jest tego świadome, ponieważ podejmowanych jest wiele działań, mających na celu poprawę tej sytuacji.

Polacy nie oszczędzają na zdrowiu

Pomimo trudnej sytuacji ekonomicznej, Polacy nie oszczędzają na prywatnej opiece zdrowotnej. Wręcz przeciwnie, co czwarta ankietowana osoba planuje zwiększyć wydatki na ten cel w tym roku. Jesteśmy gotowi płacić zwłaszcza za prywatne wizyty u stomatologa i ginekologa – wynika z badania firmy doradczej Bain & Company w czwartym kwartale 2022 roku.

Polacy najczęściej deklarują korzystanie z prywatnych wizyt u stomatologa (57 proc.), psychologa (41 proc.) i ginekologa (39 proc.). Właśnie stomatolog znajduje się na pierwszym miejscu listy specjalistów, za których porady ankietowani gotowi są nadal płacić. Następne pozycje zajmują ginekolog,



Patryk Rudnicki

kardiolog i endokrynolog. Jednak niemal co piąty ankietowany gotowy jest zrezygnować z wydatków na wizyty u psychologa.

Z powodu wysokiej inflacji prawie połowa Polaków już ograniczyła wydatki w ramach budżetu domowego, a druga połowa też ma takie plany w najbliższych miesiącach. Jednak tylko jedna czwarta ankietowanych (25 proc.) deklaruje chęć zmniejszenia wydatków na leki i usługi medyczne, przy czym prawie tyle samo osób (26 proc.) twierdzi, że zamierza wręcz zwiększyć te kwoty.

„Z naszego badania wynika, że dla Polaków zdrowie jest priorytetem. O ile ankietowani wskazują, że są w stanie w pierwszej kolejności zaoszczędzić na

posiłkach na mieście czy rozrywce, to takie prawdopodobieństwo dla wydatków na opiekę medyczną jest sześć razy mniejsze. Polacy nie zamierzają drastycznie zmniejszać wydatków na leczenie, a zwłaszcza nie chcą oszczędzać na prywatnych wizytach u specjalistów. Bez wątplenia, te wydatki będą też po części rosnąć ze względu na inflację i wzrost kosztów prywatnej opieki medycznej” – mówi Patryk Rudnicki, młodszy partner Bain & Company.

Choć zarówno młodszy respondenci – do 35. roku życia, jak i starsi nie chcą oszczędzać na opiece zdrowotnej, to pacjenci ze starszej grupy wiekowej deklarują, że staranniej będą przeglądać oferty usług prywatnych lub częściej korzystać z usług w ramach NFZ. „Co ciekawe, gdy porównujemy wydatki związane z ochro-

ną zdrowia sprzed pandemii, widzimy, że aż połowa Polaków nie zamierza niczego zmieniać w swoich budżetach. Jedynie wzrasta odsetek młodych osób poniżej 35 roku życia, które chętniej płacą za prywatne usługi medyczne. Pozostała część szuka oszczędności, ale stara się, by wciąż mieć dostęp do prywatnych usług medycznych” – dodaje Patryk Rudnicki.

Część ankietowanych wprowadza też pewne strategie oszczędzania dotyczące wydatków w aptekach. Co czwarty z nich (26 proc.) w poszukiwaniu niższych cen zamierza robić zakupy w aptekach sieciowych, które mają lepszą percepcję cenową. Pomimo ogólnej niechęci do oszczędzania na zdrowiu, spora część respondentów, bo aż 39 proc. chce szukać tańszych zamienników produktów kupowanych w aptekach.

Hospitalizacje 2022: jest dobrze, ale mogłoby być lepiej

Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia opublikowało raport z badania PASAT OPEN 2022, które opierało się na ankietach wypełnianych przez pacjentów hospitalizowanych w 2022 roku. Przebadano 54 383 osoby, które były leczone w 134 polskich szpitalach.

Ponad 80 proc. badanych uznało, że w wyniku hospitalizacji nastąpiło polepszenie ich stanu zdrowia. Tylko 7 proc. zgłosiło pogorszenie zdrowia po pobycie w szpitalu. 88 proc. pacjentów poleciłoby placówkę medyczną w której przebywali. Pomiędzy szpitalami we wskaźniku rekomendacji odnotowano spore różnice, od 34 do 100 proc. polecających. 92 proc. ankietowanych potwierdziło, że prawa pacjentów były przestrzegane podczas ich pobytu w szpitalu. Są jednak widocz-

ne obszary, które wymagają jeszcze dopracowania: prawo do intymności, prawo do poszanowania godności oraz prawo do kontaktu z osobą bliską.

Pytani o nastrój w trakcie hospitalizacji, pacjenci często skarżyli się na przygnębienie. W odpowiedzi na pogorszony stan psychiczny nie otrzymywali adekwatnej pomocy psychologicznej. Jako osoby najbardziej wspierające spośród personelu wskazywane były najczęściej pielęgniarki. Biorąc pod uwagę wagę dobrostanu psychicznego nie dziwi zatem, że najwyższe noty otrzymywała najczęściej właśnie praca pielęgniarek. Trochę mniej najwyższych ocen otrzymał lekarze. Najczęstszym tego powodem było przekazywanie informacji pacjentowi w zawiły sposób i przy użyciu nie-

rozumiałych sformułowań. Generalnie oceny wystawiane przez pacjentów dla różnych grup zawodowych w szpitalach były pozytywne. Ponadto 93 proc. badanych stwierdziło, że miało poczucie bezpieczeństwa podczas hospitalizacji. W przeprowadzonym badaniu zwrócono także uwagę na jakość komunikacji, która przekłada się na przestrzeganie zaleceń po wypisie. Aż 75 proc. ankietowanych dobrze oceniło otrzymane przy wypisie informacje.

Analizie poddano również dolegliwości bólowe pacjentów podczas hospitalizacji. Co trzeci z badanych podawał, że podczas hospitalizacji natężenie bólu wyniosło powyżej „5” na skali 0-10. Natomiast 9 proc. ankietowanych informowało o doświadczeniu bólu na poziomie

„9” lub „10”. Tylko co piąty z badanych nie uskarżał się na odczuwanie bólu. Większość pacjentów potwierdziło stosowanie przez personel skutecznych sposobów uśmierzania dolegliwości bólowych. Niestety 7 proc. badanych uznało, że nie otrzymało żadnej pomocy w walce z bólem.

Rzadko zgłaszane były zastrzeżenia do warunków pobytu w szpitalu – 79 proc. pacjentów nie miało żadnych uwag. Wśród problemów związanych z pobytem najczęściej wymieniano duszność i zbyt wysoką temperaturę w salach chorych. Warto podkreślić, że 71 proc. pacjentów nie miało uwag odnośnie żywienia a wśród zgłaszanych zastrzeżeń – najczęściej wymieniany był brak możliwości wyboru posiłku.

Polacy oczekują dalszego rozwoju e-zdrowia

Fundacja MY Pacjenci opublikowała wyniki badania opinii i oczekiwań dotyczących rozwoju e-zdrowia. Badanie przeprowadzono we współpracy z Centrum e-Zdrowia. Polacy oczekują przede wszystkim następujących funkcjonalności e-zdrowia:

by system informował lekarza wystawiającego receptę, że przepisuje mi leki, których nie powinno się stosować z innymi lekami, które stosuję – 87,4 proc.

- mieć możliwość realizacji recepty częściowej w dowolnej aptece (problem braku leków, zamykających się aptek) – 87 proc.
- mieć możliwość złożenia zamówienia za pomocą IKP i/lub moje IKP na recepty od każdego lekarza na stałe leki, bez konieczności wizyty stacjonarnej – 83,7 proc.
- mieć możliwość wydruku z IKP aktualnej listy moich leków z dawkowaniem i porami ich

- przyjmowania (moja lista leków) – 80, 2 proc.
- otrzymywać powiadomienie z moje IKP o niedalekim terminie ważności recepty i konieczności jej realizacji – 78,3 proc.
- aby system informował mnie o dostępnych dla mnie programach profilaktycznych – 78,1 proc.

Badani w wieku 50 lat i więcej znacznie częściej uznawali za zdecydowanie ważne to, by system informował lekarza wystawiającego receptę, że przepisuje leki, których nie powinno się przyjmować z innymi lekami, które stosuję (odpowiednio: 49 proc. i 53,4 proc.).

Dziewięciu na 10 ankietowanych pozytywnie ocenia funkcjonowanie narzędzia jakim jest e-recepta. Trzech na 10 badanych negatywnie ocenia teleporadę, wideoporadę z kolei negatywnie ocenia co czwarty respondent.



Magdalena Kotodziej

Magdalena Kotodziej, prezes Fundacji MY Pacjenci – „Rozwój technologii e-zdrowia jest ogólnosiątkowym trendem, zmieniającym systemy opieki zdrowotnej w wielu krajach

w kierunku tworzenia systemów otwartych na potrzeby pacjentów, transparentnych i tańszych niż obecne. Efektywne rozwiązania e-zdrowia mają ze swej natury charakter pacjentocentryczny, przybliżają usługi medyczne do pacjenta, poprawiają ich koordynację poprzez lepszy obieg informacji i wymianę danych medycznych między przedstawicielami zawodów medycznych a pacjentami. Internet stał się dla dużej grupy pacjentów istotnym źródłem i powszechnym narzędziem dostępu do informacji dotyczących diagnozowania i leczenia



Paweł Kikosicki

chorób oraz poruszania się w systemie opieki zdrowotnej. W okresie ostatniego roku blisko 70 proc. respondentów korzystało z Internetu w celach związanych ze zdrowiem”.

Paweł Kikosicki, dyrektor Centrum e-Zdrowia – „Znajomość e-recepty, e-skierowania i Internetowego Konta Pacjenta przez ponad 93 proc. badanych, a także dostrzeżenie przez 87 proc. ankietowanych dynamicznego rozwoju e-zdrowia w ostatnich 2-3 latach – to najlepsza ocena naszej pracy. Nie dziwi fakt, że rozwiązania e-zdrowia są najmniej popularne w najmłodszej grupie wiekowej, bo choć są to osoby zaawansowane cyfrowo, to jednak stosunkowo rzadko korzystają z opieki zdrowotnej. Natomiast bardzo dobrą wiadomością jest znajomość e-usług wśród prawie 95 proc. osób po 60. roku życia”.

WIĘKSZY NACISK POŁOŻYMY NA EFEKTYWNOŚĆ

Co do tego, czy zarządzanie jakością powinno ulec centralizacji, tak jak to przewiduje nowa ustawa, mam wątpliwości. Uważam, że doskonalenie dzisiejszego systemu, gdzie ocena zarządzania jakością w podmiotach leczniczych była prowadzona zarówno przez płatnika, jak i zewnętrzną, niezależną, działającą jednak w imieniu Ministra Zdrowia instytucję ekspercką byłoby rozwiązaniem optymalnym. Nie powinniśmy unikać dyskusji o ewentualnym wprowadzeniu deklaracji pracowników co do wyboru segmentu rynku zdrowia jako miejsca udzielania usług — publicznego czy komercyjnego — mówi gen. prof. Grzegorz Gielera, dyrektor Wojskowego Instytutu Medycznego — Państwowego Instytutu Badawczego.



— Sieć onkologiczna i sieć kardiologiczna — czy to dobry kierunek w którym zmierzamy?

— Na pewno tego typu rozwiązania mają głęboki sens w metodach doskonalenia systemu ochrony zdrowia w części dotyczącej kompleksowej i koordynowanej opieki medycznej. Jest to próba systemowej odpowiedzi na potrzeby epidemiologiczne, wyrażana liczbą i rodzajem najczęściej występujących chorób cywilizacyjnych. W Polsce pierwsze tego typu działania zostały zapoczątkowane w latach 90. ubiegłego wieku programem Polcard i rozwiniętą w toku jego realizacji ogólnokrajową siecią pracowni hemodynamicznych, plasującą nasz kraj na trzecim miejscu w Europie pod względem zdolności w zakresie leczenia ostrych zespołów wieńcowych. To niewątpliwy sukces pokazujący m.in., że państwo dysponujące potencjałem szóstej gospodarki w Europie jest w stanie stworzyć i z powodzeniem wdrożyć własne, autorskie rozwiązania w segmencie ochrony zdrowia, na które stać gospodarki bogatsze, o wyższej kulturze organizacji i zarządzania. Pytanie: czy to samo możemy powiedzieć o kolejnych odstonach tego działania w postaci tworzenia sieci onkologicznej i kardiologicznej? Mimo że obie sieci z punktu widzenia warunków formalno-prawnych są już tworem zdefiniowanym, dołączane są kolejne ośrodki, wyznaczane reguły określające ścieżkę pacjenta w systemie, przed nami jeszcze długa droga do osiągnięcia ambitnych zamierzeń. W przeciwieństwie do okresu, w jakim był wdrażany program Polcard, dzisiejszy rynek zdrowia jest niezwykle dynamiczny, co oznacza, że każda nakładka na system, np. w postaci ogólnokrajowych programów opieki, będzie wymagała od sieci działań dostosowawczych, korygujących przyjęte wyjściowo cele. Osiągnięcie sukcesu w tych warunkach wymaga więc wielkiej finezji w zarządzaniu i w tym upatruję największe wyzwanie, przed którym stoją oba projekty.



W podporządkowaniu płatnikowi całości zadań związanych z oceną jakości dostrzegam ryzyka



— Poziom finansowania polskiego systemu opieki zdrowotnej jest wystarczający? Czy może jest on po prostu nieefektywny?

— I jedno i drugie. Jednak gdybym musiał wartościować, to w większym stopniu położyłbym nacisk na poprawę efektywności wykorzystania środków jakimi dziś dysponujemy, a dopiero potem podejmował dyskusję na temat ich wielkości. Proszę zwrócić uwagę na wzrost finansowania systemu ochrony zdrowia ze środków publicznych, jaki dokonał się w okresie ostatnich lat. Pomiędzy rokiem 2019 i 2023 jest to zmiana wynosząca odpowiednio: 116 i 159 mld złotych, tj. ponad 40 procent. Jednak czy ten wzrost nakładów spowodował choćby 20-procentowe zwiększenie jakości i dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej? Absolutnie nie, bo jak dowodzą tego dane z opublikowanych ostatnio raportów, żadna znacząca zmiana w tej dziedzinie niestety się nie dokonała. Czy też inny dowód, który jest pośrednim wskaźnikiem tego, w jakim stopniu Polacy darzą zaufaniem publiczny system ochrony zdrowia — jak podaje Polska Izba Ubezpieczeń o 15 proc., w ujęciu rok do roku, zwiększyła się liczba osób zawierających umowy na prywatne ubezpieczenie zdrowotne. Dziś jest to już 3,5 mln Polaków!

— Co Pan sądzi o ustawie o jakości?

— Jakość trzeba wdrażać, egzekwować i premiować na poziomie rozporządzeń Ministra Zdrowia czy zarządzeń Prezesa NFZ. Podmioty lecznicze można i — co więcej — należy motywować poprzez różnego rodzaju finansowe zachęty, fachowe wymagania do stałego podnoszenia jakości udzielanych świadczeń. To proces, który nigdy się nie kończy, tak więc formuła, sposób zarządzania nim powinien być jak najbardziej otwarty, w czym regulacja prawna tak wysokiego poziomu, jak ustawa, niekoniecznie musi być najlepszym, najbardziej pożądanym z zarządczego punktu widzenia rozwiązaniem. Co do tego, czy zarządzanie jakością powinno ulec centralizacji, tak jak to przewiduje nowa ustawa, mam wątpliwości.

Uważam, że doskonalenie dzisiejszego systemu, gdzie ocena zarządzania jakością w podmiotach leczniczych była prowadzona zarówno przez płatnika, jak i zewnętrzną, niezależną, działającą jednak w imieniu Ministra Zdrowia instytucję ekspercką byłoby rozwiązaniem optymalnym. W podporządkowaniu płatnikowi całości zadań związanych z oceną jakości dostrzegam ryzyka, z których najważniejsze dotyczy pokusy powiązania skali ocen oraz liczby przyznanych podmiotom leczniczym akredytacji z bieżącą sytuacją finansową płatnika. Certyfikat jakości nie tylko przynosi lecznicy prestiż, ale również wymierne korzyści finansowe, tak więc im mniej przyznanych akredytacji, im gorsza ich ocena, tym mniejsze koszty poniesie płatnik.

— Czy w Pana opinii telepraca i informatyzacja przyczynią się do usprawnienia systemu opieki zdrowotnej w Polsce?

— Jeżeli spojrzymy na ten temat przez pryzmat tego, jak futurologicy widzą nasze najbliższe 100 lat, to z powodzeniem można uznać, że o przyszłości i poziomie rozwoju państw zdecydują dwa czynniki: dostęp do wykwalifikowanej kadry oraz postęp technologiczny. Zatem jestem przekonany, że telemedycyna jest tą technologią, która dysponuje potencjałem dokonania przelomowych zmian w systemie ochrony zdrowia. Wykorzystując jej możliwości, pokonujemy barierę miejsca i czasu przybliżając pacjenta do systemu. Jeśli telepraca ma ułatwić dostęp do lekarza oraz skrócić czas oczekiwania na pomoc medyczną, jestem zdecydowanie za. Natomiast negatywnie odnoszę się do działań, których głównym celem jest usilne dążenie do zastąpienia kontaktu pacjenta z medykiem za pomocą nawet najbardziej doskonałej technologii. Podsumowując ten wątek, uznać można za pewnik, że w perspektywie najbliższej dekady rozwiązania z obszaru telemedycyny zrewolucjonizują organizację i zarządzanie rynkiem usług medycznych w krajach rozwiniętych.

TRENDY

Sztuczna inteligencja w Świętokrzyskim Centrum Onkologii



Stanisław Góźdz.

Wykorzystanie sztucznej inteligencji w diagnozie i leczeniu chorób onkologicznych zakłada zawarte w poniedziałek porozumienie Świętokrzyskiego Centrum Onkologii z Ośrodkiem Przetwarzania Informacji Państwowego Instytutu Badawczego. Zapoczątkowana współpraca ma polegać na stworzeniu m.in. programu i algorytmu. Na ich

podstawie sztuczna inteligencja będzie mogła wskazać pacjentów zagrożonych chorobą nowotworową.

„Dzięki nawiązanej współpracy, ogrom dostępnych informacji, które pojawiają się w diagnostyce m.in. biataczek, będziemy mogli weryfikować, porządkować, systematyzować, by w sposób przystępny, efektywnie mogły one zostać wykorzystane do właściwego zdiagnozowania przypadku i oczywiście wdrożenia odpowiedniego, skutecznego procesu leczenia” – powiedział w poniedziałek dyrektor Świętokrzyskiego Centrum Onkologii prof. Stanisław Góźdz.

Szansa na nowy superantybiotyk

Zupełnie nową klasę antybiotyków, dzięki którym udało się wyleczyć myszy zakażone bakteriami uważanymi dotąd za praktycznie niewyleczalne, opracowali naukowcy z Uniwersytetu Kalifornijskiego w Santa Barbara. Może być to przełom w leczeniu tzw. superbakterii.

Nowy lek działa poprzez jednoczesne zaktócenie wielu funkcji komórek bakteryjnych, co może wyjaśniać jego wysoką skuteczność w zabijaniu wszystkich testowanych patogenów. Co niezwykle ważne – nawet bardzo

długa ekspozycja na lek nie powodowała u bakterii zjawiska lekooporności (lub powodowała je na bardzo niskim poziomie).

Biodegradowalne polimery zamiast jednorazowego plastiku



Mirosława El Fray

Jedno łóżko szpitalne każdego dnia generuje około 3 kg plastikowych śmieci. Aby uczynić szpitale bardziej „zielonymi”, międzynarodowe konsorcjum, koordynowane przez polską uczelnię, opracowuje technologię wytwarzania „roślinnych” polimerów. Postępują one do produkcji biodegradowalnych opakowań medycznych wyrobów

jednorazowego użytku.

GREEN-MAP – to europejski projekt badawczy, którego celem jest opracowanie tzw. zielonych polimerów, a poprzez to stworzenie odpowiednich warunków dla gospodarki o obiegu zamkniętym w branży wyrobów medycznych jednorazowego użytku. Projekt jest realizowany ze środków UE przez konsorcjum koordynowane przez Zachodniopomorski Uniwersytet Technologiczny w Szczecinie (ZUT). Poza nim w skład konsorcjum wchodzi: Uniwersytet Boloński z Włoch, Centrum Materiałów Polimerowych i Węglowych PAN w Zabrze, Uniwersytet Techniczno-Ekonomiczny w Budapeszcie (Węgry), firmy z Włoch, Niemiec, Holandii i Polski oraz jeden partner naukowy z USA. „To, że polska placówka jest koordynatorem tak dużego, międzynarodowego projektu, nie zdarza się często” – podkreśla główna koordynatorka GREEN-MAP, prof. Mirosława El Fray z Katedry Inżynierii Polimerów i Biomateriałów Wydziału Technologii i Inżynierii Chemicznej ZUT.

Nowy Lek



Magdalena Jasińska-Stroschein

Trzyetapowa konsultacja, która obejmie spotkanie wstępne, interwencyjne i kontrolne farmaceuty z pacjentem w sprawie zażywania nowego leku w pierwszym miesiącu jego stosowania – to założenia nowej usługi farmaceutycznej Nowy Lek, przygotowanej przy udziale Naczelnej Izby Aptekarskiej.

Prezes Elżbieta Piotrowska-Rutkowska powiedziała, że dzięki wprowadzeniu przepisów umożliwiających m.in. prowadzenie opieki farmaceutycznej na rzecz pacjentów, zawód farmaceuty ulega głębokim i oczekiwany przemianom. Grono ekspertów skupione w Zespole ds. Standaryzacji Opieki Farmaceutycznej Naczelnej Izby Aptekarskiej opracowało rekomendacje w zakresie prowadzenia wybranych usług opieki farmaceutycznej.

Jedną z takich usług – to Nowy Lek. „Celem usługi jest przede wszystkim dostarczenie pacjentowi informacji na temat nowo wdrażanej farmakoterapii, ocena stopnia stosowania się do zaleceń terapeutycznych, a przede wszystkim wsparcie w realizacji tych zaleceń” – podkreśliła dr Magdalena Jasińska-Stroschein z Katedry Biofarmacji UM w Łodzi. Jest to trzyetapowa konsultacja farmaceutyczna, która obejmuje spotkanie wstępne, interwencyjne i kontrolne. Dwa z nich można przeprowadzić zdalnie – „Tak regularnie powtarzane wizyty w stosunkowo krótkim czasie, bo realizacja usługi to 30 dni od wykupienia leku, pozwalają zmotywować pacjenta do tego, by rozpoczął terapię nowym lekiem, a następnie zachęcić go do wytrwania w długotrwałym nieraz procesie terapeutycznym”.

TRENDSETTERZY

Innowacyjne zabiegi leczące drżenie samoistne i parkinsonowskie w Medicover

Szpital Medicover oferuje zabieg przy użyciu metody MRg-FUS, która pozwala na leczenie drżenia samoistnego i parkinsonowskiego. W zabiegu wykorzystuje się skoncentrowaną wiązkę ultradźwięków, sterowaną za pomocą rezonansu magnetycznego, do zniszczenia struktur odpowiedzialnych za wywoływanie objawów.

W Polsce na chorobę Parkinsona choruje niemal 80 tys. osób. Jednym z objawów tej postępującej choroby neurologicznej jest drżenie (76 proc. pacjentów). Inne schorzenie – drżenie samoistne (głównym objawem jest drżenie obu rąk), występuje 10 razy częściej niż choroba Parkinsona. Przykre symptomy rzutują na życie pacjenta. Dzięki terapii metodą MRg-FUS – wykorzystującą energię ultradźwięków – możliwe jest ich eliminowanie w sposób bezinwazyjny.

Roboty dzieciom



Piotr Czauderna

Pierwsze w Polsce trzy operacje u dzieci z wykorzystaniem robota da Vinci wykonano w Uniwersyteckim Centrum Klinicznym w Gdańsku. Pacjentki w wieku 4, 6 i 17 lat czują się dobrze. Operacje z wykorzystaniem robota da Vinci w UCK zostały przeprowadzone przez eksperta z Francji prof. Thomasa Blan-

ca ze Szpitala Dziecięcego Necker w Paryżu, z którym współdziałali specjaliści z Kliniki Chirurgii i Urologii Dzieci i Młodzieży: prof. Piotr Czauderna, dr hab. Andrzej Gołębiewski, dr Marcin Łosin, anestezjolog dr Małgorzata Barwicka i pielęgniarka instrumentariuszka Anna Raczowska.

Innowacyjne położnictwo

Powstał pierwszy raport poświęcony innowacjom technologicznym w opiece położniczej, zawierający m.in. zalecenia dotyczące postępowania z wykorzystaniem nowych technologii. Kilka polskich szpitali wdroży zaproponowane w nim rozwiązania.

W konkursie Mother and Child Startup Challenge (MCSC) zwycięzcami zostały dwa startupy: CarnaLife Holo oraz Infermedica. Celem konkursu było znalezienie projektów proponujących najefektywniejsze wykorzystanie innowacji w tym obszarze opieki medycznej. Został on zorganizowany przez pięć szpitali: Instytut Matki i Dziecka w Warszawie, Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy im. prof. dr S. Popowskiego w Olsztynie, Uniwersytecki Dziecięcy Szpital Kliniczny im. L. Zamenhofa w Białymstoku, Instytut „Centrum Zdrowia Matki Polki” w Łodzi oraz Centrum Medyczne „Żelazna” w Warszawie.

Projekt CarnaLife Holo bazuje na holograficznej wizualizacji w czasie rzeczywistym, co może ułatwić zabiegi operacyjne u kobiet w ciąży i noworodków. Do tego celu lekarze będą wykorzystywali gogle HoloLens2 firmy Microsoft. Twórcą modeli jest MedApp S.A. Rozwiązanie

zaproponowane przez CarnaLife Holo zostanie wdrożone we wspomnianych wcześniej placówkach.

Z kolei Infermedica zaproponowała platformę opieki podzieloną na trzy moduły: Triage, Intake, Follow Up. Działalność jej polega na zebraniu wstępnego wywiadu, sugerowaniu przyczyn na podstawie objawów, oraz kierowaniu pacjentów do miejsc uzyskania odpowiednich świadczeń w danej placówce. Z tego rozwiązania zaczną korzystać cztery szpitale: Instytut Matki i Dziecka, Uniwersytecki Dziecięcy Szpital Kliniczny w Białymstoku, Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy w Olsztynie, Centrum Medyczne „Żelazna”

Szybki test na endometriozę

Naukowcy z Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego opracowali szybki, bezinwazyjny test na endometriozę, który daje wynik już po kilku dniach. To przełomowe odkrycie, bowiem do tej pory na diagnozę czekało się nawet kilka lat. Istotą wynalazku jest innowacyjna metoda nieinwazyjnej diagnostyki endometriozy i różnicowanie stopnia zaawansowania tego schorzenia. Metoda opiera się na pomiarze zawartości i poziomów wybranych markerów oraz charakterystycznych profili markerów w próbce osocza wraz ze sprawdzeniem istnienia statystycznych różnic w stężeniu wskazanych markerów i ich profili. Test opracował zespół naukowców, wśród których są m.in. prof. Jacek Malejczyk oraz dr Ilona Kalaszczyńska z Katedry i Zakładu Histologii i Embriologii WUM.

Neurologia w dobrym stanie ale z wyzwaniami

Profesor Agnieszka Stowik, konsultant krajowa w dziedzinie neurologii, powiedziała na HCC w Katowicach, że aktualny stan polskiej neurologii można uznać za dobry. Dodała przy tym od razu, że cały czas trwają badania, będą się pojawiać coraz nowocześniejsze leki, więc utrzymanie tej dziedziny medycyny na dobrym poziomie wymaga szybkiego dostosowywania się — „Cały czas procesy refundacyjne muszą trwać. Nie możemy spocząć na laurach. Musimy być cały czas aktywni”.

Profesor Konrad Rejdak, prezes Polskiego Towarzystwa Neurologicznego podkreślał, że trzeba poprawić leczenie spastyeczności. Obecnie do programu lekowego B57 (czyli przy użyciu toksyny

botulinowej) kwalifikowani są tylko pacjenci u których objaw ten jest wynikiem przebytego udaru mózgu. U osób z inną przyczyną, mimo przerw klinicznych, pozostaje sama farmakoterapia, która przy zaawansowanych dolegliwościach bywa mało skuteczna — „Należy poszerzyć wskazania w programie lekowym o inne jednostki chorobowe, które być może wiąże się z jeszcze większym cierpieniem pacjentów z powodu spastyeczności”.

Profesor Alina Kućkowska, prezes-elekt, PTN podkreśliła problem dostępności leczenia chorób neurologicznych, który



Alina Kućkowska

pomimo wprowadzania nowych terapii wciąż narasta. Chociaż pacjenci nawet w mniejszych ośrodkach mają dostęp do opieki na najwyższym poziomie, ale obawy budzi liczba specjalistów — „Mamy kogo leczyć, mamy czym leczyć, mamy gdzie leczyć, ale jeszcze musimy mieć tych co będą leczyć pacjentów (...). Polski neurolog ma średnio 55 lat, a 1/3 z nich ma już prawa emerytalne i w każdej chwili może przejść na emeryturę (...). Tej specjalizacji trzeba nadać priorytet”. Profesor Kućkowska zasygnalizowała ponadto konieczność podwyżki ryczałtu diagnostycznego, z uwagi na nowe koszty związane z dodatkowymi

badaniami pacjentów, u których włącza się do terapii najnowsze leki.

Za ograniczenia liczby pacjentów w programach, według prof. Kućkowskiej, odpowiadają nie tylko zbyt wąskie wskazania ujęte w założeniach tych programów. Dochodzi tu także niska świadomość pacjentów, ich rodzin, a także lekarzy POZ. Należy też poprawić organizację ośrodków leczących w ramach programów lekowych — „Nie otwierać nowych, bo liczba ich jest odpowiednia, ale te co są rozwijać m.in. poprawić wycenę pracy personelu. Poprawa organizacji ośrodków leczących w ramach programów lekowych nie będzie możliwa bez odpowiednich nakładów finansowych”.

Model leczenia przewlekłej choroby nerek

Budowanie świadomości na temat przewlekłej choroby nerek — to jeden z postulatów Koalicji na Rzecz Przewlekłej Choroby Nerek. „Problem polega przede wszystkim na tym, żeby chorobę nerek wykryć. Szukamy aktywnie wielu nowotworów, a choroby nerek nie. A ona nie boli, tak samo, jak rak sutka czy rak szyjki macicy. Należy się badać, inaczej tej choroby nie znajdziemy” — zauważa prof. Ryszard Gellert, konsultant krajowy ds. nefrologii.

Jak powinien wyglądać optymalny model opieki nad pacjentem z przewlekłą chorobą nerek? „W grudniu 2022 AOTMiT pozytywnie zaopiniował dokument, dotyczący modelu organizacji opieki ambulatoryjnej nad pacjentem z przewlekłą chorobą nerek. W tym momencie czekamy na decyzję Ministerstwa Zdrowia i liczymy, że w niedługim czasie

podjęte zostaną prace legislacyjne, dotyczące wnioskowanych zmian” — zapowiada prof. Gellert — „W dokumencie znajdują się bardzo precyzyjne wytyczne dla lekarza rodzinnego, lekarza POZ, diabetologa i kardiologa, kiedy i jakie postępowanie zastosować, a kiedy pacjenta skierować do nefrologa.”

Diagnostyka PChN opiera się na badaniach kreatyniny lub albuminurii. Badanie albuminurii jest szczególnie istotne, bo na jego podstawie można wykryć PChN wcześniej niż za pomocą badania kreatyniny i wprowadzić leczenie nefroprotektoryjne. Jednak w rzeczywistości rzadko się je wykonuje. Zdaniem prof. Ryszarda Gellerta, szczególną uwagę na potrzebę regularnych pomiarów kreatyniny i albuminurii powinni zwrócić lekarze POZ u chorych z tzw. grupy podwyższonego ryzyka. PChN rozwija

się często na podłożu cukrzycy typu 2, nadciśnienia tętniczego czy niewydolności serca, ale też innych chorób. Warto profilaktycznie wykonywać badania stężenia kreatyniny oraz poziomu albuminurii w kierunku PChN. Wartościowe może być nawet zwykłe badanie moczu, które w przypadku nieprawidłowości zwróci uwagę lekarza i skłoni go do dalszego poszukiwania problemu. Jednak nie każdy lekarz POZ może zlecić badanie poziomu albuminurii.

„Kryterium refundacyjne, które obecnie obowiązuje, czyli albuminuria na poziomie > 200 mg/g, ogranicza potencjalnie zastosowanie ferozyn u pacjenta, u którego nie stwierdzimy takiego wyniku” — ocenia



Ryszard Gellert

prof. Magdalena Krajewska, prezes Polskiego Towarzystwa Nefrologicznego — „Dlatego zapis refundacyjny powinien brzmieć: albuminuria lub białkomoczu.” Taka liberalizacja warunków refundacji dla ferozyn pozwoliłaby na poprawę rokowań u znacznie większej grupy pacjentów.

Oprócz wczesnego wykrywania choroby ważna jest też jej profilaktyka. Jak mówi prof. Krajewska — „Zapobieganie PChN — to skuteczne leczenie nadciśnienia, kontrola gospodarki węglowodanowej, ograniczenie spożycia soli i białka zwierzęcego. A przede wszystkim nie należy unikać lekarza internisty ani dentysty. Stany zapalne przyzębia wiążą się z chorobami nerek, serca i naczyń.”

Expose ministra w Katowicach

W wystąpieniu otwierającym VIII Kongres Wyzwań Zdrowotnych w katowickim Międzynarodowym Centrum Kongresowym minister Adam Niedzielski podkreślił znaczenie ustawy o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta — „To jest ustawa, która według mojego podejścia, w najbliższym czasie będzie porządkowała nasze prace. Bez względu na to, czego one dotyczą, w jakiej dziedzinie i w jakim zakresie są realizowane — będzie dawała wyznacznik”.

„Najbliższy okres będzie czasem wyężonej pracy wdrożeniowej, związanej zarówno z Krajową Siecią Onkologiczną, ustawą o jakości, ale też masą innych rozwiązań, które przyjęliśmy, bo np. dzisiaj na Śląsku będziemy inaugurowali włączenie Śląska do pilotażu Krajowej Sieci Kardiologicznej. Jest tutaj z nami prof. Agnieszka Mastalerz-Migas, z którą od października pracujemy intensywnie,



Adam Niedzielski

nie, aby opieka koordynowana weszła do naszego systemu, stała się jego trwałym elementem i żeby wreszcie podstawowa opieka zdrowotna odgrywała proaktywną rolę w prowadzeniu pacjenta w zdrowiu, nie tylko w reagowaniu na chorobę. Tych zagadnień i zmian wprowadzonych w ostatnich latach jest bardzo

dużo. Dzisiaj jest okazja, aby uporządkować spojrzenie na te wszystkie zmiany, bo być może wyrwane z kontekstu, czy oglądane oddzielnie, robią po prostu wrażenie działalności chaotycznej i spontanicznej. Chcę państwu zapewnić, że plan zreformowania systemu opieki zdrowotnej jest naprawdę bardzo głęboko przemyślany. Bo zaczynając od najszerzego spojrzenia, zdecydowaliśmy, że ramą do tego, aby myśleć o zreformowaniu systemu, będzie pakiet trzech fundamentalnych reform, które mają postać gwarancji, jakie państwo udziela systemowi opieki zdrowotnej” — mówił Adam Niedzielski.

Pierwsza z tych gwarancji dotyczy finansowania, pierwotnie określonego na 6 proc. PKB, a po zmianach — na 7 proc. PKB w 2027 r. „Mamy gwarancję ustawową, że nakłady na system opieki zdrowotnej będą systematycznie rosnąć do poziomu, który oczywiście jest jeszcze daleki od tego, żebyśmy — my tutaj szczególnie — stwierdzili, że to wystarczy, ale to jest zapewnienie, że niezależnie od sytuacji budżetowej, sytuacji na świecie, mamy gwarancję, że nakłady na system opieki zdrowotnej będą rosły” — stwierdził.

Druga gwarancja dotyczy personelu, zawierając rozwiązania płacowe dla systemu opieki zdrowotnej — „Udało nam się wypracować gwarancję dla personelu, który ma zapewnione, że będzie beneficjentem wzrostu nakładów, że każdy wzrost każdego 1 lipca kolejnego roku będzie przekładał się na zwiększone wynagrodzenia, bo ta gwarancja minimalnych wynagrodzeń jest również zapisana w ustawie”.

Trzecią gwarancją, dla pacjenta, jest ustawa o jakości, która — jak mówił min. Niedzielski — ma zagwarantować pacjentowi, że będzie w realny sposób korzystał ze wzrostu nakładów poprzez to, że „jakość świadczeń medycznych zostanie postawiona jako główny element rozliczeniowy w systemie opieki zdrowotnej”.

„Nie jest tajemnicą, że rozliczanie świadczeń medycznych wykonywanych przez NFZ bazowało na rozliczaniu procedury — niezależnie od tego, jak była wykonana, była opłacona. A my zmieniamy teraz filozofię: jeżeli będziesz potrafił wykazać, że procedura jest realizowana w bardziej przyjaznych warunkach dla pacjenta, że jest bardziej skuteczna pod kątem klinicznym, to taki podmiot, taki świadczeniodawca będzie miał więcej środków. Inwestowanie w jakość nie będzie już hobby, tylko będzie bardzo opłacalne” — mówił minister zdrowia.