

MODERN HEALTHCARE INSTITUTE

NR 23 grudzień 2023

mZdrowie.pl

Idą zmiany

Wynik wyborów doprowadził do stworzenia rządu koalicyjnego, złożonego z czterech większych i kilku drobniejszych partii i ugrupowań. W tej sytuacji wzrośnie rola Sejmu i komisji sejmowej, jako miejsca do dyskusji o zmianach systemu ochrony zdrowia. Kierownictwo Ministerstwa Zdrowia będzie także wielopartyjne. W połączeniu z możliwością wetowania nowych ustaw przez prezydenta, zapowiada to wolniejsze wprowadzanie zmian, wydłużenie procesu legislacyjnego i przeniesienie ciężkości dyskusji z rządu do parlamentu. Nowy szef sejmowej komisji zdrowia, którym został Bartosz Artukowicz, będzie odgrywał pierwszoplanową rolę.



Bartosz Artukowicz

Najbardziej znienawidzone słowo

Kiedy myślimy o ochronie zdrowia w Polsce — wydaje się, że kandydatów do tytułu nie brakuje. Może to kolejka? Może deficyt? A może limit?

Wydaje się jednak, że konkurs w cuglach wygrywa... efektywność.

Ileż to razy styszeliśmy, że samo dosypywanie pieniędzy do systemu nie wystarczy. Że trzeba jeszcze efektywnie z nich korzystać. Argument po raz kolejny powrócił przy wyborach. Tym razem od strony zadłużenia szpitali. Jedni mówią — trzeba oddłużyć, drudzy — że szkoda kasy, dopóki nie poprawi się systemu (system to mocny kandydat do tytułu, zaraz po efektywności). Pacjenci tego nie rozumieją. Według GUS publiczne wydatki bieżące na ochronę zdrowia wyniosły 154 mld zł w 2022 r. i były o 31,2 mld zł wyższe niż w 2021 r., a ich udział w PKB wyniósł 5 proc. Rósł też wydatek prywatny. A jest jak było? Rosną budżety szpitalne a nie rośnie liczba wykonywanych procedur? Nadal nie warto mieć poważniejszych problemów zdrowotnych w weekend, bo kłopotem może być znalezienie specjalisty? Nawet prywatnie?

Nic dziwnego, że w „systemie” nikt nie lubi „efektywności”. Pisałem już na tych łamach kiedyś, że daleko nam do zapaści, w jakiej znajduje się brytyjski NHS. Ale nasza ochrona zdrowia z pewnością zdrowa nie jest i dopóki jej nie wyleczymy, będzie jak w słowach znanej piosenki, napisanej zresztą przez lekarza: „wszyscy zgadzają się ze sobą, a będzie nadal tak jak jest”.

Z okazji nadchodzących Świąt Bożego Narodzenia i Nowego Roku życzyłbym Państwu, żeby w końcu było inaczej. Wiary we mnie jednak mało, więc po prostu życzę dużo zdrowia. Będzie nam potrzebne.



Karol Poznański

Gorący kartofel

Dla wszystkich pracujących w branży medycznej nie ulega wątpliwości, że najważniejsze jest Ministerstwo Zdrowia. Jednak obserwując negocjacje koalicyjne większości parlamentarnej nie można nie dostrzec, że dla polityków jest to rodzaj gorącego kartofla, którego nikt nie chce wyciągać z politycznego ogniska. Można odnieść wrażenie, że nikt tego resortu nie chce wziąć, a przecież tam jest około 200 miliardów złotych do wydania, mnóstwo ciekawych posad do obsadzenia, np. w Agencji Badań Medycznych, NFZ i innych instytucjach podległych. Co takiego się dzieje, że politycy koalicji wkrótce rządzącej nie palą się do tego, żeby objąć ten resort?

Otóż wydaje się, patrząc na badania opinii publicznej, że w stosunku do tego resortu Polacy mają ogromne oczekiwania. Zdrowie dla Polaków to chyba dziś najważniejsza dziedzina, którą nowy rząd powinien się zająć. Tak jak równie ogromne są oczekiwania, tak są również ogromne wyzwania czekające nowego ministra. Nie dość, że w obszarze systemowym, przyjazności ochrony zdrowia pacjentowi to również elektorat oczekuje rozliczenia poprzedników z wszystkich afer. Minister będzie musiał rozliczać i jednocześnie zarządzać krótką kotderką, która stała się jeszcze krótsza, zanim jeszcze minister zdążył się pojawić w resorcie, bo dostał wrzutkę od swoich kolegów w postaci podwyżki pensji dla pielęgniarek — koszt bagatela 10 miliardów złotych. Pogodzenie wielu interesów środowiska, oczekiwań pacjentów, wyzwań systemowych i toczenie wojny z poprzednikami każdego przyprowadzi o prawdziwy ból głowy. Nowy minister, by nie stać się „zderzakiem” będzie musiał mieć oczy wózków i naprawdę świetnie zorganizowaną i znającą temat ekipę, która będzie umiejętnie omijać rafy.

I jasno trzeba sobie powiedzieć. Moim zdaniem to obszar zdrowia będzie kluczowy w nadchodzącej kadencji i od sukcesu lub porażki w tym resorcie będzie zależało powodzenie rządzących w kolejnych nadchodzących wyborach, prezydenckich i parlamentarnych. Tu nie będzie miejsca na błędy.



Mariusz Gierę

w numerze

▶ 4-7

Alfabet 2023



Lukasz Jankowski

▶ 8

Wartość niejedno ma imię



Magdalena Władysław

▶ 10

Bezdech nocny dusiciel



Wojciech Kukwa

▶ 10

Rzut oka na polską okulistykę



Marek Rękas

▶ 11, 12

Ustyszane w Karpaczu



Małgorzata Gaćka-Sobotka

TWIT MIESIĄCA



Bartosz Arlukowicz

@Arlukowicz

Dziękuję wszystkim Wam za zaufanie! Ruszamy z pracą w Komisji Zdrowia! Przypomniat mi się dzisiaj nasze stare, dobre komisyjne czasy 😊
#KomisjaZdrowia



FAKTY

Nowa Zelandia nadal w dymie

Rząd Nowej Zelandii wycofa się z ambitnego planu walki z paleniem papierosów – zapowiedział nowy premier Christopher Luxon. Wprowadzony za rządów byłej premier Jacindy Ardern tak zwany "pokoleniowy zakaz palenia" miał na celu zakazanie sprzedaży papierosów osobom urodzonym po 2008 roku. Działacze prozdrowotnej koalicji określili decyzję nowych władz jako "ogromne zwycięstwo przemysłu tytoniowego" – podała agencja AFP.

Popandemiczny wzrost chorób zakaźnych



Iwona Paradowska-Stankiewicz

Wzrosła liczba zachorowań na choroby zakaźne m.in. krztusiec, legionellozę, RCV, grype, gruźlicę. Znacznie nasiliły się także zachorowania na COVID.

„Niewątpliwie nastąpiło osłabienie odporności po COVID-19, stąd większa podatność populacji na infekcje” – przyznaje prof. Iwona Paradowska-Stankiewicz, konsultant krajowa w dziedzinie epidemiologii. Dotyczy to szczególnie osób starszych oraz z tzw. wielochorobowością.

W polskich szpitalach nie jest bezpiecznie

Tylko 30 proc. szpitali stosuje wyłącznie igły tepe do przygotowania leków, tylko 27 proc. placówek prowadzi elektroniczne rejestry zranień, a ponad połowa szpitali nie korzysta z kaniul bezpiecznych, które nie tylko zapewniają bezpieczeństwo personelowi, ale są również bezpieczniejsze dla pacjenta. – to niepokojące dane z drugiej edycji raportu „Bezpieczny szpital to bezpieczny pacjent”.

Więcej kart DiLO

W pierwszej połowie 2023 roku wydano ponad 182 tysiące kart DiLO, podczas gdy całym roku 2018 było to 234 tys. kart. Jak wynika z raportu „Dostęp pacjentów onkologicznych do terapii lekowych na tle zmian systemowych w Polsce”, który został przygotowany przez HTA Consulting na zlecenie ALIVIA Fundacja Onkologiczna, wzrasta liczba wystawianych kart DiLO. Najwięcej kart wystawianych jest w ambulatoryjnej opiece specjali-

stycznej. Coraz więcej kart DiLO wystawiają także lekarze pierwszego kontaktu.

Szczep albo płac

Trwa spór polskiego rządu z firmą Pfizer, dotyczący kontraktów zobowiązujących Polskę do zakupu kolejnych partii szczepionek przeciwko COVID-19. W obliczu wielomiesięcznej nadpodaży tych preparatów, a także obciążeń dla finansów publicznych w konsekwencji rosyjskiej agresji zbrojnej na Ukrainę, Polska postanowiła renegocjować umowy zawarte na wcześniejszym etapie pandemii COVID-19. Pfizer pozwał Polskę za niewywiązanie się z umowy szczepionkowej i żąda zapłaty 6 mld zł, a sprawa dotyczy 60 mln szczepionek przeciw COVID-19, których Polska nie odebrała. Pozew został złożony w Brukseli.

Komisja Europejska walczy z brakami leków



Stella Kyriakides

Komisja Europejska przyjęła zestaw działań, aby skuteczniej zapobiegać krytycznym niedoborom leków w UE i je łagodzić. Kluczowym celem jest zapobieganie krytycznym niedoborom na szczeblu UE i ich łagodzenie.

W komunikacie skupiono się w szczególności na najważniejszych lekach o krytycznym znaczeniu, w przypadku których bezpieczeństwo dostaw musi być zapewnione przez cały czas. Działania mają opierać się na środkach w ramach Europejskiej Unii Zdrowotnej, zwłaszcza wzmocnionych uprawnieniach Europejskiej Agencji Leków. Komisja proponuje m.in. uruchomienie europejskiego dobrowolnego mechanizmu solidarnościowego na rzecz leków, unijny wykaz leków o krytycznym znaczeniu, wspólne unijne zamówienie antybiotyków i leków przeciwko wirusom wywołującym choroby układu oddechowego na nadchodzącą zimą. Urząd ds. Gotowości i Reagowania na Stany Zagrożenia Zdrowia (HERA) i EMA określiły kluczowe antybiotyki (w tym niektóre środki dla dzieci), w przypadku których przewidywane jest wystąpienie ryzyka krytycznego niedoboru przed nadjeściem zimy.

PRAWO

Receptomaty nadal działają



Dariusz Samborski

Tak zwane receptomaty wciąż działają bez kontroli i ograniczeń – alarmuje Dariusz Samborski, członek Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej. I dodaje – „Samorząd lekarski wielokrotnie podkreślał, że niezasadne jest traktowanie teleporady jako metody pozwalającej na wystawianie recept z pominięciem standardów należytej staranności w opiece nad pacjentem. O wystawieniu recepty, po przeprowadzeniu badania w formie teleporady, powinny zawsze decydować względy medyczne, a nie wyłącznie oczekiwania poparte uiszczeniem opłaty za usługę. Mimo to, tzw. receptomaty wciąż działają bez kontroli i ograniczeń”.

W systemach zarządzanych przez Centrum e-Zdrowia limity na wystawianie recept, wprowadzone przez ówczesnego ministra zdrowia Adama Niedzielskiego, zostały zniesione w ramach tzw. białej listy placówek. Oficjalnie jednak, jak zaznacza samorząd lekarski, lista nie jest powszechnie znana. Nie przedstawiono również strategii, czy tzw. mapy drogowej na całkowite zniesienie tych limitów.



Bartłomiej Chmielowiec

Rzecznik Praw Pacjenta wydał dotychczas 9 decyzji uznających stosowanie praktyk naruszających zbiorowe prawa pacjentów przez placówki medyczne, które za pośrednictwem serwisów internetowych oferują płatne konsultacje lekarskie, w tym możliwość szybkiego uzyskania e-recepty wyłącznie na podstawie wypełnianej przez pacjenta ankiety on-line, bez konsultacji z lekarzem

za pomocą systemów teleinformatycznych lub systemów łączności. Takie placówki potocznie nazywane są „receptomatami”, które rozpowszechniły się w dobie pandemii, często reklamując swoje usługi w internecie np. „recepta w 15 minut za jedynie 59 zł”.

RPP walczy z ILADS

Rzecznik Praw Pacjenta wszczął już 25 postępowań w sprawach praktyk naruszających zbiorowe prawa pacjentów. Do tej pory RPP zakończył 20 z nich i w wydawanych decyzjach uznał, że zastosowanie wielomiesięcznej terapii antybiotykami zgodnie z zasadami ILADS narusza zbiorowe prawa pacjentów do świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej.

Bezpłatne recepty w każdym gabinecie?

Naczelna Izba Lekarska proponuje, aby zmienić zasady wystawiania bezpłatnych recept, tak aby mogli je wystawiać wszyscy lekarze, niezależnie od miejsca zatrudnienia. Według obecnych przepisów takich recept nie mogą wystawiać lekarze, nawet specjaliści, którzy pracują w gabinetach lub jednostkach niemających umów z NFZ. W ocenie NIL jest to ewidentna niesprawiedliwość i niesłuszne ograniczenie nie tylko uprawnień lekarza, ale przede wszystkim ograniczenie praw pacjenta. NIL pracuje nad rozwiązaniami, które mogłyby to umożliwić.

KADRY

Bartosz Arłukowicz jest nowym przewodniczącym sejmowej komisji zdrowia. Jego zastępcami zostali: **Rajmund Miller**, **Elżbieta Gelert** oraz **Marcelina Zawisza**.

Katarzyna Sójka przestała być ministrem zdrowia. Jej miejsce w tymczasowym gabinecie formowanym przez Mateusza Morawieckiego zajęła **Ewa Krajewska**, dotychczas pełniąca funkcję Głównego Inspektora Farmaceutycznego.



Eurodeputowany **Adam Jarubas** został wybrany na przewodniczącego stałej Podkomisji Zdrowia Publicznego (SANT) w Parlamencie Europejskim. Zastąpił na tym stanowisku Bartosza Arłukowicza, który zdobył mandat poselski w Polsce.



Beata Małecka-Libera została przewodniczącą senackiej komisji zdrowia.

Roman Topór-Mądry został odwołany ze stanowiska prezesa AOTMiT.

Grzegorz Rychwalski został wiceprzewodniczącym sekcji zdrowia Doradczego Komitetu Biznesu i Przemysłu OECD.

Rzecznik Praw Pacjenta powołał pierwszą grupę członków Zespołu ds. Świadczeń z Funduszu Kompensacyjnego Zdarzeń Medycznych – 45 ekspertów reprezentujących różne dziedziny medycyny. Zadaniem zespołu jest wydawanie opinii medycznych wspomagających RPP w rozpatrywaniu wniosków o przyznanie świadczenia kompensacyjnego. Skład zespołu będzie stopniowo rozszerzany.

MAGIA LICZB

Kończy się wyjątkowy rok, w którym naszym systemem zdrowia kierowało aż czterech ministrów zdrowia (wyrównany rekord z 2004 roku) – piszę te słowa w momencie, kiedy jeszcze trwa straceńczą misją premiera Morawieckiego, próbującego utworzyć nowy rząd, w którym za zdrowie odpowiada Ewa Krajewska. Rozpoczęliśmy ten rok z Adamem Niedzielskim, potem od sierpnia na Młodej panowała Katarzyna Sójka. A jeszcze w grudniu prawdopodobnie powstanie nowy rząd koalicyjny, z nowym ministrem. Z tego rekordu nikt chyba się nie cieszy, bo częste zmiany personalne oznaczają brak strategii, doraźne działania, dryfowanie i bylejakość. Jednocześnie w mijającym roku padły inne rekordy, które chyba większość z nas odbiera pozytywnie: wydatków na ochronę zdrowia, zarówno publicznych (ponad 170 mld?), jak i prywatnych (ponad 55 mld?), zrefundowanych "częsteczkowskazań" nowych leków (145), miejsc rezydenckich (jesienią 6262), studentów medycyny (9804 miejsca na pierwszym roku), uczelni prowadzących kierunek lekarski (36) czy choćby szpitali wykonujących zabiegi w asyście robotów (prawie 60). Zwiększenie każdej ze wspomnianych liczb samo w sobie jest dobre. Ale więcej nie znaczy lepiej. To dopiero początek. Za ilością zawsze musi iść również jakość, w przeciwnym razie będziemy mieli do czynienia tylko z inflacją. Życzymy sobie, żeby w nadchodzącym roku nie było inflacji, tylko rzeczywisty rozwój systemu. I żeby był jeden minister, ale za to kompetentny.



Krzysztof Jakubiak

POSZUKUJEMY WARTOŚCI DODANEJ

Świadomość, że chirurgia robotowa jest najlepszym kierunkiem rozwoju, mieliśmy odkąd te urządzenia się pojawiły na świecie, a potem pierwszy polski system – we Wrocławiu przecież – w 2010 roku. Przez wiele lat było to jednak nieosiągalne, z różnych przyczyn, głównie finansowych. Spodziewałem się, że marsz robotów do szpitali rozpocznie się bardzo szybko, ale stało się inaczej – po części dlatego że korzyści z ich stosowania nie były na początku dobrze udokumentowane w literaturze, a jednocześnie przez wiele lat polskich szpitali nie było stać na takie inwestycje.



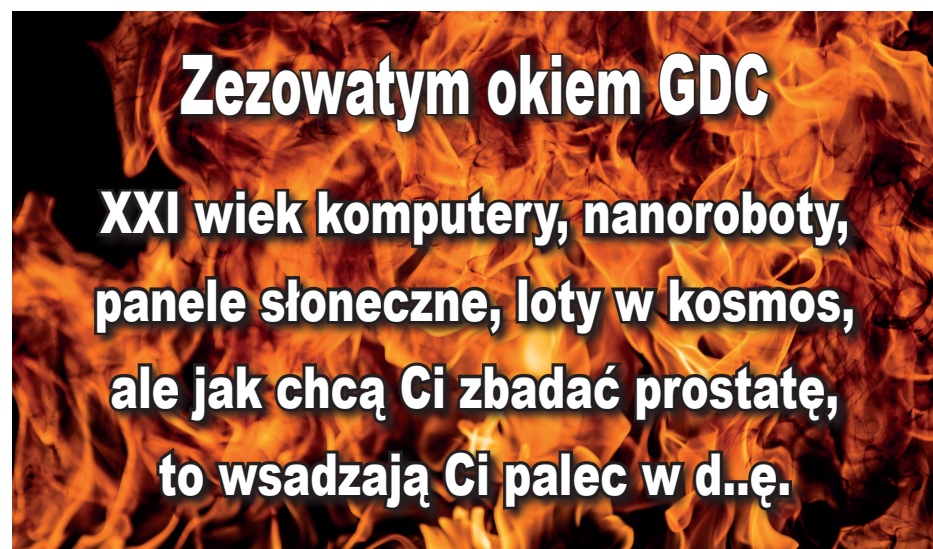
Bartosz Matkiewicz

To jest droga technologia, wydatek rządu 15 milionów złotych – to dla szpitala bardzo dużo. Ale w tym kontekście bardzo chętnie cytuję profesora Bena Daviesa, urologa z Pittsburga, jednego z edytorów „Journal of Urology”. Kiedyś w swoim edytoriale poświęconym systemom robotycznym napisał, że ich użycie jest bardzo drogie – a pisał to przecież w warunkach amerykańskich – ale nie wyobraża sobie, że miałby operować pacjentów inaczej. Wszyscy mamy świadomość wad systemów robotycznych, ale jednocześnie wszyscy wiemy, jakie są ich zalety. To jest droga technologia, która jednak przynosi zyski w globalnym rozliczeniu.

Stworzenie centrum w naszym szpitalu kosztowało w sumie około 21 milionów, wliczając zakup systemu da Vinci, adaptację pomieszczeń i wyposażenie sali robotycznej oraz przyległych pomieszczeń.

— prof. Bartosz Matkiewicz, kierownik Kliniki Urologii Małoinwazyjnej i Robotycznej, Uniwersytecki Szpital Kliniczny im. Jana Mikulicza Radeckiego we Wrocławiu

MEM NUMERU



POLSKI PACJENT NIE POTRZEBUJE KAMPANII WYBORCZEJ

Chociaż mogłoby się wydawać, że wraz z wyborami parlamentarnymi 15 października zakończyła się kampania wyborcza, to, jak to w demokracji, już od następnego dnia rozpoczęła się kolejna. Polityka nie znosi próżni. Życie zresztą też. W polityce w zasadzie każdy bezkarnie może twierdzić, że ma poparcie. Niektórzy, nawet wbrew arytmetyce, mogą je pozorować, inni uparcie szukać w tylko sobie znanych zakamarkach. To element nieustającej kampanii wyborczej i już jesteśmy jej świadkami. Problem w tym, że w obszarze zdrowia nie ma czasu na grę pozorów. Nie potrzebujemy w onkologii wielkich haset tylko po to, by o nich słuchać. Nie potrzebujemy pustych słów bez, nomen omen, poparcia. Potrzebujemy rzetelnej pracy i racjonalnych działań bez zbędnej zwłoki.



Anna Kupiecka

W ostatnich latach jednym z obszarów, który w systemie ochrony zdrowia funkcjonował w ocenie wielu przedstawicieli pacjentów, naprawdę niezłe, była polityka refundacyjna. Widzieliśmy, że w Departamencie Polityki Lekowej Ministerstwa Zdrowia prowadzone są faktycznie konkretne, rzeczowe działania. Widzieliśmy, że w te działania aktywnie włączane są organizacje pacjenckie, że wstuchiwano się w głos ekspertów. To zaowocowało konkretnymi refundacjami i nadgonieniem dystansu w dostępie do terapii w wielu obszarach terapeutycznych.

Ciągłość dobrych działań można zachować nawet pomimo zmian politycznych. I o to apelują polscy pacjenci. Razem z 59 innymi organizacjami zwróciliśmy się z apelem do Ministerstwa Zdrowia, ale także prezydium sejmowej Komisji Zdrowia X kadencji,

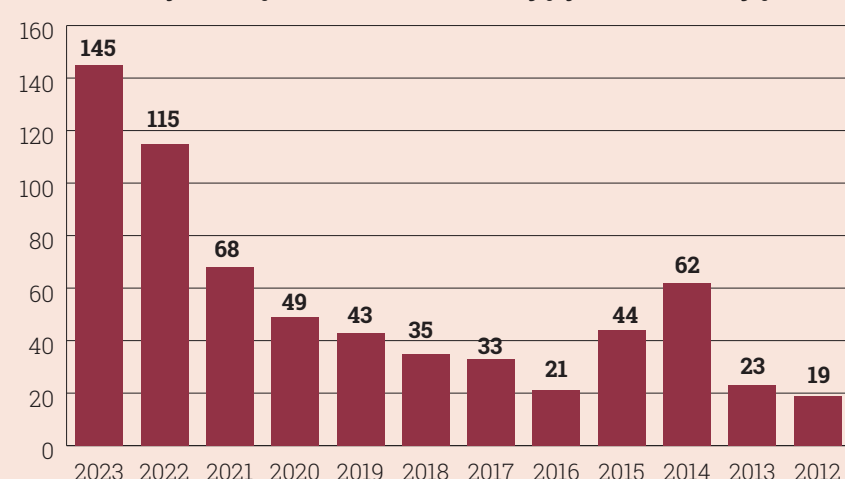
by ciągłość podejmowania decyzji w polityce lekowej została zachowana. W tym obszarze potrzeba jest kontynuacji, by trend nadgania zaległości refundacyjnych w Polsce nie został zachwiany. Zwłaszcza w obliczu dodatkowych zmian, wynikających z nowelizacji ustawy refundacyjnej.

Niestety, o ile w obszarze dostępu do nowoczesnych leków wydarzyło się wiele dobrego, o tyle zupełnie inaczej jest w organizacji opieki onkologicznej. Nieustannie słyszymy o nowych pomysłach, strategiach, planach, rozważaniach, pilotażach. Tak, pewne rozwiązania trzeba przetestować, wdrażać z głową. Ale w międzyczasie umierają ludzie. Wiele z tych śmierci to pokłosie braku dobrej organizacji opieki onkologicznej. A ta wynika z braku długofalowej strategii, której realizacja miałaby charakter ciągły i podlegałaby jedynie korektom oraz modyfikacjom w zależności od bieżących efektów.

Ścieżki pacjenta są zbyt długie i zbyt zawite. Chorzy wciąż błąkają się od poradni do poradni, od ośrodka do ośrodka. Nie zmieniła tego karta DILO, nie zmienił pakiet onkologiczny, nie zmienił pilotaż Krajowej Sieci Onkologicznej, bo nie mamy na to dowodów. Nic nie usprawniło ścieżki pacjenta. Największa potrzeba to poprawa zgłaszalność na badania przesiewowe, a jeśli nastąpi podejrzenie choroby onkologicznej, żeby pacjent natychmiast wpadał w sprawną maszynę onkologiczną, która go przeprowadzi przez cały proces leczenia. Nie potrzebujemy jednak w tej dziedzinie kampanii wyborczej. Polscy pacjenci potrzebują pilnych, konkretnych i rzeczowych działań. Tylko tyle i aż tyle.

WYKRES NUMERU

Liczba nowych częsteczkowskazań objętych refundacją 2012-2023



ALFABET 2023, CZYLI GRUPA

Podsumowanie dorobku osób, które decydowały w 2023 roku o kształcie i zmianach naszego systemu ochrony zdrowia w znacznej części przypomina strony dawnych gazet z nekrologami. Może się okazać, że jedna trzecia albo i połowa tych najważniejszych aktorów zejdzie ze sceny naszego systemu – i to nie tylko wskutek zmiany na szczytach władzy. W wielu przypadkach to decyzje apolityczne, biznesowe lub całkowicie prywatne. Czy następcy spiszą się lepiej, czy gorzej – czas pokaże. A w oczekiwaniu na nowych ministrów, nominatów, prezesów, dyrektorów i kierowników, oceniamy tych, którzy trwali na posterunku i ciągnęli ten wózek, zwany systemem. Jak zawsze, robimy to w kolejności alfabetycznej, żeby nikomu nie było przykro.

A Bartosz Arłukowicz

jest wygrany potrójnie. Ma nazwisko na A, więc jest pierwszy w Alfabetcie. Opuścił deszczową Brukselę na rzecz coraz piękniejszej ulicy Wiejskiej w Warszawie. Wrócił na fotel, na którym chyba czuł się najlepiej w życiu. Jako szef sejmowej komisji gwarantuje, że w czasie obrad nie będzie za spokojnie, ale z pewnością ciekawie.

B Maciej Banach

konsekwentnie od lat zwalcza problemy polskich pacjentów od podstawy, czyli od zaburzeń lipidologicznych. To trudniejsze i mniej medialne niż hipernowoczesne operacje czy refundacje. Ale tak naprawdę dużo bardziej potrzebne. Jego praca jest coraz mocniej doceniana.



Artur Białkowski

należy do grona najważniejszych pracodawców medycyny prywatnej. Strategia jego szpitala – to nastawienie raczej na jakość, a nie ilość. Zupełnie słusznie mówi, że prywatne placówki nie mogą być traktowane jak gorsze dzieci

enefzetu.



Maciej Bogucki

wykonał ogromną pracę programową jako szef senackiego zespołu doradców do spraw zdrowia. Ten zespół zrobił coś wyjątkowego – zaproponował spójny program zmian systemowych.



Piotr Bromber

wziął na siebie wyjątkowo niewdzięczne zadanie reformy systemu edukacji. Miłośnik rozmów i dialogu. Sądząc po tym, ilu sobie zrobił przyjaciół a ilu wrogów, zadanie wykonał. Musiało go to kosztować sporo stresu i tzw. spinaki, bo aż zaczął sobie włosy spinać. Jak pisała ulubiona poetka – „W tym, że nie zdarzy się na nowo – Jest cała słodycz życia”.

Waldemar Buda

znajduje się tutaj w charakterze wrzutki z innych rejonów naszego życia. Dopilnował, żeby ustawowa wrzutka związana z uszczelnieniem rynku prywatnych aptek o pięknym akronimie AdA2.0 została przegłosowana. Wdzięczność prywatnych aptek, zwłaszcza w Łodzi, ma zapewnioną.

Michał Byliniak

to Big Man. Ale na horyzoncie ma wielkie wyzwania, jak chociażby unijne plany zmian w prawie farmaceutycznym.



Grzegorz Cessak

może uchodzić za wzór kompetentnego, stroniącego od polityki urzędnika, który robi swoje. Każda rządząca ekipa, chcąc nie chcąc, potrzebuje takich ludzi. W jego przypadku to na pewno bardziej chcąc niż nie chcąc.

Bartłomiej Chmielowiec

wprowadził funkcję rzecznika praw pacjentów na salony. Ma ogromne zasługi w budowaniu nowoczesnego trzeciego sektora w naszej ochronie zdrowia. Szkoda tylko, że nie ma równie dużego budżetu do rozdania organizacjom pacjentów, tak aby nie musiały żyć od grantu od grantu firm farmaceutycznych.



Alicja Chybicka

znowu została posłanką, zamieniając senacką izbę zadumy na izbę niższą, pełną życia. Dużo czasu spędziła w zespole opracowującym program PO zmian w systemie ochrony zdrowia. Już trudno się doczekać, kiedy ten program zostanie

przedstawiony.

Piotr Czauderna

z uwagi na zmiany polityczne stanie się głównym rozgrywającym systemem. To na jego zdaniu będzie zapewne polegał prezydent Andrzej Duda, podpisując, albo nie, nowe ustawy nowego rządu w sprawach zdrowia.



Marcin Czech

nieodmiennie od lat w czołówce specjalistów od analiz farmakoekonomicznych zapracował sobie na opinię jednego ze skromniejszych profesorów medycyny. Jak widać, nawet belwederski tytuł nie musi przeszkadzać w byciu fajnym, acz

kompetentnym.

Leszek Czupryniak

gdyby nie istniał, należałoby go stworzyć. Jego legendarne poczucie humoru, także na swoim własnym punkcie, potrafi ożywić nawet najnudniejszą akademię ku czci i osłodzić życie nawet najgorzej rokującego diabetyka. Ale pacjentów leczy najzupełniej poważnie i skutecznie.

Joanna Didkowska

to ktoś, do kogo należy przyszłość. Bo przyszłość należy do tych, którzy mają dużo danych. Udało jej się ucyfrowić KRN i przygotować grunt pod inne, bardziej szczegółowe rejestry. Gdyby jeszcze była w stanie płacić lekarzom za wprowadzanie danych do systemu, wiedzielibyśmy dużo więcej.

Dominik Dziurda

Jego przejście do prywatnego biznesu HTA z AOTMiT nie dziwi. Dziwi jedynie, biorąc pod uwagę jego znajomość rzeczy i ludzi, że stało się to dopiero teraz.

Barbara Dziuk

to kolejny dowód, jak trudno jest być prorokiem we własnym kraju. Warszawka ją pokochała a ślasy wyborcy nie wybrali na kolejną kadencję. Za mało było ślonskiej godki. A może za dużo?



Jarosław Fedorowski

niestrudzenie unowocześnia polskie szpitale, starając się transferować metody zarządzania, technologie i rozwiązania organizacyjne z bardziej rozwiniętych krajów. Jeszcze długo nie zabraknie mu pracy.

Zbigniew Gaciong

Wprowadza innowacje do swoich szpitali klinicznych – transplantacje, robotyka, centrum symulacji itd. W kolejnych zestawieniach WUM stawiany jest na pierwszym miejscu uczelni medycznych czy dziewięciom wszystkich szkół wyższych w Polsce. Szkoda tylko, że to jednocześnie miejsce jakieś 350. w Europie i 900. na świecie. Jest wyzwaniem.



Małgorzata Gałązka-Sobotka

zyskała nieformalny status ambasadora NFZ, z racji zasiadania w jego radzie. Może z tego powodu wiele osób oczekuje, że jej osobiste poglądy i bardzo bogata wiedza systemowa przełożą się na działania funduszu. Żeby tak się stało, powinna – i chyba

wszyscy będą za – otrzymać stanowisko bardziej sprawcze.



Ryszard Gellert

nie wygląda na rewolucjonistę. Tymczasem wspólnie z min. Bromberem dokonał prawdziwej rewolucji w programach kształcenia podyplomowego. Profesor nie stracił przy tym nic ze swojego uroku i zachował zdrowe nerki

oraz wątrobę.



Krzysztof Giannopoulos

jako przyczajony tygrys z Lubelszczyzny stał się najważniejszym polskim hematologiem. Coraz więcej prezesowskich stanowisk obejmują ludzie spoza stolicy. W jego przypadku to wróży jak najlepiej.

WYTYCZAJĄCA KIERUNKI



Grzegorz Gielerak

intensywnie pracuje nad tym, aby nasz system był odpowiednio przygotowany w obszarze medycyny pola walki. Obserwując tragiczne zdarzenia w Ukrainie miejmy nadzieję, że nigdy nie będziemy musieli korzystać z pracy pana generała.

Jakub Gierczyński

przez miniony rok wykonał jak zwykle wiele analiz systemowych, opracował jak zwykle wiele rekomendacji i propozycji usprawnień. Co warto podkreślić, jak zwykle robił to świetnie – w taki sposób, że nikt nie miał tego za złe, niemal wszyscy się z nim zgodzili i podziękowali za wkład.

Robert Gil

w szybko zmieniającej się karuzeli past, present i future-presesów Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego wskoczył na najwyższy stopień. Towarzystwo na tym niewątpliwie skorzysta. Ale niektórym kardiologom na tę wieść serca zabiły mniej rytmicznie, i zdarzały się incydenty.



Sebastian Goncerz

dał głośną zmianę na stanowisku przewodniczącego Porozumienia Rezydentów. Potrafił zmobilizować parę tysięcy lekarzy, którym nie podoba się bylejakość. Zupełnie przypadkowo protestowali tuż przed wyborami i zupełnie przypadkowo większości z nich nie podobał się także dotychczasowy rząd.

Jacek Graliński

po raz kolejny zmienił miejsce walki o zdrowie polskiego pacjenta. Przestał służyć zagranicznemu kapitałowi i dołączył do braci miłosierdzia. Bonifratrzy potrafią leczyć jak nikt inny, także ból istnienia. Pomoże im to robić nowocześnie i skutecznie.

Arkadiusz Grądkowski

stara się nie wchodzić w oczy, tylko po cichu robić swoje i wspierać interesy producentów wyrobów medycznych. O ile z tym pierwszym, biorąc pod uwagę parametry, ma niejakie trudności, to drugi cel osiąga perfekcyjnie.

Tomasz Grodzki

spędził ostatnie cztery lata na stanowisku trzeciej osoby w państwie. Podobno nie chciał być pierwszą osobą w naszym systemie, chyba żeby jednocześnie był drugą osobą w rządzie. Ale to zbyt skomplikowana układanka.



Agnieszka Grzybowska-Zalewska

jako polska twarz międzynarodowego biznesu farmaceutycznego przydała Infarmie jeszcze więcej uśmiechu i wdzięku. Chociaż niektórzy członkowie Komisji Ekonomicznej tym mocniej przykręcają śrubę.



Marcin Gruchała

jako najważniejsza medyczna magnificencja, czyli szef KRAUM, bardzo aktywnie działa na rzecz starodawnych medycznych uniwersytetów, starając się powstrzymać rozwój pomniejszych, lokal-

nych, nuworyszowskich uczelni. Sukcesy pod tym względem ma umiarkowane. Ale GUMed jest świetną uczelnią, rozkwita pod jego przewodem.

Dorota Hryniewiecka-Firlej

kieruje polskim oddziałem firmy Pfizer, który domaga się od naszego państwa jakichś 6 miliardów złotych za szczepionki, których nie kupiliśmy, bo nie było takiej potrzeby. Słaba sytuacja. Ciekawe czy procesy refundacyjne nie ulegną nieoczekiwanym zaburzeniom.



Tomasz Hryniewiecki

jako najwyższy kardiolog skutecznie snuje sieć kardiologiczną, która już oplata pół Polski. Dzieje się to skutecznie, bez zwyczajowych konfliktów, więc mało o tym słychać. Media to jednak żywią się krwią i sensacjami, dlatego w kardiologii nie mają pożytki.

Łukasz Jankowski

na dobre wszedł w buty najważniejszego polskiego lekarza. Dzieli i rządzi. Jednym wotum nieufności potrafił zmienić ministra. Na debatach błyszczy bonmotami i dykteryjkami. Zapowiada się długie panowanie.

Urszula Jaworska

pracowicie pomaga innym. Nie traci czasu, słów na wiatr nie rzuca.

Paulina Kieszowska-Knapik

to bardzo nietypowy okaz prawnika(-czki) pomagającej pacjentom pro bono. Zaprzecza stereotypom na temat skrupulatnych rozliczeń niektórych mecenasów, którzy podobno na fakturze liczą, ile piętér jechała winda na spotkanie.

Paweł Kikosicki

może być także przykładem profesjonalnego urzędnika, zarządzającego swoim odcinkiem tak, że wszystko działa. Chociaż w IT zawsze coś się zawiesi i wtedy trzeba zrobić reset. Czy będzie reset w Centrum e-Zdrowia?

Magdalena Kołodziej

właściwie mogłaby zostać opisana równie lapidarnie jak Ula Jaworska. Dodajmy zatem, że dzięki niej My wszyscy Pacjenci czujemy się dumnie.



Krzysztof Kopeć

zabiega o względy możnych i decydentów, aby krajowy przemysł się nie zwijał, tylko raczej w drugą stronę. Jego pierwsza wizyta na nowej sejmowej komisji zdrowia i spotkanie z jej nowym przewodniczącym to było coś jak reunion klasy maturalnej. Jak wiadomo, przy takich okazjach dużo się dzieje.

Dorota Korycińska

kilka lat temu zaczęła budować ogólnopolską onkologiczną federację, trzymając dystans do rządzącej ekipy. Wraz ze zmianą rządzącej ekipy, ten dystans może ulec zmianie – z korzyścią dla chorych na nowotwory.



Ewa Krajewska

dopiero co – wydawałoby się – zaczęła robić porządki na rynku farmaceutycznym a już awansowała na najwyższy fotel w systemie. Albo ten rynek wyjątkowo zabałaganiiony, albo miotła zbyt miękka, bo nadal trochę papierów tu i ówdzie się pokazuje.

się pokazuje.



Jacek Krajewski

przekonał się do idei koordynowanej podstawowej opieki zdrowotnej. Trudno się zresztą nie przekonać, jeśli przekonuje pani konsultant krajowa oraz przekonują fakty. A fakty są takie, że to się wszystkim opłaca. Aha, i pacjenci czują się lepiej. A to oni są najważniejsi.



Waldemar Kraska

jako wiceminister zrobił dużo i dobrze. A to nie zawsze idzie w parze. Jednocześnie podtrzymał o sobie dobrą opinię w elektoracie, po raz szósty zostając senatorem. To jest możliwe chyba tylko na Podlasiu.



Maciej Krzakowski

jest konsultantem krajowym w onkologii od niepamiętnych czasów. W tym roku skupił pełnię onkowskiej władzy jako nowy szef towarzystwa. Zaiste, to co potrafi osiągnąć i te wszystkie nowe terapie, które pomaga wprowadzić do polskiej onkologii, to jak wygranie Wojny Dwudziesto-

sześcioletniej.

Anna Kupiecka

co roku inicjuje nowe kampanie edukacyjne, konsekwentnie stara się wspierać i pacjentki, i pacjentów onkologicznych. Przekonuje o wartości pomagania. I że warto to robić razem, dlatego uczestniczy w wielu koalicjach, federacjach, porozumieniach.

Tomasz Latos

doszedł do wniosku, że życie radiologa w Bydgoszczy jest o wiele ciekawsze niż bycie posłem. Jak zwykle miał rację, bo przez ostatnie parę lat w sejmowej komisji zdrowia wiało nudą: przewidywalne głosowania, dyskusje pod z góry znaną tezę i tylko jego poczucie humoru ratowało przed zaśnięciem.



Anna Latos-Bieleńska

wspomagała pacjentów w walce o dostęp do badań genetycznych i wykonała wielką, acz mało widoczną pracę, na rzecz realizacji planu dla chorób rzadkich. Tylko ustawy o testach genetycznych nie udało się przepchnąć, a bez braterskiego wsparcia teraz może być trudniej.

Ewa Lech-Marańda

należy do tych konsultantów (konsultantek) krajowych, którzy mają się czym pochwalić. Dużo się dzieje w hematologii. Co ważne, dużo dobrego.

Maria Libura

jest wybitnym znawcą i przenikliwym obserwatorem naszego systemu. Dostrzega zależności przyczynowo-skutkowe tam, gdzie innym brakuje wyobraźni. Dużo czasu poświęca komunikacji (medycznej) i koordynacji (onkologicznej). Słusznie podkreśla, że minister zdrowia musi być mocny politycznie i dobry w prowadzeniu dialogu. Niektórzy usłyszeli o tym być może za późno.



Krzysztof Łanda

tradycyjnie wykazał, że tradycyjne kolejki do polskich lekarzy są coraz dłuższe. Kilku ministrów i polityków nie było zadowolonych, bo te wylczenia pokazały się tuż przed wyborami. Zgodnie ze staropolską tradycją salwował się zatem wyjazdem na Dzikie Pola.



Adam Maciejczyk

dowiózł do (prawie) szczęśliwego końca ustawę o sieci, czyli organizację wielkiej reformy onkologii. Tylko niestety reforma się jeszcze nie zaczęła, co rodzi obawy, że nowa ekipa może coś przy niej majstrować. Na szczęście zna się z nową ekipą, chociaż chyba z tą mniej poprawną polityczną frakcją.

Tomasz Maciejewski

spokojnie steruje instytutem najważniejszym dla przyszłości naszego społeczeństwa. Bo dzieci są najważniejsze. No i pacjent jest najważniejszy. Czyli dziecko-pacjent jest naj-najważniejszy. Czyli instytut też, a w instytucie to on jest najważniejszy.



Stanisław Maćkowiak

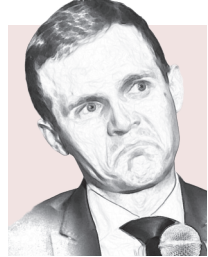
ze strony pacjentów pilnuje m.in. realizacji planu dla chorób rzadkich oraz wydawania Funduszu Medycznego. Prezentuje się jako siła spokoju. Ale tak naprawdę mocno wkurza go opieszałość urzędnicza i odwlekanie decyzji, które wydają się oczywiste dla każdego, oprócz decydentów. Potrafił nawet potrząsnąć pewnym dyrektorem, używając połów od jego marynarki.

Waldemar Malinowski

patrzy na ręce każdego kolejnego ministra zdrowia. Szczególnie uważnie sprawdza, czy aby nie jest tak, że Miodowa jedną ręką daje (wyższe wyceny) a drugą zabiera (każe płacić wyższe wynagrodzenia). Poszukuje w tym wszystkim sensu. I nie jest w tym osamotniony.

Beata Małecka-Libera

nadal będzie senatorem. Zawsze mówi o tym co jest najważniejsze – czyli profilaktyce i zapobieganie chorobom. Może mieć słuszne pretensje, że Narodowy Program Zdrowia, do którego przyłożyła obie ręce 8 lat temu, nie został zrealizowany. Ani pierwsza nie dała, ani druga edycja nie daje zakładanych efektów. Może do trzech razy sztuka?



Marcin Martyniak

po zmianach kadrowych w resorcie na chwilę wyszedł z cienia. W pewnym momencie, kiedy kampania wyborcza weszła na najwyższe obroty, wyglądało na to, że ma dar bilokacji. Dawał czeki w trzech miejscach jednocześnie, jeden większy od drugiego.



Agnieszka Mastalerz-Migas

jest mistrzynią koordynacji systemowej i parkietowej. Potrafiła pociągnąć za sobą coraz większą część środowiska POZ i zachęcić do zmiany filozofii działania. Koordynacja w tańcu – również pierwsza klasa. Cały Karpacz był pod wrażeniem.



Andrzej Matyja

jak każdy profesor, który ukończył 70 lat, już niczego nie musi. A może nadal bardzo dużo. Ponieważ w kampanii doradzał komu trzeba, mógłby sporo zmienić w naszym systemie, bo z Krakowa pewne sprawy lepiej widać.



Andrzej Mądrała

jak przystało na osobowość roku, lidera i prezesa, chciałby zobaczyć długoterminową strategię rozwoju systemu ochrony zdrowia. I żeby ten system koncentrował się korzyściach dla pacjenta, mierzeniu wartości, koordynacji i partnerstwie. Trudno się nie zgodzić, ale trudniej osiągnąć.

Rajmund Miller

zawsze miał wpływ merytoryczny na to, co się dzieje w systemie i komisji zdrowia. Jego rozsądek i spokój pomaga rozwiązywać problemy. Nie zapominając o głębokiej wiedzy systemowej. Dzięki wyborom będzie miał teraz również wpływ polityczny.



Maciej Miłkowski

pobił w mijającym roku kolejne rekordy zrefundowanych częsteczkowskazań. Wydając coraz więcej pieniędzy na nowe leki, nie był jednak w stanie nadążyć za rosnącymi wydatkami na zdrowie i osiągnąć mitycznego wskaźnika 17%. To właściwie tylko jedna rzecz, której zabrakło do szczęścia. Biorąc pod uwagę branżę farmaceutyczną ma za to 100% poparcia.



Przemysław Miłkowski

zasłużył się przede wszystkim wprowadzeniem do publicznej dyskusji tematu niewydolności serca. Jako naczelny kardiolog przekonywał, że aby skuteczniej leczyć, trzeba mieć do dyspozycji skuteczniejsze leki. Lubi nie tylko leki, ale również te wszystkie najnowocześniejsze elektro-zabawki kardiologiczne.



Adam Niedzielski

w trybie nagłym przestał być ministrem i chyba nie do końca wie, jak to się stało. Wbrew pozorom, to nie tweety były decydujące, tylko narastający konflikt ze środowiskiem lekarzy. W systemie niby pacjent jest najważniejszy, ale los pacjenta jest w rękach lekarzy. Podobnie jak los ministra zdrowia.

Maciej Niewada

potrafi obliczyć i ocenić każdą technologię medyczną. Spośród czołowych ekspertów HTA mówi najciszej i najspokojniej. Trzeba się wsłuchać – ale warto. Cały czas przypomina, że na zdrowie wydajemy za mało. Niektórzy decydenci nie chcą o tym słyszeć.



Filip Nowak

wydał bardzo duże pieniądze ze składek zdrowotnych. Żeby jeszcze poszła za tym ilość i jakość świadczeń. Niby nie było słyhać głosów o tym, że jakieś świadczenia są deficytowe czy jakieś dziedziny trwale niedofinansowane. Ale nadal jest ich sporo, te głosy zostały tylko chwilowo zagłuszone przez gwar kampanii wyborczej i propagandy sukcesu.

Agnieszka Pietraszewska-Macheta

nadała nowy sens działaniu Centrum Monitorowania Jakości. Przez chwilę wydawało się, że ustawa o jakości doprowadzi – czemu??? – do likwidacji ośrodka, który tę jakość monitoruje. Ale posłowie się ogarnęli i CMJ dostał drugie życie.

Jarosław Pinkas

zupełnie inaczej niż przez lata nas przyzwyczail, w tym roku pracował w cieniu, uczestnicząc w reformie szkolnictwa podyplomowego. Wróg papierosów. Wróg otyłości. Wróg używek. A jednocześnie niespotykane przyjazny człowiek. Nieustannie przekonuje, że o dobrym zdrowiu decydują dobre wybory zdrowotne.

Piotr Ponikowski

jako najczęściej cytowany polski naukowiec robi wiele, aby zbudować najlepszą polską uczelnię medyczną. Zdania są podzielone, zwłaszcza profesorów Gruchały i Gacionga, ale w pierwszej trójce wrocławski uniwersytet jest z pewnością. W tym roku kupili też robota chirurgicznego, a zaraz potem ortopedycznego, bo kto bogatemu zabroni?



Paweł Ptaszyński

doskonale kieruje szpitalem i równie doskonale opanował sztukę ciętej riposty, którą najlepiej pokazuje w legendarnych debatach oksfordzkich na FOZ w Karpaczu. W tym roku jego zespół znowu wygrał.

Krystyna Ptok

od każdego kolejnego rządu oczekuje, że pielęgniarki będą miały coraz szersze kompetencje i coraz wyższe wynagrodzenia. I żeby były równo traktowane. A ponieważ to się jeszcze nie ziściło, w tym roku tradycyjnych pielęgniarskich protestów też nie zabrakło. Posłowie dostali też obywatelski projekt ustawy jako pracę do odrobienia.



Artur Prusaczyk

i jego firma przychodzi na myśl każdemu, kto szuka przykładu na dobre działanie POZ. Niektórych malkontentów irytuje, bo przecież nie da się... Przy tych przepisach, tych pieniądzach, tych kadrach nie da się... Otóż doktor Artur z kolegami udowadniają, że da się.

Jarosław Reguła

konsekwentnie, z olimpijskim spokojem pilnuje, aby pacjenci mogli korzystać z kolejnych nowych metod leczenia i radykalnego, i farmakologicznego. Zabiegi jelita grubego w asyście robotów zostały wycenione tak dobrze, że dyrektorzy dużych centrów onkologii już zacierają ręce. A roboty zacierają... no właśnie, co zacierają roboty?

Irena Rej

wykazała się znowu, jak wiele już razy, wyjątkową przenikliwością. Zamiast uczestniczyć w przedwyborczych debatach, w czasie kampanii wyjechała odpocząć do Włoch. Odgadła, że prawdziwa praca zacznie się dopiero w grudniu, po zmianie rządu.

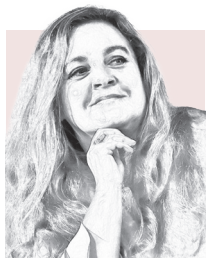


Konrad Rejdak

alarmuje, że neurologowie odchodzą z oddziałów szpitalnych do ambulatoriów, co grozi paraliżem placówek szpitalnych. Tymczasem przybywa chorych na choroby mózgu i układu nerwowego. Jego zdaniem mamy jakiś błąd systemowy. Na pewno nie jeden.

Marek Rękas

ma na koncie duże sukcesy w likwidowaniu kolejek do operacji okulistycznych. Pogodny, uprzejmy, acz stanowczy konsultant i świetny lekarz. Jedyne, czego profesor pułkownik osobiście nie znosi – to limity. Dlatego skutecznie je zniósł w paru ważnych chorobach.



Anna Rulkiewicz

bardzo mocno i szczerze angażuje się we wszystko, co uzna za słuszne i potrzebne. I w rozwój kierowanej przez siebie firmy (np. kupiła robota), i obronę interesów prywatnego sektora, i wybory, i równouprawnienie kobiet, itd.

Piotr Rutkowski

jest przykładem nowoczesnego lekarza-profesora, który nie tylko potrafi skutecznie leczyć, ale też angażuje się w zmiany systemowe. Próbuje na polskim gruncie przeszczepiać doświadczenia zagraniczne, głównie amerykańskie. Przyłożył rękę do refundacji (wreszcie) szczepionek przeciw HPV.



Radosław Sierpiński

zasłużył sobie na miejsce w historii Agencji Badań Medycznych jako twórca koncepcji, organizator, wiceprezes i wreszcie prezes. Granty ABM działają na polską medycynę, innowacje i badania kliniczne jak sterydy na miłośników sportów siłowych. Chociaż prawdopodobnie nie będzie siłowaniem się prezesa z nową ekipą rządową.



Henryk Skarżyński

należy do głównych rozgrywających systemu. Dzięki niesamowitej pracowitości i pomaganiu innym ludziom jest niczym Napoleon polskiej medycyny. Wygrał chyba wszystkie bitwy, w których dowodził i jeszcze nie miał swojego Waterloo. I też zapoczątkował dynastię.

Andrzej Sokołowski

doskonale wie, jak funkcjonują prywatne szpitale mimo licznych problemów i kłód (zwanych kryteriami) rzucanych im pod nogi. W czasie pandemii zauważył, że w rezerwie zdrowia nikt nie ma pojęcia, jak funkcjonuje prywatna służba zdrowia. Zdziwienie trzyma go do dzisiaj.

Katarzyna Sójka

wykazała się odwagą, przejmując pałeczkę i dając kilkumiesięczną zmianę w sztafecie ministrów zdrowia. Kilka ważnych spraw posunęła do przodu. Wbrew oczekiwaniom niektórych, tymczasowa funkcja pomogła jej uzyskać duże poparcie w wyborach.

Józefa Szczurek-Żelazko

doskonale wie, co robi, nawet jeśli nikt na Miodowej czy Wiejskiej się tego nie domyśla. To dzięki niej mamy taką ustawę o jakości, że została uchwalona, podpisana i budzi zadowolenie (umiarkowane, ostrożne, z pewną rezerwą) nawet samorządu lekarskiego.

Łukasz Szmulski

ładnych parę lat kieruje departamentem polityki lekowej i farmacji MZ, który to departament odnosił kolejne sukcesy, a porażek niewiele. Razem ze swoim szefem, czyli MMM, nieustannie uprawiają grę w dobrego i złego policjanta: co dobre – to minister, co złego – to dyrektor.



Jakub Szulc

solidnie i błyskotliwie, jak to ma w zwyczaju, przekonywał przy każdej okazji, że prywatny sektor ochrony zdrowia nie jest piątym kołem u wozu ale raczej niezbędną, drugą nogą, bez której nasz system się zawali. Być może w przyszłym roku będzie miał większe możliwości wpływu na system niż ostatnio. Co będzie z korzyścią dla obu stron.

Anna Śliwińska

dopilnowała, żeby i nowe leki, i nowe urządzenia do monitorowania glikemii były szerzej refundowane. Zanotowała właściwie same sukcesy. Po czym na koniec roku przestała być szefową stowarzyszenia diabetyków. Chyba coś większego się szykuje.



Marek Tombarkiewicz

robi swoje jako dyrektor jednego z najtrudniejszych do zarządzania instytutów. Przed nim wielka przyszłość, podobnie jak przed całą polską reumatologią i geriatrią – prognozy demograficzne są tutaj nieubłagane.

Roman Topór-Mądry

udowodnił, że każdy prezes powinien mieć umiejętność reagowania na zmieniające się warunki otoczenia. Trzeba nadążać, jeśli szefem nie jest już racjonalny i pozbawiony emocji finansista a zaczyna nim (nią) być osoba empatyczna, wrażliwa i zwracająca uwagę na sposób, w jaki ktoś ją traktuje. W przeciwnym razie jest się byłym prezesem.



Mieczysław Walczak

jest idolem dzieci chorujących na rzadkie choroby oraz ich rodziców. Profesor niemal bez wad, ale za to z ogromną wiedzą. Wie doskonale, że większość rzadkich chorób ma podłoże genetyczne, więc palenie papierosów akurat tutaj nie ma wpływu na zachorowania.



Krystyna Wechmann

jest ikoną ruchu pacjenckiego w Polsce. Jak wiadomo, ikony się pisze, a nie maluje. Krysia też nie jest malowana i potrafi walczyć. W minionym roku mocno walczyła o dostęp pacjentów do diagnostyki molekularnej.

Waldemar Wierzbę

został Centralny Szpital Kliniczny miejscami trochę drewniany. Jeśli zostawi Państwowy Instytut Medyczny – to zostawi murowany, zrobotyzowany i po wielu rozbudowach.

Wojciech Wiśniewski

skutecznie doradza wielu ludziom, jak działać w naszym systemie, aby osiągać swoje cele. Robi to świetnie. Również swoje cele w mijającym roku niewątpliwie osiągnął, i biznesowe, i polityczne.



Magdalena Władysiuk

zna się na HTA jak mało kto, angażuje się w CEESTAHC i wiele innych skrótców. Ale tak naprawdę zna się na całym systemie, analizuje wszystkie jego meandry, nie tylko dotyczące refundacji leków. Korzyści płynące z koordynacji opieki – to jedno z jej licznych hobby. Gratulacje z okazji doktoratu.

Marek Wójcik

wytycza samorządom kierunki działania w ochronie zdrowia. Dzięki jego szerokiej wiedzy i doświadczeniu, te ścieżki zmiernają prosto do celu. Być może zaczną wytyczać cele na szerszą skalę. Wtedy byśmy wszyscy mogli zyskać.

Jacek Wysocki

jako najważniejszy ekspert od szczepionek wyszedł z pandemicznego cienia. Bo w pandemii wszyscy się nagle okazali wakcynologami. Profesor tylko się wtedy uśmiechał, bo on akurat wie, że szczepienia ratują życia. I potrafi udowodnić, że nawet wiele żyć.

Marcelina Zawisza

to bardzo pracowita, sympatyczna, zaangażowana posłanka z sercem po lewej stronie. Zasługuje na bycie częścią większej całości a nie tylko małej, lewicowej kanapy, która została odstawiona do magazynu przy meblowaniu nowego rządu.

Grzegorz Ziemiak

wspólnie z **Robertem Moldachem** od 10 lat budują instytucjonalne połączenie pomiędzy zdrowiem i demokracją. W zdrowiu jednak o demokrację trudno, bo choć choroby dotyczą wszystkich, to jednak cierpimy na systemowe nierówności w dostępie do świadczeń. Dlatego jeszcze dużo pracy przed nimi.



Tomasz Zdrojewski

uczestniczył w drugiej (po senacie), sensownej próbie stworzenia przez grupę ekspertów całościowego programu zmian systemowych. W Komitecie Polskiej Akademii Nauk odgrywał pierwsze skrzypce. Głównie dzięki niemu PAN-owcy przygotowali sensowną, kompleksową propozycję.



Tomasz Zieliński

został słusznie określony najlepszym przyjacielem e-zdrowia i najbardziej życzliwym e-krytykiem. Rzeczywiście jest jednym z niewielu lekarzy, któremu chce się coś zrobić, zmienić, poprawić. I jednym z niewielu, którym zależy za zbieraniem danych, przetwarzaniu i wyciąganiu e-wniosków.

Gratulujemy wszystkim, którzy dali się zauważyć w minionym roku jako bojownicy o lepsze jutro naszej ochrony zdrowia. Jeśli przeoczyliśmy czyjeś wysiłki, jeśli w alfabecie nie odnalazł swojego nazwiska ktoś, kto czuje, że powinien – prosimy o kontakt z redakcją w celu złożenia stosownych wyjaśnień. Będziemy się przyglądać jeszcze mocniej niż dotychczas.

**A tymczasem życzymy
Wszystkiego Najlepszego
i dużo zdrowia!**



Raport „System opieki oparty na wartości”. Na raport składa się 15 krótkich wywiadów z ekspertami, reprezentującymi różne grupy interesariuszy systemu ochrony zdrowia.

Rozmowy pokazują, że... wartość niejedno ma imię. Różnorodność spojrzenia na problem, w jaki sposób zapewnić, że pacjent otrzyma taką opiekę czy leczenie, które są mu najbardziej potrzebne — to jednak powód do radości. Wyraźnie bowiem widać, że zagadnienie poszukiwania wartości znajduje się w centrum uwagi wielu osób i instytucji, odpowiedzialnych za kształt i efektywność ochrony zdrowia.

W RAPORCIE:

Bartłomiej Chmielowiec: Musimy promować postawy dotyczące ujawniania pewnych zdarzeń w medycynie. Na ile jesteśmy gotowi na przyznawanie się do błędów?

Marcin Czech: Patrzenie na opłacalność to serce farmakoekonomiki. Dlatego zestawiamy pieniądze i stronę kosztową z efektem

Nienke Feenstra: Budowę VBHC warto jest zacząć od mniejszych rzeczy, od projektów pilotażowych. Potem będziemy mogli dodawać warstwę po warstwie. Krok po kroku

Małgorzata Gałązka-Sobotka: Uczciwość, transparentność, przejrzystość — na tych zasadach zbudowane są systemy zorientowane na wyniki leczenia

Paweł Kikosicki: Chcemy budować system oparty na wartości, w oparciu o kompletne i dobrej jakości dane

Magdalena Kołodziej: Dobrze „zaopiekowany” pacjent otrzymuje opiekę medyczną w odpowiednim miejscu i w czasie

Dorota Korycińska: W systemie opartym na wartości nawet nieuleczalnie chory pacjent ma poczucie bycia zaopiekowanym

Prof. Maciej Krzakowski: Płaćmy za jakość, efektywność i poszukujemy wartości w systemie

Anna Kupiecka: Najważniejszą wartością dla pacjenta jest poczucie bycia zaopiekowanym, dobrze leczonym, dobrze zoperowanym

Maria Libura: Sposób, w jaki zarządza się wydawaniem pieniędzy na zdrowie, jest równie ważny, co ich ilość

Maciej Miłkowski: Najważniejsza jest wartość dla pacjenta

Maciej Niewada: Łatwiej sprawozdać, że coś zostało zrobione, niż koncentrować się na efekcie klinicznym

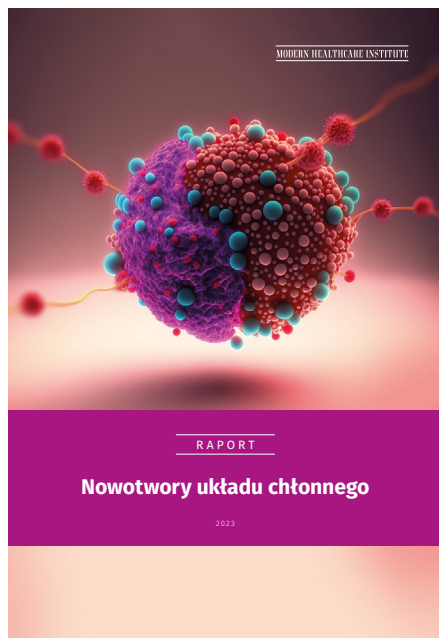
Radosław Sierpiński: Byłoby idealnie, gdybyśmy po wprowadzeniu leku do refundacji i praktyki klinicznej, mogli nadal kontynuować monitorowanie, jaki jest efekt jego działania

Verena Voelter: Do tanga trzeba pięciorga. To jak orkiestra z pięcioma pierwszymi skrzypcami bez dyrygenta

Magdalena Władysiuk: Teraz jest moment kluczowy, jak wydamy pieniądze na zdrowie, bo będzie to nam służyło na następne lata

Sameh Rafla: Najważniejszą cechą opieki zdrowotnej opartej na wartościach jest to, że wyniki odzwierciedlają potrzeby i preferencje pacjentów

Wydawca:
Modern Healthcare Institute.
Raport w formie pliku pdf dostępny na stronie: www.mzdrowie.pl



Raport „Nowotwory układu chłonnego”. Współautorzy:
prof. Krzysztof Giannopoulos: Organizacja leczenia chorych na chłoniaki w Polsce
prof. Wojciech Jurczak: Rozwój terapii, możliwości leczenia i potrzeby pacjentów z nowotworami układu chłonnego
prof. Tomasz Wróbel: Ścieżka diagnostyczno-terapeutyczna pacjentów chorych na nowotwory układu chłonnego
Krzysztof Jakubiak: Perspektywa pacjentów
Komentarze: **Alicja Prochoń, Katarzyna Lisowska**

Nowotwory hematologiczne, w tym chłoniaki, stanowią łącznie ok. 11 proc. wszystkich nowotworów. Stanowią zatem w sumie dość znaczącą grupę przypadków. Ponieważ jednak mamy do czynienia z kilkudziesięcioma podtypami

chłoniaków, każdy z nich z osobną możliwością uznać za chorobę rzadką. Częstość występowania i rozpowszechnienie chłoniaków wydaje się rosnąć ze względu na starzejącą się populację i wprowadzenie nowych, coraz bardziej skutecznych metod leczenia.

Diagnostyka i terapia chorych na chłoniaki w Polsce wymaga optymalizacji. W Polsce brakuje systemu zbierania danych o epidemiologii chłoniaków. Sytuację mogłoby poprawić stosowanie aktualnej wersji klasyfikacji ICD-10, dzięki czemu przypadki choroby byłyby prawidłowo rejestrowane w Krajowym Rejestrze Nowotworów. Niezbędne jest stworzenie centralnej, aktualnej bazy danych o pacjentach z chłoniakami, zasilanej danymi ze wszystkich ośrodków prowadzących leczenie.

Rejestr powinien być podstawowym narzędziem do oceny sprawności systemowej opieki. Problemem powinna rozwiązać modernizacja Krajowego Rejestru Nowotworów wraz z utworzeniem rejestrów narządowych dla poszczególnych typów (grup) nowotworów złośliwych. Rozwiązaniem systemowym, które umożliwi prześledzenie ścieżek diagnostycznych i terapeutycznych chorych na chłoniaki, będzie realizacja pilotażu Krajowej Sieci Hematologicznej. Znajdąc wyniki pilotażu, a także dysponując danymi z działającego rejestru, można będzie precyzyjnie określić potrzeby zmian organizacyjnych.

Zmiany w dostępie do nowych terapii wprowadzono przy dużej niewiadomości w odniesieniu do ich finansowania. Szpitale nie mają zagwarantowanej stabilności finansowej w sytuacji, gdy kontrakty z NFZ nie określają liczby leczonych chorych ani nie dają pewności terminowej zapłaty za wszystkich leczonych pacjentów. Brakuje rozwiązań

finansowych organizacyjnych czy prawnych, które zachęcałyby szpitale i lekarzy do wdrażania nowych technologii.

Prof. dr hab. n. med. Tomasz Wróbel, Klinika Hematologii, Nowotworów Krwi i Transplantacji Szpiku, Uniwersytecki Szpital Kliniczny im. Jana Mikulicza Raddeckiego we Wrocławiu:

„Ścieżki diagnostyczno-terapeutyczne pacjentów z nowotworami układu chłonnego są zróżnicowane, ponieważ wyróżniamy kilkadziesiąt podtypów histologicznych czy molekularnych chłoniaków. Podstawą diagnostyki chłoniaków jest ocena histopatologiczna uzupełniona o badania immunofenotypu, genetyczne i molekularne. Informację o typie choroby otrzymuje pacjent, od którego pobrano węzeł chłonny czy też zmienioną przez chłoniaka tkankę, jako wynik badania histopatologicznego po ocenie specjalistycznej. W klasyfikacji poszczególnych typów chłoniaków przyjmowane są różnorodne kryteria podziału.”

Prof. dr hab. n. med. Krzysztof Giannopoulos, Zakład Hematoonkologii Doświadczalnej, Uniwersytet Medyczny w Lublinie:

Organizacja i dostępność do terapii chłoniaków mogą się różnić w różnych regionach Polski. W niektórych regionach dominuje terapia w ośrodkach hematologicznych, w innych duży jest udział ośrodków onkologicznych, realizujących diagnostykę i terapię w ramach karty DiLO oraz koordynowanych zespołów terapeutycznych. Zmienna lokalnie i uzależniona od rodzaju rozpoznania jest również ścieżka pacjenta. W niektórych regionach diagnostyka i terapia opierają się przede wszystkim na opiece ambulatoryjnej — poradnia + oddziały

dzienne, a w innych dominują hospitalizacje. Odnosząc się do światowych trendów w nowoczesnej diagnostyce i leczeniu nowotworów układu chłonnego, konieczne jest zwiększanie możliwości diagnostyki i terapii w warunkach ambulatoryjnych w Polsce.

Prof. dr hab. n. med. Wojciech Jurczak, Klinika Onkologii Klinicznej, Narodowy Instytut Onkologii — Państwowy Instytut Badawczy, Kraków:

Najtrudniej leczy się pacjenta, który o siebie nie dba. Jeśli pacjent przychodzi z nadwagą, nadciśnieniem, cukrzycą, niewydolnością układu krążenia, po 20 latach palenia papierosów i z wątrową uszkodzoną przez nadużywanie alkoholu — szeroki wachlarz terapii, które możemy zastosować, zawęża się czasami do jednej możliwości. Ogólny stan pacjenta bywa jedną z głównych przeszkód dla skutecznego leczenia. Każdy z leków wykazuje pewną toksyczność, zupełnie inaczej reaguje np. na infekcje ktoś wysportowany, o dużej pojemności płuc, a inaczej ktoś z niewydolnością krążenia i nadwagą.

Dla chorych na chłoniaki nowe technologie medyczne oznaczają poprawę rokowania zarówno pod względem długości, jak i — co nie bez znaczenia — jakości życia. „Chłoniak to rozpoznanie, nie wyrok” — jest hasłem Fundacji „Pokonaj Chłoniaka”, założonej w celu edukacji Pacjentów i ich Rodzin, przybliżenia im choroby, metod diagnostycznych i sposobów leczenia. Zapraszamy na www.chloniak.org, gdzie znajdą Państwo bardziej szczegółowe informacje.

Wydawca:
Modern Healthcare Institute.
ISBN 978-83-968652-0-5
Raport w formie pliku pdf dostępny na stronie: www.mzdrowie.pl

TRENDSETTERZY



Szpital Kliniczny nr 1 Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Zabrzu rozpoczął wykorzystywanie najnowocześniejszego urządzenia USG do diagnozy raka prostaty. Pacjenci z nowotworem są operowani w asyście robota da Vinci. "Pacjenci w naszym szpitalu mają możliwość diagnozy za pomocą biopsji fuzyjnej prostaty wraz z mikro-USG. Nasz szpital, jako jedyny z publicznych w Polsce, ma specjalny sprzęt pozwalający łączyć badanie mikro-USG prostaty i wieloparametryczny rezonans magnetyczny, by urolog mógł z niezwykłą dokładnością określić miejsca najbardziej podejrzane o rozrost nowotworowy" – podkreślił dyrektor szpitala SUM **dr Dariusz Budziński**.

Szpital Rydygiera w Krakowie rozpoczął wykonywanie zabiegów przy pomocy robota da Vinci. Pierwszy zabieg – urologiczny u mężczyzny cierpiącego na nowotwór – odbył się w 16 października.

Ministerstwo Zdrowia rozstrzygnęło konkurs w ramach środków z Funduszu Medycznego – terapeutyczno-innowacyjnego na zakup robotów rehabilitacyjnych z egzoszkieletemi. Rząd przeznaczył na ten cel blisko 150 mln zł i dofinansowanie pozyskało 188 podmiotów medycznych w całym kraju.

Rada Ekspertów Koalicji na rzecz Bezpieczeństwa Szpitali wyłoniła zwycięzców w II edycji programu certyfikacji szpitali. **108 szpitali** zostało nagrodzonych certyfikatem za przestrzeganie standardów bezpieczeństwa oraz za działania na rzecz popularyzacji praktyk zapewniających bezpieczne środowisko pracy zarówno dla personelu medycznego, jak i pacjentów.

Warszawski Szpital Medcover otworzył nową salę hybrydową, z której będą korzystać kliniki kardiologii i kardiologii. Sala jest wyposażona w zbudowaną przez GE Healthcare platformę, która umożliwia m.in. wykorzystanie rzeczywistości rozszerzonej (augmented reality) w obrazowaniu.

W dwóch warszawskich ośrodkach wszczepiono pacjentom innowacyjne kardiowertery-defibrylatory serca EV-ICD – po raz pierwszy w Polsce poza badaniami klinicznymi. Urządzenia będą chronić pacjentów przed nagłym zgonem sercowym. Poznaczyli układy defibrylujące z funkcją stymulacji implantowano pacjentom w **Narodowym Instytucie Kardiologii** oraz w **Centralnym Szpitalu Klinicznym Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego WUM**.



W ramach unijnego projektu o nazwie PRAISE-U 25 organizacji z 12 krajów wspólnoty, w tym **Dolnośląskie Centrum Onkologii Pulmonologii i Hematologii we Wrocławiu**, przy współpracy z Państwowym Zakładem Higieny, podjęto się opracowania rekomendacji dotyczących skринingu i wczesnego wykrywania raka prostaty. Wrocławski ośrodek ma za zadanie opracować nowy algorytm wczesnego wykrywania raka prostaty w badaniach przesiewowych dla Polski i innych krajów wspólnoty. Poza Polską, która zajmuje w projekcie kluczowe miejsce i wykona największą liczbę badań, udział biorą także Hiszpania, Litwa i Irlandia. Program odbywa się pod patronatem IARC (International Agency for Research on Cancer) – agencją WHO.

„Rak prostaty to obecnie najczęściej występujący nowotwór u mężczyzn w Europie. Z tego powodu opracowanie skutecznych metod skринingu jest kluczowe dla ograniczenia śmiertelności i redukcji obciążenia dla systemu opieki zdrowotnej” – podkreśla **dr Krzysztof Tupikowski**, kierownik Centrum Nowotworów Urologicznych w DCOPiH.

Uniwersytecki Szpital Kliniczny we Wrocławiu oraz **Szpital w Ostrowi Mazowieckiej** zaczęły przeprowadzać zabiegi ortopedyczne ze wspomaganie robotycznym systemem ROSA, produkowanego przez Zimmer-Biomet.



Nigdy nie będzie pełnej robotyzacji medycyny bez lekarza-operatora. Nie da się bez niego wykonać operacji – uważa **prof. Piotr Radziszewski**, kierownik Kliniki Urologii Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego. I zapowiada, że w najbliższym czasie studenci WUM będą uczyć się podstaw robotyki.

„Bardzo dużo się zadziało w 2023 r. w obszarze hematologii. Zrefundowano 28 cząsteczkowskazań i wprowadzono zmiany w 8 programach lekowych. 28 cząsteczkowskazań to jest rekord biorąc pod uwagę ostatnie 5 lat” – powiedziała **prof. Ewa Lech-Marańda**, konsultant krajowy w dziedzinie hematologii, dyrektor Instytutu Hematologii i Transfuzjologii. I zapowiada pilotaż krajowej sieci hematologicznej, która ma usprawnić leczenie i opiekę nad pacjentami hematologicznymi – „Myślę że jesteśmy już blisko sfinalizowania tego projektu, który jest już po konsultacjach publicznych i został po nich ulepszony. Trwają jeszcze prace w Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji odnośnie wyceny pewnych świadczeń. Myślę że to będzie przełom w opiece hematologicznej”.

Inżynieria biomedyczna nie wyprze lekarzy. Ma być dla nich wsparciem, dzięki wysokiej technologii, z którą personel medyczny nie ma doświadczenia na takim poziomie. „Inżynieria biomedyczna na terenie Polski jest to jeszcze pewnego rodzaju novum, ale już nie jest to czarna magia, że zupełnie nie wiadomo, co za tym stoi. Natomiast w Europie jest to pojęcie już znane i u naszych zachodnich sąsiadów inżynieria biomedyczna coraz bardziej wkracza na rynki takiej codziennej pracy, i tutaj ten element wsparcia personelu medycznego od strony inżynierów jest coraz bardziej rozpowszechniany. Są tam też już zidentyfikowane pola i obszary – w szpitalach, w klinikach – w których powoływane są stanowiska pracy właśnie dla personelu z zakresu inżynierii biomedycznej” – mówi **prof. Michał Rychlik** z Politechniki Poznańskiej, specjalista w zakresie zastosowania komputerowych technik wspomagania prac medycznych i personelu medycznego.

INNOWACJE

Testy genetyczne, które pomagają wybrać najlepszy lek przeciwdepresyjny dla pacjentów z umiarkowaną lub ciężką depresją, mogłyby znacznie poprawić wyniki leczenia i jednocześnie zmniejszyć jego koszty – informuje „Canadian Medical Association Journal”. Nowe testy farmakogenomiczne opracowali kanadyjscy naukowcy z University of British Columbia. Jak szacują, wdrożenie ich w samej tylko Kolumbii Brytyjskiej mogłoby zaoszczędzić systemowi zdrowia publicznego tej prowincji 956 milionów dolarów w ciągu 20 lat.



Biotechnolodzy z ludzkich komórek nabłonka stworzyli mikro-roboty, które pobudzają wzrost neuronów. Kiedyś takie tworzone dla konkretnego pacjenta bioroboty mogłyby wspierać regenerację tkanek, oczyszczać tętnice, czy zabijać komórki raka – uważają naukowcy z Tufts University i Harvard University. Opisali właśnie wyjątkowy sposób wykorzystania komórek pobranych z ludzkiej krtani. Stworzyli z nich wielokomórkowe roboty o różnych rozmiarach – od średnicy ludzkiego włosa do końcówki grafitu w ołówku. Użyte komórki samoczynnie organizo-

wały się w te struktury i – jak się okazało – wspierały regenerację innych komórek. „Konstruowane przez nas zespoły komórkowe mogą mieć zdolności wykraczające poza to, co komórki robią w ciele” – mówi kolejny uczestnik projektu, **prof. Michael Levin**.

Dzięki kamizelkom defibrylującym możemy świadomie i optymalnie zapobiegać nagłemu zgonowi sercowemu – mówią eksperci Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego. Kamizelka defibrylująca jest urządzeniem medycznym pozwalającym na detekcję oraz terapię zagrażających życiu szybkich arytmii komorowych. W tekstylnej kamizelce zakładanej bezpośrednio na ciało pacjenta zamontowane są cztery elektrody, pozwalające na ciągłe monitorowanie czynności elektrycznej serca, a także zestaw trzech elektrod defibrylujących, dzięki którym możliwe jest dostarczenie impulsu elektrycznego w sytuacji, gdy dojdzie do groźnej arytmii komorowej.

Program KOS-Zawał zmniejszył ryzyko zgonu. Od października 2017 do grudnia 2022 r. z programu skorzystało 68 tys. pacjentów. Refundacja świadczeń z NFZ wyniosła

1,25 mld zł. Specjaliści z Narodowego Funduszu Zdrowia przeanalizowali dane z realizacji Programu Kompleksowej Opieki nad Pacjentem po Zawał Serca (KOS-Zawał), od października 2017 do grudnia 2022 r. Na koniec 2022 roku program był realizowany w 100 placówkach medycznych. „Obserwujemy stały wzrost liczby ośrodków, które chcą wejść do programu” – informuje NFZ.



Ruszył pilotaż Kompleksowej Opieki nad Pacjentem z Wczesnym Zapaleniem Stawów. **Dr Marek Tombariewicz**, dyrektor NIGR w Warszawie zaznaczył, że Instytut będzie liderem pilotażu i jego koordynatorem. Będzie odpowiedzialny za stworzenie rejestru pacjentów z chorobami zapalnymi stawów, infolinii niezbędnej do wymiany informacji między ośrodkami, zorganizowania szkoleń dla ich personelu oraz stworzenia strony internetowej programu. Pilotaż ma trwać trzy lata. Na koniec opracowane zostaną krajowe wytyczne odnośnie diagnostyki i leczenia pacjentów z wczesnym zapaleniem stawów.

Bezdech wymaga decyzji systemowych

Dziesięć procent Polaków cierpi na umiarkowany lub ciężki bezdech. Konsekwencją bezdechu jest niedotlenienie organizmu. A na niedotlenienie, nawet epizodyczne, szczególnie wrażliwe są naczynia krwionośne, serce oraz mózg. Wąskim gardłem jest niewątpliwie diagnostyka. W krótkim czasie nie jesteśmy jednak w stanie znacząco zwiększyć liczby łóżek szpitalnych, przeznaczonych do nocnych badań polisomnografii. Dlatego byłoby wskazane, aby rozszerzyć finansowanie badań również na metody domowe. Warto też monitorować korzystanie przez pacjentów z refundowanych urządzeń CPAP — mówi dr hab. Wojciech Kukwa, ordynator Oddziału Otolaryngologicznego na Wydziale Lekarsko-Stomatologicznym WUM, Szpital Czerniakowski w Warszawie.

Jak w Polsce wygląda diagnostyka bezdechu?

Na razie najczęściej inicjatywa pochodzi od pacjenta. Zwykle z powodu obserwacji najbliższej rodziny, obserwującej nieregularne chrapanie i zaburzenie oddechu w czasie snu, pacjent zgłasza się z prośbą o pomoc. Jest wówczas kierowany na badania. Dysponujemy właściwie jednym badaniem w kierunku bezdechu, które może przeprowadzić w ramach NFZ, czyli polisomnografią. Polega na rejestracji kilkunastu parametrów pacjenta w czasie snu, przede wszystkim oddechu. Skierowanie może wypisać lekarz każdej specjalności. Niestety liczba poradni, które wykonują polisomnografię jest znacznie mniejsza od potrzeb, dlatego czas oczekiwania na badanie np. w naszym szpitalu wynosi około roku. Według danych NFZ w 2022 roku wykonano w Polsce około 20 tysięcy petnych polisomnografii. Kolejne 10 tysięcy — to szacowana liczba badań wykonanych komercyjnie, które zwykle są prostsze. To bardzo mała liczba w zestawieniu ze skalą problemu.

Czy barierą jest wycena badania?

Wycena jest na poziomie ponad 2 tys. zł, jest zatem stosunkowo wysoka. Szpitale nie są po prostu w stanie obsłużyć większej liczby pacjentów. Jeśli w naszym szpitalu mamy pracownię z trzema łóżkami — to niby dużo, ale ponieważ badanie polega na tym, że pacjent spędza noc w szpitalu, w praktyce możemy wykonać około 70 badań miesięcznie. W wielu krajach próbuje się pokonać tę barierę nocnej hospitalizacji w taki sposób, że badania odbywają się w domu, za pomocą przenośnych urządzeń. Na polskim rynku wiele takich urządzeń też już jest dostępnych, ale NFZ nie finansuje tych technologii. Diagnostyka jest zatem bardzo ograniczona.



Jak należałoby zorganizować diagnostykę?

Z punktu widzenia systemowej efektywności diagnostyka powinna być dwuetapowa — najpierw prostszy skrining, znacznie tańszy dla NFZ, za pomocą mniej skomplikowanych urządzeń, a następnie pełne badanie w warunkach szpitalnych dla wyselekcjonowanej grupy pacjentów. Do skriningu można byłoby zastosować na przykład bardziej zaawansowane pulsoksymetry, mierzące i zapisujące parametry pacjenta przez całą noc.

W jaki sposób moglibyśmy zmniejszyć obciążenie społeczne i systemu ochrony zdrowia konsekwencjami bezdechu?

Wąskim gardłem jest niewątpliwie diagnostyka. W krótkim czasie nie jesteśmy jednak w stanie znacząco zwiększyć liczby łóżek szpitalnych, przeznaczonych do nocnych badań polisomnografii. Dlatego w mojej ocenie rozsądne byłoby rozszerzenie finansowania badań również na metody domowe, które są tańsze i mogą objąć znacznie większą liczbę pacjentów. Utrzymując istniejący, stosunkowo wysoki poziom dofinansowania CPAP, trzeba byłoby przygotować system do finansowania ich znacznie większej liczby. W tym celu konieczne również byłoby wprowadzenie obowiązkowego monitorowania pacjentów, sprawdzając czy regularnie korzystają z zakupionych urządzeń. Zwłaszcza, że potrzebna technologia już jest dostępna. Warto też wprowadzić finansowe zachęty dla placówek POZ czy innych, nadzorujących pacjentów stosujących CPAP, tak aby otrzymywały premię jeśli poziom compliance ich pacjentów jest odpowiednio wysoki.

Dwa limity zniesione

Na pewno bardzo ważne było wprowadzenie nielimitowanego finansowania w szpitalach sieciowych leczenia dwóch ważnych jednostek chorobowych. Możemy wykonywać operacje jaskry bez limitu. To samo dotyczy witrektomii stosowanej w chorobach siatkówki i plamki żółtej. Oczekujemy, że za 2-3 lata nie będzie już kolejek do leczenia tych chorób, tak jak nie ma ich od pewnego czasu w przypadku zaćmy. Przypomnę, że te choroby dotyczą znacznie mniejszej populacji niż w przypadku zaćmy. Operacji zaćmy wykonujemy 300-350 tys. rocznie, witrektomii wykonujemy 23-24 tys., a operacji jaskry ok. 12 tys. Tak więc jest to mniejszy problem organizacyjny — mówi prof. dr hab. n. med. Marek Rękas, konsultant krajowy w dziedzinie okulistyki, kierownik Kliniki Okulistyki Wojskowego Instytutu Medycznego.

Czy długo czeka się teraz na zabieg usunięcia zaćmy?

Teraz na zabieg czeka się średnio 2 miesiące. U mnie w klinice wykonujemy je na bieżąco. Kiedyś leczenie zaćmy wiązało się z trzydniowym pobytem w szpitalu. Wprowadzenie systemu jednodniowego spowodowało likwidację kolejek. Oczywiście towarzyszy temu pełne finansowanie ośrodków wykonujących zabiegi usunięcia zaćmy. Pacjent ma teraz tylko jeden problem, a mianowicie musi sobie znaleźć odpowiedni jakościowo ośrodek. Na stronie NFZ w zakładce „zdrowe dane” można sprawdzić parametry jakościowe danego ośrodka.

Jak jest w Polsce z wykrywaniem jaskry?

Tak samo jak na całym świecie. Połowa chorych na jaskrę wie, że na nią choruje, a połowa, niestety, nie wie. To jest choroba wymagająca skriningu. Wiemy, że jednym z czynników predysponujących do niej jest genetyka. Jeśli w rodzinie jest ktoś chory na jaskrę, to wszyscy członkowie rodziny od 40. roku życia powinni być objęci skriningiem. Są pomysły na wykorzystanie do tego celu telemedycyny, ale na razie nie ma skutecznego oprogramowania, które pozwoliłoby wychwycić jaskrę. Pewnie to kwestia przyszłości. Na razie na świecie kontroluje się grupy ryzyka. W systemie można to robić tak, że np. ryczałtowo płaci się za opiekę nad osobami podejrzanymi o jaskrę albo chorymi na nią. Czyli pacjent ma gwarantowane, że jak pójdzie do okulisty, to ten będzie chciał współpracować z NFZ. Fundusz może wymóc na lekarzu, co ma być wykonane. Przykładowo, badanie pola widzenia raz na pół roku, badanie ciśnienia wewnątrzgałkowego, obejrzenie dna oka i tarczy nerwu wzrokowego — to ma być wykonane dwa razy do roku. I wtedy lekarz ma stawkę ryczałtową. Albo prowadzi leczenie zachowawcze



w przychodni, albo kieruje pacjenta do leczenia operacyjnego.

Jakie są najważniejsze priorytety konsultanta krajowego w dziedzinie opieki okulistycznej na kolejny rok?

Będziemy dalej porządkować kwestie dotyczące hospitalizacji. Właściwie wszystko jest pozałatwiane, trzeba jeszcze przenieść część procedur do ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. Na przykład pacjentom z grupy B.84 też podajemy zastrzyki do gałki ocznej, ale musimy ich przyjąć do szpitala. Takie samo leczenie w ramach programów dotyczących leczenia chorób siatkówki odbywa się bez przyjęć do szpitala. Założenie historii choroby to jest obciążenie dla oddziału okulistycznego. Można to robić w ambulatorium. Jest szereg małych i średnich zabiegów, które powinno się przenieść do ambulatorium, bo AOS jest w tej chwili nielimitowany, więc można tam te procedury bez żadnego ograniczenia wykonywać. Z drugiej strony odciążyć to lekarzy pracujących w szpitalach. Wtedy będzie można powiedzieć, że całe szpitalnictwo okulistyczne jest utożone. Została jeszcze jedna bardzo ważna rzecz, której nie udało mi się załatwić. To dostępność do leczenia za pomocą przeszczepów rogówek. W Polsce wykonujemy najmniejszą liczbę przeszczepów na 100 tys. pacjentów. My wykonujemy średnio 1,2 tys. przeszczepów rocznie, natomiast Niemcy 8-9 tys. A nie jesteśmy aż osiem razy mniejsi od Niemiec. Przeszczep rogówki jest związany z utratą widzenia z powodów rogówkowych. Najczęstsze są przyczyny jatrogenne, np. choroby rogówki po operacji zaćmy, dystrofia rogówki, które wymagają leczenia przeszczepem. Urazy, poparzenia również powodują utratę przejrzystości rogówki. Przeszczepy są refundowane, tylko w systemie mamy to źle poukładane. Organizacja jest jeszcze z poprzedniej epoki, jeśli chodzi o przeszczepianie tkanek oka.

FORUM OCHRONY ZDROWIA: DEBATY, DYSKUSJE, KULUARY

Filip Nowak, prezes NFZ:

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.



dr Piotr Warczyński, doradca prezesa Pracodawców RP:

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 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.

Piotr Bromber, wiceminister zdrowia:

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.



prof. Jarosław Pinkas, krajowy konsultant w dziedzinie zdrowia publicznego:

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. Mieczysław Walczak, konsultant krajowy w dziedzinie endokrynologii i diabetologii dziecięcej:

Okazuje się, że zaledwie 6 proc. dzieci w wieku szkolnym spełnia jakiegokolwiek 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.



prof. Marcin Moniuszko, prorektor ds. nauki i rozwoju Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku:

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.



Joanna Lis, Sanofi Polska:

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.



Grzegorz Rychwalski, wiceprezes Krajowych Producentów Leków:

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.

Jakub Szulc, członek zarządu Pracodawców Medycyny Prywatnej:

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.



prof. Tomasz Szczepański, rektor Śląskiego Uniwersytetu Medycznego

W ramach projektów, które robiliśmy z NFZ, dokonujemy wielokryterialnej oceny danej inwestycji. I w wielu przypad-

kach z niektórymi inwestycjami 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 niewiele itd.



Filip Urbański, dyrektor departamentu analiz, monitorowania jakości i optymalizacji świadczeń, 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 65 plus i 18 minus oczywiście będą się wiązały z ulgą dla pacjentów, natomiast staną się dużym wyzwaniem dla NFZ pod kątem nadzorczo-kontrolnym.



Krzysztof Kępiński, GSK Polska:

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.



Marta Winiarska, prezes BioInMed

Kraje takie, jak Chiny i Indie zaczynają wyprzedzać Europę zarówno pod względem produkcji, jak i innowacji. Dlatego wymagania 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.

prof. Marcin Gruchała, rektor Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego, przewodniczący 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.

Prof. Ryszard Gellert, dyrektor Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego:

Lekarz 15 minut wypełnia dokumenty na komputerze a 5 minut ma dla pacjenta. Gdy by było na odwrót – to pacjent miałby trzykrotnie większą korzyść z jakości opieki medycznej.



prof. Agnieszka Zimmermann, prorektor Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego:

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 przełożenia nacisku na uprządkowanie studiów.



dr Paweł Wisz, Państwowy Instytut Medyczny MSWiA:

Robot jest tylko narzędziem w rękach chirurga i liczy się to, na ile wyszkolony jest lekarz.

prof. Andrzej Matyja, Szpital Uniwersytecki w Krakowie:

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.



Małgorzata Dziędział, wiceprezes NFZ

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.



poseł Jarosław Sachajko:

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.



Agnieszko Wołczenko, prezes Ogólnopolskiego Stowarzyszenie Pacjentów ze Schorzeniami Serca i Naczyń Eco Serce:

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 nią 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. Uzyskują ją szybciej, a po drugie zjawiają się u specjalisty już z pełnym pakietem podstawowych badań. To ułatwi dalszą diagnostykę.



prof. Piotr Gałeczki, konsultant krajowy w dziedzinie psychiatrii:

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, 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.

dr Małgorzata Gałązka-Sobotka, dziekan Centrum Kształcenia Podyplomowego Uczelni Łazarskiego:

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 medykacja nie jest najlepszym rozwiązaniem. Powinniśmy zrobić wszystko, aby zatrzymać tsunami zapadalności i rozwoju tych zaburzeń i to jest na pewno zapewne projekt na kolejne lata. 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 robi tego sama, że musi się otworzyć, przełamać pewne schematy silosowego myślenia i działania.



prof. Anna Mosiołek, dyrektor Instytutu Psychiatrii i Neurologii:

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.



Mateusz Oczkowski, zastępca dyrektora departamentu Polityki Lekowej i Farmacji w Ministerstwie Zdrowia:

Onkologia i hematoolkologia – to priorytety dla Ministerstwa Zdrowia. 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 hematoolkologii, praktycznie wszystkie zostały zmienione. Szykujemy jeszcze trzy ostatnie programy lekowe i to będzie już całość. Myślę, że rok w hematoolkologii zakończymy pozytywnym akcentem.

prof. Krzysztof Giannopoulos, prezes Polskiego Towarzystwa Hematologów i Transfuzjologów:

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.

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, trafiło poprzez system szpitalny, w wybranych zbiorach, do systemu ZUS czy NFZ, w sposób jak najbardziej automatyczny.

prof. Adam Witkowski, Narodowy Instytut Kardiologii:

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.