KONGRES
ZDROWIE POLAKÓW
2019

RAPORT

Pod redakcją prof. Henryka Skarżyńskiego

WARSZAWA 2020

Pod redakcją prof. Henryka Skarżyńskiego

Współautorzy: Beata Ambroziewicz, Piotr Andziak, Marek Balicki, Paweł Balsam, Maria Barcikowska, Katarzyna Becker, Grzegorz Błażewicz, Adam Bodnar, Maria Borawska, Katarzyna Bosacka, Robert Brawura-Biskupski-Samaha, Łukasz Bruski, Bożena Budziszewska, Leonora Bużańska, Paweł Chęciński, Michał Chojnacki, Mieczysław Chorąży, Piotr Ciąćka, Małgorzata Cierniak-Piotrowska, Witold Cieśla, Krzysztof Czajkowski, Dariusz Czaprowski, Piotr Czauderna, Anna Członkowska, Leszek Czupryniak, Andrzej Czyżewski, Wojciech Drygas, Stanisław Dziekoński, Katarzyna Dzierżanowska-Fangrat, Ewa Emich-Widera, Anna Fijałkowska, Urszula Fiszer, Mariusz Frączek, Adam Fronczak, Zbigniew Gaciong, Małgorzata Gałązka-Sobotka, Ryszard Gellert, Wojciech Golusiński, Jakub Gołąb, Renata Górska, Andrzej Górski, Iwona Grabska-Liberek, Wiesława Grajkowska, Anna Gręziak, Tomasz Grodzicki, Jan Grzybowski, Wojciech Hanke, Janusz Heitzman, Ewa Helwich, Tomasz Hryniewiecki, Bernadetta Izydorczyk, Karina Jahnz-Różyk, Krzysztof Jakubiak, Miłosz Jamroży, Łukasz Jankowski, Piotr Janowski, Barbara Jarząb, Anna Jasińska, Urszula Jaworska, Grzegorz Juras, Grzegorz Juszczyk, Agnieszka Kalińska-Bienias, Andrzej Kawecki, Michał Kleiber, Marian Klinger, Krzysztof Kochanek, Tomasz Konopka, Tomasz Kostka, Tomasz Kotwicki, Anna Kowalczuk, Anna Krakowiak, Marek Krawczyk, Leszek Królicki, Marek Krupiński, Maciej Krzakowski, Paweł Krzesiński, Krystyna Księżopolska-Orłowska, Marek Kuch, Zbigniew Lew-Starowicz, Andrzej Lewiński, Małgorzata Lipowska, Tomasz Maciejewski, Stanisław Maćkowiak, Sławomir Majewski, Piotr Małkowski, Andrzej Marszałek, Andrzej Mądrala, Janusz Meder, Grażyna Mielnik-Niedzielska, Piotr Mierzejewski, Marek Migdał, Marcin Mikos, Barbara Misiewicz-Jagielak, Janusz Moryś, Iwona Niedzielska, Adam Niedzielski, Ewelina Nojszewska, Arkadiusz Nowak, Maciej Nowak, Wiesław Nowiński, Jurek Olszewski, Paweł Olszewski, Grzegorz Opala, Grzegorz Opolski, Krzysztof Opolski, Maksymilian Opolski, Wiesław Osiński, Małgorzata Pacholec, Tadeusz Pałko, Mirella Panek-Owsiańska, Dariusz Patkowski, Marta Pawłowska, Patrycja Piekutowska, Ewa Pilarska, Jarosław Pinkas, Ryszard Piotrowicz, Maciej Piróg, Lidia Popek, Robert Pudlo, Paweł Rabiej, Konstanty Radziwiłł, Leszek Rafalski, Beata Rąbińska, Jarosław Reguła, Konrad Rejdak, Barbara Remberk, Marek Rękas, Bolesław Samoliński, Włodzimierz Sawicki, Teresa Sierpińska, Leszek Sikorski, Magdalena B. Skarżyńska, Piotr H. Skarżyński, Krzysztof Składowski, Anna Skrzek, Ryszard Słomski, Agnieszka Słowik, Janusz Sobolewski, Krzysztof Strojek, Krzysztof Suszek, Michał Sutkowski, Jolanta Sykut-Cegielska, Małgorzata Synowiec-Piłat, Jerzy Szaflik, Dorota Szałtys, Tomasz Szczepański, Agata Szkiełkowska, Jan Szmidt, Maciej Szmitkowski, Łukasz Szumowski, Tomasz Trojanowski, Mieczysław Walczak, Grzegorz Wallner, Jolanta Walusiak-Skorupa, Krystyna Wechmann, Stefan Wesołowski, Mirosław Wielgoś, Jacek M. Witkowski, Andrzej Wojtyła, Jerzy Woy-Wojciechowski, Tadeusz Wróblewski, Jacek Wysocki, Mirosław Wysocki, Piotr Zakrzewski, Piotr Zaleski, Tomasz Zatoński, Mirosław Ząbek, Tomasz Zdrojewski, Marian Zembala, Grzegorz Ziemniak, Marek Zuber, Zbigniew Żuber

Zespół redakcyjny:
Agnieszka Babicz, Jolanta Chyłkiewicz, Renata Korneluk, Aleksandra Mankiewicz-Malinowska, Dorota Seidler, Agata Szczygielska

Opracowanie graficzne i przygotowanie do druku:
Dorota Bielska, Monika Miąskiewicz

Zdjęcia:
Monika Matejczyk, Maciej Nowicki, archiwum Instytutu Fizjologii i Patologii Słuchu

Wydawca:
Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu
ul. Mochnackiego 7, 02-042 Warszawa

Druk i oprawa:
Grafdrukpol sp. j.
ul. Klementowicka 1, 03-797 Warszawa

© Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu, Warszawa 2020

ISBN 83-89087-52-9

Spis treści

Słowo wstępne **5**

Prof. Henryk Skarżyński 5
Prof. Łukasz Szumowski 9
Dr n. ekon. Adam Niedzielski 11
Prof. Michał Kleiber 13
Prof. Jan Szmidt 15

Rada Programowa I Kongresu „Zdrowie Polaków" 2019 **17**

1 Osiągnięcia i wyzwania medycyny oraz oczekiwania społeczne **25**

1.1. Wybrane osiągnięcia medycyny w Polsce – postęp i wyzwania w różnych specjalnościach 28

1.2. Służba zdrowia w oczach pacjentów – ich doświadczenia i oczekiwania 101

2 Zdrowie Polaków z perspektywy ministrów zdrowia RP **115**

3 Ekonomia a służba zdrowia **127**

3.1. Czy rachunek ekonomiczny w służbie zdrowia ma się różnić od tego w innych branżach i czy zdrowie należy interpretować w kategoriach popytu i sprzedaży? 131

3.2. Jak zwiększyć nakłady na ochronę zdrowia? 139

4 Kształtowanie postaw prozdrowotnych i budowanie odpowiedzialności za własne zdrowie **145**

4.1. Przykłady programów, kampanii, akcji i innych inicjatyw wspierających ochronę zdrowia w Polsce 176

4.2. Wspieranie idei solidarności międzypokoleniowej 201

5 Kształcenie kadr – szkolenie przed- i podyplomowe **209**

5.1. Debata rektorów. Strategie działań uczelni medycznych wobec oczekiwań zdrowotnych Polaków 213

5.2. Przygotowanie kadr medycznych do realizacji zdrowotnych wyzwań Polaków 223

5.3. Potrzeby szkolenia specjalistów różnych dziedzin medycyny 229

5.4. Głos młodego pokolenia pracowników naukowych i klinicznych 234

6 Zadania instytutów badawczych w obszarze medycyny **237**

Afiliacje **255**

Kongres „Zdrowie Polaków" 2019. Galeria zdjęć **267**

Indeks **309**

Szanowni Państwo!

Celem Kongresu było zaprezentowanie osiągnięć medycyny polskiej i jej wpływu na kondycję polskiej ochrony zdrowia. – Zgodnie uznajemy, że jako środowisko medyczne powinniśmy mówić społeczeństwu o sukcesach i o istotnych osiągnięciach oraz wskazywać na to, co można systematycznie poprawiać. Nasze środowisko stać na wiele! – powiedziałem podczas uroczystości otwarcia I Kongresu „Zdrowie Polaków" 2019 jako jego inicjator i organizator wraz z wieloma autorytetami polskiej nauki, medycyny, kultury, gospodarki, polskiego sportu. Stwierdzenie to wytyczyło pewien kierunek debat i paneli dyskusyjnych odbywających się pod hasłem „Nauka dla społeczeństwa".

Z satysfakcją odnotowuję, że poziom medycyny w Polsce jest wysoki, co podkreślali prelegenci – najwybitniejsi polscy eksperci różnych dziedzin medycyny. Schorzenia, wobec których kilkanaście czy nawet kilka lat temu medycyna była bezradna, teraz można leczyć z zastosowaniem nowatorskich leków i terapii – opracowanych na świecie, a także wynalezionych przez polskich naukowców i lekarzy. Problem w tym, że system ochrony zdrowia nie nadąża za postępem medycznym i technologicznym, a informacje o sukcesach medycznych nie zawsze docierają do szerokich kręgów społecznych. Pacjenci nie zdają więc sobie sprawy z tego, jak nowoczesne i skuteczne sposoby leczenia są stosowane w polskich klinikach i szpitalach, albo też mają oni poczucie, że nowoczesne terapie są niedostępne dla przeciętnego pacjenta, który – aby skorzystać z porady u specjalisty czy poddać się zabiegowi chirurgicznemu – musi czekać w wielomiesięcznych kolejkach. Dlatego, jak wynika z sondaży, mimo bardzo wysokiego poziomu polskiej medycyny ok. 70 proc. Polaków ma negatywną opinię o ochronie zdrowia, a wielu polskim pacjentom brakuje poczucia bezpieczeństwa.

– Jako środowisko medyczne powinniśmy zacząć mówić o tym, co jest dobre, co jest sukcesem wielu wybitnych Polaków realizujących ambitne pro-

gramy, często w trudnych warunkach, aby uświadomić społeczeństwu, że zasługują oni na uznanie i zaufanie – podkreślałem w swoim wystąpieniu. Właśnie budowaniu zaufania służyły m.in. transmitowane przez internet na żywo debaty pod hasłem „Nauka dla społeczeństwa", podczas których specjaliści prezentowali swoje największe osiągnięcia w diagnozowaniu i leczeniu różnych schorzeń. Debaty te były nie tylko miejscem wymiany doświadczeń i dyskusji eksperckich, lecz także, czy może przede wszystkim, okazją, aby uświadomić opinii publicznej, jak wielki postęp dokonuje się z roku na rok w medycynie. – Jako lekarze i inni pracownicy służby zdrowia, jej koordynatorzy i organizatorzy mamy w nim swój konkretny udział. Czy udało się nam zrealizować wszystko to, co zamierzaliśmy? Pewnie nie, ale zwracam uwagę na fakt, że przy nakładach finansowych, jakimi dysponujemy, te setki naszych osiągnięć można porównać do cudu. To słowo nie pasuje do nauki, ale jest obecne w świadomości naszej i naszych pacjentów.

Zwracając uwagę na bardzo istotny postęp w medycynie, eksperci wskazywali jednocześnie na największe wyzwania. – W sytuacji, w której mamy tak wielkie osiągnięcia, m.in. w zakresie inżynierii genetycznej i biomedycznej czy sztucznej inteligencji wspomagającej diagnostykę, musimy mówić o wielkim pozytywnym potencjale współczesnej nauki, ale także o wielu trudnych wyzwaniach związanych z wdrażaniem jej wyników. Będzie to z pewnością przedmiotem naszych debat jeszcze przez wiele lat – zaznaczał podczas uroczystego otwarcia Kongresu prof. Michał Kleiber. – Zdrowie jest ważne także w szerokim społecznym kontekście – kontynuował prof. M. Kleiber. – Musimy pamiętać, że atmosfera wokół systemu ochrony zdrowia niezwykle silnie wpływa na poczucie obywatelskiej wspólnoty, a to z kolei ma wpływ na wszystkie obszary naszego życia. Dlatego dobrze – podkreślał prof. M. Kleiber – że rozmawiamy o zdrowiu w tak kompetentnym gronie!

Dla uczestników Kongresu kolejne panele i debaty były okazją, aby wsłuchać się w głos tych, którzy na co dzień świadczą usługi medyczne, i tych, którzy na co dzień z nich korzystają. Każdy chce pójść do dobrego lekarza, każdy chce leczyć się u specjalisty, który jest wypoczęty, otwarty na potrzeby pacjenta, a na etapie diagnostyki i leczenia może skorzystać z wielu rozwiązań. Są one formalnie w naszym zasięgu, ale czy zawsze możemy z tego korzystać, uwzględniając różne istniejące ograniczenia? Wielokrotnie zadawaliśmy sobie takie pytanie podczas obrad Kongresu.

Wymieniając kolejne możliwości leczenia i ograniczenia, z jakimi muszą mierzyć się lekarze w codziennej praktyce klinicznej, dyskutowano jednocześnie na temat potrzeb i oczekiwań polskich pacjentów. Ich opinie stanowią kierunkowskaz dla wszystkich, którzy mają wpływ na politykę zdrowotną państwa i organizację służby zdrowia. Oczekiwania pacjentów to temat tak ważny, że poświęcono mu

odrębny panel dyskusyjny, moderowany przez dr. Grzegorza Juszczyka, z udziałem ekspertów oraz przedstawicieli organizacji pacjenckich. Do najczęściej wymienianych oczekiwań pacjentów należało skrócenie kolejek do specjalistów, a także zwiększenie dostępu do: informacji medycznej, świadczeń medycznych wysokiej jakości, refundowanych leków i rehabilitacji.

Uczestniczący w debacie specjaliści byli zgodni co do tego, że obecnie pacjent, który przychodzi do placówki zdrowia, oczekuje zazwyczaj więcej, niż może otrzymać. Nie istnieje jednak w świecie system, który byłby w stanie sprostać wszystkim potrzebom i oczekiwaniom pacjentów. Polska ochrona zdrowia ma sporo bolączek i braków, jej organizacja pozostawia jeszcze wiele do życzenia, jednak dużo placówek świadczy usługi na bardzo wysokim poziomie. Zauważa to i docenia wiele osób, zwłaszcza tych, które wcześniej leczyły się za granicą. – Pytanie, dlaczego Polak mieszkający w Anglii, który przyjeżdża ze swoim dzieckiem na konsultację, mówi pod koniec wizyty: „Dziękuję, jestem w pełni usatysfakcjonowany z poziomu oferowanej opieki", a ten mieszkający w Warszawie wyraża niezadowolenie tylko z tego powodu, że na konsultację musi poczekać 20–30 minut, nie bacząc często na to, jak wiele obiektywnych trudności stoi przed lekarzem – zwracałem na to uwagę podczas otwarcia Kongresu. – Widzimy to również w analizach, w badaniach, że pacjenci, którzy wyjeżdżają za granicę, lepiej oceniają polski system ochrony zdrowia niż ci, którzy nigdy za granicą nie byli – mówił minister zdrowia prof. Łukasz Szumowski. – Obraz mityczny, że tam, gdzie nas nie ma, jest lepiej, wydaje się zawsze atrakcyjny. I, oczywiście, w wielu krajach bardzo często jest lepiej. Natomiast trzeba też powiedzieć, że nie zawsze i nie wszędzie mamy tak dramatyczne sytuacje, jak czasami próbuje się to pokazać.

Choć polski system ochrony zdrowia nie działa idealnie, a pacjent napotyka na wiele niedogodności, to tak wysoki deficyt zaufania nie zawsze jest uzasadniony, reasumowali uczestnicy debaty. Jeśli uzmysłowimy sobie, że nie ma na świecie idealnego systemu ochrony zdrowia, to niezwykle ważnego znaczenia nabiera kształtowanie prozdrowotnych postaw nas wszystkich. Mogą one mieć istotny wpływ nie tylko na rozumienie postępu w medycynie, lecz także na funkcjonowanie polskiej służby zdrowia. Pacjenci mają prawo oczekiwać świadczeń wysokiej jakości, jednak sami muszą też przejąć przynajmniej część odpowiedzialności za własne zdrowie – to m.in. wynikało z dyskusji (szczegóły przedstawiamy w podrozdziale 1.2.).

Część uczestników obecnego Kongresu brało udział w wielu innych inicjatywach na rzecz poprawy systemu ochrony zdrowia w Polsce. Na szczególną uwagę i polecenie zasługuje dokument podsumowujący wyniki ogólnonarodowej debaty o kierunkach zmian w zdrowiu. *Strategiczne kierunki rozwoju systemu ochrony zdrowia w Polsce* to dzieło zbiorowe zespołu redakcyjnego pracującego pod kie-

runkiem prof. Piotra Czauderny i wsp. oraz wielu ekspertów z różnych dziedzin i różnych ośrodków w naszym kraju.

Szanowni Uczestnicy I Kongresu „Zdrowie Polaków" 2019, dziękuję Wam wszystkim za wkład w jego zorganizowanie, dziękuję za uzupełnienie swoich wypowiedzi, które wygaszaliście podczas obrad. Wiemy, że tematów do rozmowy, analiz oraz różnych elementów, które są niezbędne do poprawy naszego funkcjonowania, jest wiele. Uważam, że zrobiliśmy wspólnie dobry krok i należy to przedsięwzięcie kontynuować. Liczę, że w większym gronie będziemy o tym dyskutowali pod koniec października na kolejnym, II Kongresie „Zdrowie Polaków". Że usłyszymy wtedy o nowych osiągnięciach oraz niekwestionowanych sukcesach.

Szanowni Czytelnicy, odbiorcy tego raportu, jako organizatorzy mamy świadomość, że nie napisaliśmy jeszcze „Konstytucji dla Zdrowia Polaków". Taką możemy pisać razem od dziś, doceniając to, co jest dobre, i systematycznie poprawiając to, co jest możliwe do poprawienia. Szczególnie zaś pracując nad zmianą naszych postaw oraz uświadamianiem tego, jak należy cenić zdrowie i dbać o nie – o nasz największy kapitał. Na uwagi do programu II Kongresu „Zdrowie Polaków" i uzupełnienia do tego raportu czekamy od dziś.

Z wyrazami uznania i pozdrowieniami

PS Szanowni Państwo, tuż przed oddaniem do druku zapowiadanego raportu w naszym kraju, Europie oraz praktycznie na całym świecie zaszły zmiany, których skali nikt się nie spodziewał. Nikt nie jest w stanie obecnie ocenić faktycznych skutków epidemii. Uznaliśmy jednak, że należy wydrukować to, do czego zobowiązaliśmy się w listopadzie 2019 r. Oceniając obecną sytuację z krótkiej, ale wypełnionej wieloma dramatami i niewiadomymi perspektywy, możemy raz jeszcze spojrzeć na polskie dokonania, które są obecnie podstawą naszego niełatwego trwania w systemie. Możemy też ocenić nasze apele do społeczeństwa, by każdy wziął udział w budowaniu postaw prozdrowotnych, by przejął przynajmniej część – tę zależną od niego – odpowiedzialności za swoje zdrowie. W tych dniach i tygodniach trzeba powiedzieć więcej – by każdy wziął część odpowiedzialności – też zależną od niego – za swoje życie. Wierzę, że ten raport dotrze do Państwa, mimo jeszcze nieznanych mi przeszkód, jako dokument naszych osiągnięć i oczekiwań Anno Domini 2019. Czy przewidywaliśmy, ocenialiśmy słusznie naszą wcześniejszą sytuację? Każdy musi odpowiedzieć sobie na to pytanie sam. Czy każdy zrobił wszystko, co mógł, w świetle obecnych zagrożeń i ludzkich wielowymiarowych tragedii?

Szanowni Państwo!

Bardzo dziękuję za zaproszenie, bardzo dziękuję też za inicjatywę Kongresu „Zdrowie Polaków", bo myślę, że rozmawianie o zdrowiu jest kluczowe. To, co Pan Profesor powiedział, że często pacjent, który do nas przychodzi, oczekuje w tej chwili więcej, niż otrzymuje, jest prawdą. Natomiast pamiętajmy, że rozmawiając i dyskutując w gronie ekspertów, ale też z organizacjami pacjentów, z osobami reprezentującymi pacjentów, trzeba oczywiście zastanowić się, jak poprawić cały system, a przy tym pokazywać to, co udało się osiągnąć nie tylko teraz, lecz także przed laty. Myślę, że droga, którą idziemy teraz, jest dobrym kierunkiem.

Pan Profesor wspomniał system czeski – jest dosyć podstawowa różnica w wysokości środków przekazywanych oraz w wysokości składek. Natomiast to nie zwalnia nas z obowiązku, żebyśmy tą drogą – częściowo wytyczoną przez ustawę 6 proc., ale także przez inne działania – podążali, żeby to finansowanie i ta ilość środków przeznaczonych na zdrowie Polaków była coraz większa. To jest kluczowe, ale nie zwalnia nas z działań bardzo racjonalnych, choćby tych, które poprawiają koordynację opieki nad pacjentem. Najlepszym przykładem takiego działania jest program KOS-Zawał, dzięki któremu przy czysto koordynacyjnych działaniach – de facto administracyjnych – osiągnęliśmy redukcję śmiertelności o około 30 proc. To pokazuje, że nie tylko finanse są kluczowe, choć oczywiście są niezwykle ważne dla całego systemu. Ważne jest również modelowanie opieki z czysto administracyjnego punktu widzenia, dlatego że przekłada się to bezpośrednio na zmniejszenie umieralności pacjentów. I równie kluczowa jest edukacja – ta debata włącza się w cykl dyskusji o systemie, jak ten system poprawić, ale w tej dyskusji nie możemy zapominać o tym, co my możemy sami w obecnych warunkach, czyli tu i teraz, osiągnąć.

Mieliśmy wcześniej cykl debat „Wspólnie dla Zdrowia", teraz mamy debatę „Zdrowie Polaków". Myślę, że to ważne, żeby przedstawiać dane. Najgorszą rzeczą, jaką można by zrobić w dyskusji o systemie ochrony zdrowia, o tym, jak leczyć pacjentów skutecznie i bezpiecznie, to włączyć w to bieżącą politykę i próbować licytować się, kto zrobił mniej, kto zrobił więcej, kto zrobił gorzej, kto zrobił lepiej. Myślę, że jest też niezwykle istotne, żebyśmy pokazywali, że wspólnie – niezależnie od tego, z jakich opcji politycznych, z jakich kierunków jesteśmy – możemy i chcemy dyskutować o tym, jak poprawiać opiekę nad pacjentami, ale jednocześnie też edukować pacjentów i uświadamiać im, jak wygląda system w Polsce, jak wyglądają inne systemy na świecie, jakie są mankamenty i jakie są plusy. To, co powiedział Pan Profesor, że pacjent z Wielkiej Brytanii przychodzi i jest zadowolony z tej opieki, którą Pan Profesor u siebie proponuje. I tak jest. Widzimy to również w analizach, w badaniach, że pacjenci, którzy wyjeżdżają za granicę, lepiej oceniają polski system ochrony zdrowia niż ci, którzy nigdy za granicę nie wyjechali. Obraz mityczny, że tam, gdzie nas nie ma, jest lepiej, jest zawsze atrakcyjny. Oczywiście w wielu krajach jest lepiej. Natomiast trzeba też powiedzieć, że nie zawsze i nie wszędzie mamy tak dramatyczne sytuacje, jak czasami próbuje się je przedstawić. Takim najprostszym przykładem, który można pokazać, jest liczba lekarzy w Polsce. Z danych, które są raportowane do OECD, wynika, że mamy 2,4 lekarza na 1 tys. mieszkańców. Dlaczego tak się dzieje? Dlatego, że OECD w ogóle nie uwzględnia POZ, indywidualnych praktyk lekarskich, generalnie raportuje tylko lekarzy pracujących w szpitalach. Natomiast Naczelna Rada Lekarska w swoim własnym rejestrze ma 178 tys. lekarzy i lekarzy dentystów wykonujących zawód w Polsce. Wtedy ten wskaźnik wynosi 4,6 lekarza na 1 tys. mieszkańców, czyli więcej niż średnia europejska, która wynosi 3,6. Jeśli weźmiemy samych lekarzy wykonujących zawód, których jest ponad 140 tys., to wychodzi nam dokładnie średnia europejska. Dlatego ważne są debaty, dlatego ważne jest też przedstawianie danych, a Polacy potrafią je ocenić. Trzymajmy się danych, trzymajmy, się *evidence based*, bo wszyscy znamy ten termin – *evidence based medicine*, a ja bym powiedział więcej – *evidence based politics* w medycynie i ochronie zdrowia i naprawdę będziemy w stanie osiągnąć bardzo dużo – wspólnie z pacjentami, bo tak naprawdę to o nich wszyscy chcemy się troszczyć. Bardzo dziękuję.

prof. Łukasz Szumowski
minister zdrowia

Szanowni Państwo!

Zdrowie jest pojęciem niezmiernie ważnym społecznie, a jednocześnie trudnym. Zdrowia przecież nie widać, widoczny jest dopiero jego brak w postaci stanów chorobowych. Prawdopodobnie z tego powodu wielu z nas ignoruje podstawowe potrzeby zdrowotne, czyli zalecenia i wskazówki profilaktyki zdrowia. A to właśnie one mają kluczowe znaczenie, by zdrowie każdego z nas utrzymać w możliwie optymalnym stanie jak najdłużej – by zapobiegać chorobom na tyle zdecydowanie, na ile to możliwe. Jak bezcenną wartością jest zdrowie, dostrzegamy zwykle dopiero wtedy, gdy je tracimy – zmagając się z rosnącymi kosztami społecznymi i finansowymi otyłości i cukrzycy, innych chorób cywilizacyjnych, nowotworowych czy schorzeń wieku senioralnego.

Jestem przekonany, że zdrowie Polaków to jeden z najważniejszych obszarów odpowiedzialności państwa wobec obywateli, dlatego z roku na rok Narodowy Fundusz Zdrowia zwiększa nakłady finansowe na publiczną opiekę zdrowotną oraz optymalizuje jakość świadczonych usług medycznych. Zdrowie Polaków to także sfera naszej własnej odpowiedzialności – społecznej – wyrażanej w praktycznym przestrzeganiu zaleceń prozdrowotnych oraz regularnych badaniach profilaktycznych.

Społeczną misją Narodowego Funduszu Zdrowia, znajdującą formalne odzwierciedlenie w Strategii NFZ na lata 2019–2023, jest odpowiedzialna polityka profilaktyki chorób i promocji zdrowia. Dokładamy wszelkich starań, by odgrywać w tym zakresie coraz istotniejszą rolę, by Narodowy Fundusz Zdrowia firmował zdrowie Polaków. To dla nas jedna z kluczowych sfer działania w pełnej współpracy ze środowiskiem lekarzy, pielęgniarek, farmaceutów, naukowców, organizacji pacjentów oraz mediów i liderów opinii.

Gratuluję organizatorom Kongresu „Zdrowie Polaków" przedsięwzięcia o tak doniosłym znaczeniu i cieszę się, że przedmiotem debaty staje się jak najdłuższe życie w zdrowiu, a nie tylko interwencja w przypadku choroby.

Życzę dalszych sukcesów
dr n. ekon. Adam Niedzielski
prezes Narodowego Funduszu Zdrowia

Szanowni Państwo!

Jako osoba niezwiązana bezpośrednio z systemem ochrony zdrowia przydzielam sobie czas na powiedzenie tylko paru zdań. Zacznę od gratulacji dla organizatorów za zorganizowanie tego spotkania, rozmawiamy tu bowiem o rzeczy najważniejszej dla nas wszystkich. Mówiąc nieco żartobliwie, to przecież nie przez przypadek składając sobie życzenia, mówimy: „Zdrowia, bo jak będziemy zdrowi, to z resztą damy sobie radę". Zdrowie jest także ważne w bardzo szerokim społecznym kontekście. Jeśli spojrzymy na prawie 300 mln godzin, które Polacy spędzają rocznie na zwolnieniach lekarskich, i pomnożymy to przez wartość ich niewykonanej pracy, nie będziemy mieli wątpliwości – to olbrzymi społeczny koszt pracowniczej absencji bezpowrotnie utracony. Musimy także pamiętać, że atmosfera wokół systemu ochrony zdrowia niezwykle silnie wpływa na poczucie obywatelskiej wspólnoty w kraju, a to z kolei ma wpływ na wszystkie obszary naszego życia. Dlatego dobrze, że w tak kompetentnym gronie rozmawiamy o naszym zdrowiu!

Wyzwań jest bardzo dużo. Mówiono już wcześniej o szeroko rozumianej profilaktyce, łącznie z całym systemem edukacji, o optymalizacji metod diagnostyki i terapii, szczególnie z wykorzystaniem nowych technologii, a także o personalizacji całego systemu i różnorodnych problemach etycznych. W sytuacji, w której mamy tak wielkie osiągnięcia w zakresie inżynierii genetycznej i biomedycznej czy sztucznej inteligencji wspomagającej diagnostykę, musimy mówić o wielkim pozytywnym potencjale współczesnej nauki, ale także o wielu trudnych wyzwaniach związanych z wdrażaniem jej wyników. Będzie to z pewnością przedmiotem naszych debat jeszcze przez bardzo wiele lat.

Osobiście do kluczowych dziś zagadnień zaliczam szeroko rozumianą profilaktykę i promocję zachowań prozdrowotnych oraz wyzwania związane z wdrażaniem nowych technologii. Musimy pamiętać, że wchodzimy w erę, którą już nazywamy „postcyfrową". Mówiąc nieco symbolicznie, komputer mają już wszyscy, więc teraz chodzi o to, żeby go dobrze wykorzystać. Niezwykle ważne jest zatem połączenie dwóch obszarów: całego systemu ochrony zdrowia i możliwości oferowanych przez nowe technologie. Jest bardzo wiele przykładów wdrażania nowych technologii, które z jednej strony są niezwykle skuteczne, a z drugiej niosą poważne problemy etyczne. Musimy być świadomi tych zagrożeń i szukać optymalnych rozwiązań. Życzę nam wszystkim szybkiego i skutecznego wdrażania metod jak najdokładniejszej diagnostyki i najskuteczniejszej terapii, a wszystko w warunkach optymalizacji kosztów, niezbędnej dla prawidłowego działania całego systemu. Jeszcze raz gratuluję twórcom pomysłu organizacji tego spotkania.

prof. Michał Kleiber

Szanowni Państwo!

Jako rektor Politechniki Warszawskiej chciałbym zabrać głos w imieniu tych, którzy wspomagają medycynę. Kiedyś Theodore von Kármán, prekursor współczesnej aerodynamiki, powiedział, że naukowcy opisują rzeczywistość, a inżynierowie ją tworzą. To motto, z którym uczelnie techniczne zwracają się w stronę specjalistów różnych dziedzin medycyny, bo – jak wiadomo – lekarze, biolodzy, badając życie oraz człowieka, stawiają wymagania, którym my, inżynierowie, musimy potem sprostać.

Celem lepszego uświadomienia, z jaką dynamiką zdarzeń mamy do czynienia w czasach, w których przyszło nam żyć, odwołam się do historii:

Stetoskop, wynaleziony w 1816 r., czekał 150 lat, zanim dokonano w nim niewielkiej zmiany – wprowadzono membranę. Dzisiaj mamy stetoskopy elektroniczne.

Mikroskop zbudowano w XVII w., ale mikroskop elektronowy, który pozwala nam zajrzeć do wnętrza komórki, a nie tylko oglądać ją samą, skonstruowano dopiero w XX w.

Promieniowanie Roentgena i odkrycia Marii Skłodowskiej-Curie weszły do praktyki medycznej w ciągu kilku lat. Natomiast po wynalezieniu druku 3D natychmiast pojawiły się indywidualnie dobierane implanty do przeszczepów, wykonywane przez inżynierów.

To wszystko wiąże się z niesamowitym rozwojem narzędzi i technologii, szczególnie nanotechnologii, która tak bardzo ewoluowała w ciągu ostatnich 20 lat.

Dziś mamy sondy, ultrasonografię, rezonans magnetyczny, dzięki czemu możemy obserwować dynamikę procesów zachodzących w organizmie. Telemedycyna, której prekursorem nie tylko w Polsce, lecz także na świecie jest prof. Henryk Skarżyński z zespołem, a także cyfryzacja połączona ze sztuczną inteligencją, mają dzisiaj kluczowe znaczenie. Sieci piątej generacji, umożliwiające przesył wielkich pakietów informacyjnych, w krótkim czasie pozwolą m.in. lekarzom postawić diagnozę na odległość czy nawet zdalnie przeprowadzać operacje.

Postęp jest ogromny, ale wielkie wyzwania dopiero przed nami. Stoimy bowiem w obliczu epoki uczenia maszynowego, które zrewolucjonizuje medycynę. Ta rewolucja już się zaczyna – można podać przykłady, kiedy dzięki algorytmom możliwe jest zaledwie w kilka sekund wykonanie diagnostyki tak samo dobrze jak przez wybitnych lekarzy. Wysoko rozwinięta technologia ułatwiająca diagnostykę czy proces leczenia może jednak także wzbudzać obawy natury moralnej. Według Elona Muska „głębokie uczenie maszynowe nie jest transparentne. Kto weźmie odpowiedzialność, gdy maszyny zaczną podejmować decyzje i stosować rozwiązania, których my nie rozumiemy, bowiem działają w zupełnie innych algorytmach niż nasz mózg i z zupełnie inną prędkością". Jeśli zatem chcemy korzystać z nowych technologii, musimy kształcić młodych ludzi, którzy będą potrafili odpowiedzieć na podobne wyzwania biologii, medycyny, wyzwania związane ze zdrowiem człowieka.

Odnosząc się do kształcenia, przypomnę, że w 1946 r. Sekcja Elektrotechniki Medycznej była jedną z pierwszych w Europie i na świecie jednostek kształcących specjalistów w zakresie technik elektrycznych stosowanych w medycynie. Powstała na Politechnice Warszawskiej dzięki staraniom prof. Cezarego Pawłowskiego, który pracował na moim macierzystym wydziale i był uczniem Marii Skłodowskiej-Curie. Przypomnę też, że kiedy sam zostałem rektorem Politechniki Warszawskiej w pierwszej kadencji, wykład inauguracyjny, wyśmienity zresztą, wygłosił Pan Profesor Henryk Skarżyński, natomiast w drugiej mojej kadencji taki wykład wygłosił Pan Profesor Marek Krawczyk. Przypominam o tym, gdyż rozpoczynając kolejne kadencje władz Politechniki Warszawskiej, wskazywaliśmy tym samym, które kierunki rozwoju inżynierii powinny być dla nas najważniejsze.

prof. dr hab. inż. Jan Szmidt

Rada
Programowa
I Kongresu
„Zdrowie Polaków” 2019

Dr n. pr.
Alicja Adamczak

Krystyna Aldridge-Holc

Prof. dr hab.
n. o kult. fiz.
Jędrzej Antosiewicz

Prof. dr n. med.
Maria Barcikowska

Dr n. med.
Katarzyna Becker

Ewa Błaszczyk-
-Janczarska

Dr n. farm.
Leszek Borkowski

Prof. dr hab. n. med.
Andrzej Bręborowicz

Prof. dr hab. n. med.
Tomasz Brzozowski

Prof. dr hab. n. med.
Włodzimierz Buczko

Prof. dr hab. n. med.
Leonora Bużańska

Prof. dr hab. n. med.
Ryszarda Chazan

Bartłomiej Chmielowiec

Prof. dr hab. n. med.
dr h.c. multi
Mieczysław R. Chorąży

Prof. dr hab. n. med.
Piotr Czauderna

Prof. dr hab. n. med.
Stanisław J. Czuczwar

Prof. dr hab. n. med.
Leszek Czupryniak

Prof. dr hab. inż. dr h.c.
Andrzej Czyżewski

Prof.
Krzesimir Dębski

Prof. dr hab. n. med.
Magdalena Durlik

Prof. dr hab.
Jarosław Dziadek

Ks. prof. dr hab. n. społ.
dr h.c.
Stanisław Dziekoński

Dr Robert Firmhofer

Prof. dr hab. n. med.
Urszula Fiszer

Dr n. ekon.
Małgorzata Gałązka-
-Sobotka

Prof. dr hab. n. med.
Ryszard Gellert

Gen. dyw.
prof. dr hab. n. med.
Grzegorz Gielerak

Prof. dr hab. n. med.
Wojciech Golusiński

Prof. dr hab. n. med.
Renata Górska

Prof. dr hab. n. med.
dr h.c.
Andrzej Górski

Prof. dr hab. n. med.
Iwona Grabska-Liberek

Prof. dr hab. n. med.
dr h.c.
Tomasz Grodzicki

Prof. dr hab. n. med.
Marcin Gruchała

Dr hab. n. med.
Mariusz Gujski

Dr hab. n. med.
Janusz Heitzman,
prof. IPiN w Warszawie

Prof. dr hab. n. med.
Tomasz Hryniewiecki

Prof. dr hab. n. hum.
Józefa Hrynkiewicz

Prof. dr hab. n. med.
Teresa Jackowska

Dr Andrzej Jacyna

Prof. dr hab. n. med.
Paweł Piotr Jagodziński

Prof. dr hab. n. med.
Mirosław Jarosz

Prof. dr hab. n. med.
Barbara Jarząb

Prof. dr hab. n. med.
Wiesław Jędrzejczak

Prof. dr hab. n. med.
Jerzy Jurkiewicz

Dr n. med.
Grzegorz Juszczyk

† Prof. dr hab. n. farm.
dr h.c.
Roman Kaliszan

Prof. dr hab. n. biol.
Paweł Kisielow

Prof. dr hab. n. tech.
dr h.c. multi
Michał Kleiber

Prof. dr hab. n. med.
Marian Klinger

Płk prof. dr hab. n. med.
dr h.c.
Krzysztof S. Klukowski

Prof. dr hab. n. med.
Janusz Komender

Prof. dr hab. n. med.
Tomasz Konopka

Ryszard Konwerski

Prof. dr hab. n. med.
Radzisław Kordek

Prof. dr hab. n. hum.
dr h.c.
Adam Koseski

Prof. dr hab. inż.
Bożena Kostek

Prof. dr hab. n. med.
Waldemar Kostewicz

Dr hab. n. społ.
Paweł Kowal,
prof. ISP PAN

Dr n. farm. MBA
Anna Kowalczuk

Dr Jerzy Koźmiński

Prof. dr hab. n. med.
Elżbieta Krajewska-
-Kułak

Andrzej Kraśnicki,
PKOL

Prof. dr hab. n. med.
dr h.c. multi
Marek Krawczyk

Prof. dr hab. n. med.
Adam Krętowski

Marek Krupiński,
UNICEF

Prof. dr hab. n. med.
Marek Kuch

Jolanta Kwaśniewska

Prof. dr hab.
dr h.c. multi
Stefan M. Kwiatkowski

Czesław Lang

Prof. dr hab. n. med.
Władysław Lasoń

Prof. dr hab. n. med.
Piotr Lass

Prof. dr hab. n. med.
Ewa Lech-Marańda

Prof. dr hab. inż.
Andrzej Lenart

Prof. dr hab. med.
Zbigniew Lew-Starowicz

Prof. dr hab. n. med.
Tomasz Mach

Prof. dr hab. n. med.
Bogusław Machaliński

Dr n. med.
Tomasz M. Maciejewski

Prof. dr hab. n. med.
Andrzej Mackiewicz

Prof. dr hab. n. med.
Sławomir Majewski

Prof. dr hab. n. med.
Wojciech Maksymowicz

Dr n. ekon.
Andrzej Malinowski

Prof. dr hab. n. med.
Piotr Małkowski

Prof. dr hab. n. med.
Jolanta Małyszko

Ewa Mańkiewicz-Cudny

Prof. dr hab. n. med.
Bohdan Maruszewski

Gen. bryg. (w st. spocz.)
prof. dr hab. n. med.
Marek Maruszyński

Ilona Massalska

Prof. dr hab. n. med.
Andrzej Matyja

Dr n. przyr.
Andrzej Mądrala

Dr n. med.
Janusz Meder

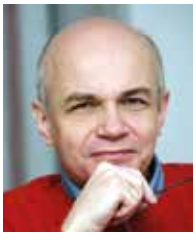
Prof. dr hab. n. med.
Grażyna Mielnik-
-Niedzielska

Mec.
Piotr Mierzejewski

Dr n. med.
Marek Migdał

Prof. dr hab. n. farm.
Elżbieta Mikiciuk-Olasik

Prof. dr hab. n. med.
Maciej Misiołek



Dr inż.
Robert Mołdach

Prof. dr hab. n. med.
Janusz Moryś

Prof. dr hab. n. med.
Michał Myśliwiec

Prof. dr hab. n. med.
Krzysztof Narkiewicz

Prof. dr hab. n. med.
Iwona Niedzielska

Prof. dr hab. n. ekon.
Ewelina Nojszewska

Prof. dr hab. n. ekon.
Alojzy Z. Nowak

Filip Nowak,
wiceprezes NFZ

Prof. dr hab. n. med.
Jurek Olszewski

Prof. dr hab. n. med.,
prof. hon. ŚUM
Grzegorz Opala

Prof. dr hab. n. med.
Grzegorz Opolski

Prof. dr hab. n. ekon.
Krzysztof Opolski

Prof. dr hab. n. o kult.
fiz. dr h.c. multi
Wiesław Osiński

Prof. dr hab. n. farm.
Jan Pachecka

Prof. dr hab. n. med.
Lech Panasiuk

Mikołaj Pawlak,
rzecznik praw dziecka

Prof. dr hab. n. tech.
Lucjan Pawłowski

Prof. dr hab. n. med.
Leszek Pączek

Dr h.c.
Krzysztof
Pietraszkiewicz

Dr hab. n. med.
Jarosław Pinkas,
prof. CMKP

Prof. dr hab. n. med.
Ryszard Piotrowicz

Prof. dr hab. n. med.
Piotr Ponikowski

Prof. dr hab. n. med.
Tadeusz Popiela

Krzysztof Przybył,
prezes Teraz Polska

Dr hab. n. med.
Robert Pudlo

Prof. dr hab. n. med.
dr h.c.
Piotr Radziszewski

Prof. dr hab. inż.
Leszek Rafalski

Irena Rej

Dr hab. n. med.
Barbara Remberk

Prof. dr hab. n. med.
Marek Rogowski

Prof. dr hab. n. med.
Kazimierz Roszkowski-
-Śliż

Prof. dr hab. n. med.
Marek Ruchała

Prof. dr hab. n. med.
dr h.c.
Witold Rużyłło

Prof. dr hab. n. med.
Konrad Rydzyński

Prof. dr hab. n. med.
Bolesław Samoliński

Dr Jan Stanisław Sarna

Prof. dr hab. n. farm.
Wiesław Sawicki

Dr n. med.
Janusz Sirek

Prof. dr hab. n. med.
Krzysztof Składowski

Prof. dr hab. n. med.
Ryszard Słomski

Prof. dr hab. n. med.
Piotr Socha

Prof. dr hab. n. med.
Paweł Stręk

Dr Adam Struzik

Dr n. med.
Michał Sutkowski

Dr n. hum.
Małgorzata Synowiec-
-Piłat

Prof. dr hab. n. med.
Jerzy Szaflik

Prof. dr hab. n. med.
Ewa Szczepańska-
-Sadowska

Prof. dr hab. n. med.
Tomasz Szczepański

Prof. dr hab. inż. dr h.c.
Jan Szmidt

Prof. dr hab. n. med.
Mieczysław Szostek

Prof. dr hab. n. med.
dr h.c.
Tadeusz Tołłoczko

Prof. dr hab. n. med.
Tomasz Tomasik

Dr n. med.
Marek Tombarkiewicz

Dr n. med.
Roman Topór-Mądry

Prof. dr hab. n. med.
dr h.c.
Tomasz Trojanowski

Prof. dr hab. n. fiz.
Łukasz A. Turski

Prof. dr hab.
Gertruda Uścińska

Prof. dr hab. n. med.
Jerzy Walecki

Prof. dr hab. n. med.
Jan Walewski

Prof. dr hab. n. med.
Zofia Wańkowicz

Prof. dr hab. inż.
Lidia Wądołowska

Prof. dr hab. n. med.
Bożena Werner

Dr hab. n. med.
Stefan Wesołowski,
prof. IGiCHP

Prof. dr hab. n. med.
Anna Wiela-Hojeńska

Prof. dr hab. n. med.
Mirosław Wielgoś

Prof. dr hab. n. med.
dr h.c.
Andrzej Więcek

Prof. dr hab. n. med.
Jacek M. Witkowski

Prof. dr hab. n. med.
Michał Witt

Dr n. przyr.
Bogdan Wojtyniak,
prof. NIZP-PZH

Prof. dr hab. n. med.
Dariusz Wołowiec

Prof. dr hab. n. med.
Jerzy Woy-
-Wojciechowski

Prof. dr hab. n. med.
Jacek Wysocki

Dr n. biol.
Piotr Zaleski

Prof. dr hab. n. med.
Jacek S. Zaremba

Prof. dr hab. n. med.
Tomasz Zdrojewski

Grzegorz
Ziemniak

Prof. dr hab. sztuk muz.
Ryszard Zimak

Marek Zuber

Dr hab. n. med.
Zbigneiw Żuber,
prof. KA AFM

1

Osiągnięcia i wyzwania medycyny oraz oczekiwania społeczne

Na przestrzeni 20–30 lat chirurgia ery przemysłowej zmienia się w chirurgię ery cyfrowej, chirurgia krwi i tkanek – w chirurgię bitów i bajtów. Jest to chirurgia coraz mniej inwazyjna, coraz bardziej opierająca się na pracy zespołowej, mówił podczas Kongresu prof. Grzegorz Wallner, pokazując tym samym, jak olbrzymie zmiany zaszły w tej jednej z najtrudniejszych dziedzin medycyny. Ale o wielkich zmianach i postępie można mówić także w wielu innych medycznych dyscyplinach – podczas kolejnych sesji przedstawiano innowacyjne metody diagnostyki i leczenia w kardiologii, neurologii, diabetologii, alergologii, endokrynologii, pediatrii, perinatologii, okulistyce, otorynolaryngologii, onkologii, immunologii, genetyce i in. Co ten postęp oznacza dla pacjenta, którym jest lub będzie każdy z nas? Z pewnością zwiększenie szansy na terapię wielu chorób, które jeszcze do niedawna były trudne do wyleczenia albo w ogóle nieuleczalne, a także szansę na dłuższe życie. Według amerykańskich gerontologów, jak podkreślał podczas swojego wystąpienia prof. Jerzy Woy-Wojciechowski, w 2080 r. średnia długość życia w Stanach Zjednoczonych będzie wynosiła 100 lat.

Podczas Kongresu najwybitniejsi polscy eksperci, specjaliści z wielu dziedzin medycyny przedstawili szereg innowacyjnych sposobów leczenia, pokazując, z jak poważnymi schorzeniami radzi sobie współczesna medycyna. Mówiąc o pionierskich operacjach i nowatorskich terapiach, jednocześnie zwracali uwagę na stojące przed nami wyzwania oraz niedomagania służby zdrowia. Problem w tym – jak wielokrotnie podkreślano – aby te najnowocześniejsze, niestety czasem także bardzo drogie metody były dostępne dla szerokiej rzeszy pacjentów. Jak zaznaczali bowiem kolejni eksperci, za postępem w medycynie nie nadąża służba zdrowia. Szukając rozwiązań zwiększających szanse pacjentów na skorzystanie ze współczesnych możliwości leczenia, wiele miejsca poświęcono m.in. telemedycynie. W telemedycynie, jak mówił m.in. dr inż. Łukasz Bruski, upatrujemy przyszłość nowoczesnej, otwartej na pacjenta medycyny. W dobie wszechobecnego internetu może stać się ona najbardziej pożądanym przez pacjentów źródłem dostępu do usług medycznych. I – jak to określił dr inż. Miłosz Jamroży – remedium na niedomagania służby zdrowia.

Mówienie o postępie w medycynie, poza wymianą wiedzy naukowej, miało inny, ważny cel – budowanie zaufania u pacjentów, z których aż ok. 70 proc. negatywnie ocenia służbę zdrowia. Jakie są tego powody? Czego pacjenci oczekują od przychodni i szpitali? Oczekiwania pacjentów to temat tak ważny, że poświęcono mu odrębny panel dyskusyjny z udziałem lekarzy, a także przedstawicieli organizacji pacjenckich. Jego obszerne fragmenty zamieściliśmy w podrozdziale 1.2.

1.1

Wybrane osiągnięcia medycyny w Polsce – postęp i wyzwania w różnych specjalnościach

Podczas I Kongresu „Zdrowie Polaków" 2019 zaprezentowano sukcesy odniesione w wielu dziedzinach medycyny. Kolejne wystąpienia ekspertów potwierdzały, że w polskich klinikach wdrażane są najnowsze metody leczenia i technologie medyczne. Na tych nowoczesnych terapiach, m.in. w onkologii, kardiologii, neurologii, chirurgii, radiologii i obrazowaniu, immunologii, genetyce, otorynolaryngologii i okulistyce, skupiono się podczas paneli dyskusyjnych odbywających się pod hasłem „Nauka dla społeczeństwa", jednak temat ten towarzyszył niemal wszystkim panelom i debatom.

W niektórych specjalnościach sukces w leczeniu chorób został osiągnięty nie tylko dzięki wdrożonym najnowocześniejszym sposobom leczenia, lecz także, a może przede wszystkim, dzięki nowym rozwiązaniom organizacyjnym, zwracał uwagę prof. Marek Kuch. Przykładem na to, że system leczniczy może być efektywny, jest – jak podkreślał prof. M. Kuch – leczenie ostrych zespołów wieńcowych w ostatnich dekadach. Opracowano strategię postępowania, stworzono precyzyjną sieć ośrodków kardiologii interwencyjnej i zapewniono odpowiednie finansowanie. Uzyskane wyniki leczenia ostrego zawału serca umiejscowiły nasz kraj na wysokiej pozycji w skali światowej.

Postęp w leczeniu wielu chorób na świecie jest ogromny. Wyzwanie natomiast stanowi implementacja najnowocześniejszych terapii do systemu leczenia w Polsce przekładająca się na lepsze wyniki leczenia, a także zadowolenie samych pacjentów, podkreślał prof. M. Kuch. Podobnego zdania było wielu ekspertów z różnych dziedzin.

Mówiąc o niekwestionowanych sukcesach medycyny, wskazywano jednocześnie najważniejsze wyzwania w poszczególnych jej obszarach, a także proponowano zmiany, m.in. w organizacji i finansowaniu służby zdrowia, które pozwolą na to, aby pacjenci czerpali jak najwięcej korzyści z upowszechnianych osiągnięć nauki i medycyny. Na następnych stronach przedstawiamy wypowiedzi wybitnych specjalistów z różnych dziedzin medycyny, w tym wielu konsultantów krajowych i wojewódzkich, dla których sukcesy we wdrażaniu nowatorskich terapii czy leków są nie tylko powodem do dumy i radości, lecz także, czy może przede wszystkim, motywacją do dalszej pracy nad nieustannym podnoszeniem poziomu leczenia polskich pacjentów.

Specjalności zabiegowe

Prof. Piotr Andziak, prezentując osiągnięcia chirurgii naczyniowej, zaznaczył: „W najlepszych klinikach przeprowadzane są najbardziej skomplikowane i najtrudniejsze wewnątrznaczyniowe operacje tętniaków piersiowo-brzusznego odcinka aorty oraz łuku, podczas których wykorzystuje się protezy naczyniowe (stentgrafty) o złożonej, modułowej budowie. Wyniki operacji klasycznych i wewnątrznaczyniowych nie odbiegają od wyników uzyskiwanych w najlepszych ośrodkach europejskich".

Chirurgia naczyniowa jest niezwykle ważnym elementem leczenia chorób układu krążenia. Przez wiele lat niedoceniana i stojąca na marginesie stanowi ważną część utrzymania i poprawy stanu zdrowia coraz starszej populacji naszego kraju. Miażdżyca tętnic, będąca przyczyną zawałów serca, jest również przyczyną przewlekłego miażdżycowego niedokrwienia kończyn dolnych – schorzenia, które najczęściej wymaga leczenia, w tym także operacyjnego, w ośrodkach chirurgii naczyniowej. Miażdżyca jest także przyczyną zwężeń tętnic szyjnych (odpowiedzialnych za udary niedokrwienne), tętniaków aorty brzusznej czy zwężeń tętnic nerkowych (wpływających na pogorszenie funkcji nerek). Chirurgicznym leczeniem tych chorób zajmuje się chirurgia naczyniowa. Nie mniej ważnym problemem, będącym przedmiotem zainteresowania tej dziedziny chirurgii, są choroby żył. Ponad 30 proc. dorosłej populacji w naszym kraju ma objawy przewlekłej choroby żył. Wiele z tych osób wymaga leczenia operacyjnego.

Częstość występowania niektórych chorób tętnic i żył obwodowych w Polsce poznaliśmy dzięki przeprowadzonym badaniom przesiewowym. W latach 2013–2015 w ramach „Narodowego programu wyrównywania dostępności do profilaktyki i leczenia chorób układu sercowo-naczyniowego POLKARD" przeprowadzono badania przesiewowe w kierunku żylnego owrzodzenia goleni oraz przewlekłego miażdżycowego niedokrwienia kończyn dolnych. Wyniki tych badań wykazały, że czynne owrzodzenie goleni występuje u 0,9 proc. badanej populacji pacjentów, a przebyte owrzodzenie żylne goleni dotyczyło 2,0 proc., z istotnymi różnicami w zależności od wieku chorych: w wieku poniżej 35 roku życia aktywne owrzodzenie żylne goleni dotyczyło 0,3 proc. populacji, w przedziale wiekowym 66–80 lat – 1,8 proc. badanych, a w wieku powyżej 80 lat – 4,0 proc. [1]. Z kolei wyniki „Programu profilaktycznego wczesnego wykrywania miażdżycy tętnic kończyn dolnych", przeprowadzonego w latach 2013–2015 wykazały, że objawy chromania przestankowego stwierdza się u 15 proc. osób powyżej 45 roku życia [2]. Obecnie trwają badania przesiewowe w kierunku tętniaka aorty brzusznej (TAB), realizowane także w ramach „Narodowego programu wyrównywania dostępności do profilaktyki i leczenia chorób układu sercowo-naczyniowego POLKARD". Wstępne wyniki wykazały, że częstość występowania TAB w populacji osób powyżej 65 roku życia wynosi 5,25 proc. Średnia wykrywalność tętniaka aorty brzusznej wynosi 2,7 proc. u kobiet i 7,8 proc. u mężczyzn [3]. Są to wartości wyższe niż spotykane w badaniach przesiewowych przeprowadzonych w Skandynawii, Wielkiej Brytanii czy Stanach Zjednoczonych. Dane uzyskane z badań przesiewowych mogą stanowić podstawę do zmiany zasad organizacji i finansowania leczenia chorych z chorobami tętnic i żył obwodowych.

Obecnie w Polsce działa 85 ośrodków chirurgii naczyniowej, w tym 60 ośrodków I stopnia referencyjności i 25 z II stopniem referencyjności. Rozmieszczenie ośrodków na terenie kraju jest nierównomierne. Najwięcej klinik i oddziałów chirurgii naczyniowej znajduje się w województwach: mazowieckim (13, w tym 5 z II stopniem referencyjności), śląskim (13, w tym 3 z II stopniem referencyjności) i kujawsko-pomorskim (9, w tym 2 z II stopniem referencyjności). Najmniej ośrodków chirurgii naczyniowej jest zlokalizowanych w województwach: lubuskim (2), opolskim (1) oraz podlaskim (1). We wszystkich ośrodkach chirurgii naczyniowej w Polsce pracuje 586 chirurgów naczyniowych, co daje wskaźnik 1,5 na 100 000 mieszkańców. Pod względem liczby chirurgów naczyniowych wskaźnik ten plasuje nas na środkowym miejscu w klasyfikacji krajów europejskich. Podobnie jak w przypadku ośrodków również rozmieszczenie chirurgów naczyniowych na terenie kraju jest nierównomierne. Województwa z największą liczbą ośrodków skupiają ich największą liczbę. Większość ośrodków

II stopnia referencyjności i znaczna część ośrodków I stopnia referencyjności dysponuje hybrydowymi salami operacyjnymi, dzięki którym możliwe jest wykonywanie operacji klasycznych oraz operacji wewnątrznaczyniowych. Wszystkie mają na wyposażeniu mobilne aparaty rentgenowskie z ramieniem C umożliwiające wykonywanie operacji wewnątrznaczyniowych i operacji klasycznych w obrębie sal operacyjnych. Standardowym wyposażeniem ośrodków chirurgii naczyniowej są aparaty ultrasonograficzne, wykorzystywane zarówno w oddziałach szpitalnych, jak i poradniach chirurgii naczyniowej działających w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej.

Ośrodki chirurgii naczyniowej w Polsce wykonują pełen zakres operacji tętnic i żył obwodowych zarówno klasycznych, jak i wewnątrznaczyniowych. W najlepszych klinikach przeprowadzane są najbardziej skomplikowane i najtrudniejsze wewnątrznaczyniowe operacje tętniaków piersiowo-brzusznego odcinka aorty oraz łuku, podczas których wykorzystuje się protezy naczyniowe (stentgrafty) o złożonej, modułowej budowie. Wyniki operacji klasycznych i wewnątrznaczyniowych nie odbiegają od wyników uzyskiwanych w najlepszych ośrodkach europejskich. W Polsce w 2018 r. wykonano 25 635 operacji wewnątrznaczyniowych i 19 483 operacji klasycznych tętnic obwodowych [4]. Proporcje operacji klasycznych do operacji wewnątrznaczyniowych (małoinwazyjnych) kształtuję się obecnie jak 60 proc. do 40 proc. Rosnąca liczba operacji wewnątrznaczyniowych w stosunku do operacji klasycznych jest trendem ogólnoświatowym. Polskie ośrodki chirurgii naczyniowej nadążają za tymi zmianami, choć ma to swoje dobre i złe strony. Do korzyści wynikających z możliwości wykonywania małoinwazyjnych operacji wewnątrznaczyniowych należą: mniejsza liczba powikłań ogólnych, przede wszystkim kardiologicznych, zapewnienie leczenia chorym, którzy z powodu licznych obciążeń nie mogą być operowani metodą klasyczną, krótszy czas hospitalizacji i rekonwalescencji. Wadą małoinwazyjnych wewnątrznaczyniowych metod leczenia jest wysoki koszt sprzętu używanego podczas tego rodzaju operacji. Aby leczyć skutecznie i nowocześnie, konieczne jest zapewnienie ośrodkom chirurgii naczyniowej narzędzi i wyposażenia. Rosnąca presja chorych na stosowanie małoinwazyjnych metod wewnątrznaczyniowych oraz coraz wyższe umiejętności i możliwości stosowania takiego leczenia we wszystkich ośrodkach chirurgii naczyniowej w Polsce powinny spowodować zwiększenie puli środków finansowych, bez których te nowoczesne i skuteczne metody operacji nie będą powszechnie dostępne. Ograniczenia finansowe dotykają wielu ośrodków chirurgii naczyniowej w Polsce.

Piśmiennictwo:

1. „Epidemiologia żylnego owrzodzenia goleni – raport końcowy". Program zrealizowany w ramach „Narodowego programu wyrównywania dostępności do profilaktyki i leczenia chorób układu sercowo-naczyniowego POLKARD".
2. „Program profilaktyczny wczesnego wykrywania miażdżycy tętnic kończyn dolnych 2013–2015 – raport końcowy". Program przeprowadzony w ramach „Narodowego programu wyrównywania dostępności do profilaktyki i leczenia chorób układu sercowo-naczyniowego POLKARD".
3. „Ogólnopolski program badań przesiewowych w kierunku tętniaka aorty brzusznej w latach 2018–2020". Program przeprowadzony w ramach „Programu profilaktyki i leczenia chorób układu sercowo-naczyniowego POLKARD na lata 2017–2020). Wyniki wstępne".
4. NFZ, Statystyka JGP.

Prof. Dariusz Patkowski przedstawił istotne osiągnięcia w chirurgii dziecięcej: „Naszym sukcesem jest opracowanie własnej techniki torakoskopowego wydłużania przełyku w tzw. długoodcinkowej postaci zarośnięcia przełyku. Tę nową metodę operacyjną stosujemy już w praktyce klinicznej".

Chirurgia dziecięca stanowi 5 proc. całego rynku zabiegowego w Polsce. Na przestrzeni ostatnich trzydziestu lat zaszły istotne zmiany w spojrzeniu na chirurgię i osiągane wyniki. Proces ten najlepiej obrazuje stworzona przeze mnie chirurgiczna piramida potrzeb pacjenta. Kiedy zaczynałem swoją karierę jako chirurg, najważniejsze były takie kwestie jak śmiertelność i przeżycie pacjenta. Później okazało się, że już nie przeżycie jest problemem, lecz powikłania związane ze schorzeniami, które leczymy operacyj-

nie. Następnie pojawiła się kwestia jakości życia pacjenta, potem zaczęliśmy się zastanawiać nad „podpisem chirurga", a w końcu – nad satysfakcją pacjenta.

W chirurgii dziecięcej, w chirurgii noworodka najbardziej widać następstwa przebytych zabiegów, na przykład pacjenci po torakotomiach w okresie noworodkowym mogą w przyszłości mieć skrzywienia kręgosłupa, różne deformacje, przewlekłe bóle, nie mówiąc już o bliźnie, która w przypadku dzieci jest blizną koszmarną (u noworodka może mieć 2–3 cm, ale już u człowieka dorosłego wydłuża się nawet do 40 cm). Chirurgia endoskopowa, tzw. chirurgia przez dziurkę od klucza, to duży postęp. Niestety ośrodków, które stosują zaawansowane procedury rekonstrukcyjne w okresie noworodkowo-niemowlęcym, jest jeszcze niewiele. Z pomocą kamery endoskopowej można lepiej wykonać zabieg, bardziej precyzyjnie. Operacje przeprowadzane w bardzo dużym powiększeniu, kiedy widać najdrobniejszy szczegół anatomiczny, pozwalają na wykorzystanie bardzo małych, np. 2-milimetrowych, narzędzi. Nie stosujemy rutynowo ani diatermii, ani koagulacji. To cięcie i preparowanie tkanek na tępo, a pacjent może podczas tego zabiegu stracić zaledwie kroplę krwi. Bardzo pomocne są nowe techniki przetwarzania obrazu 3D, które pozwalają na dokładne przestrzenne pokazanie najdrobniejszych szczegółów pola operacyjnego. Dzięki temu zabieg można wykonać niezwykle precyzyjnie, a pacjent nie ma praktycznie żadnej blizny.

Dzięki postępowi w chirurgii płodu niejako wyprzedzamy chorobę, zapobiegając jej nieodwracalnym następstwom. Postęp ten przejawia się w udoskonalonych możliwościach wykonania fetoskopii. Poprawa wyników leczenia nastąpiła również w chirurgii płodów z przepukliną przeponową. Zabieg endoskopowy u płodu polega na założeniu specjalnego korka do tchawicy, dzięki któremu wzrasta ciśnienie w drogach oddechowych i tym samym zostaje pobudzony rozwój płuc. Podobnie dzięki postępowi w chirurgii można przeprowadzić u płodu leczenie zastawki cewki tylnej, co umożliwia odpływ moczu z dróg moczowych.

Naszym sukcesem jest opracowanie własnej techniki torakoskopowego wydłużania przełyku w tzw. długoodcinkowej postaci zarośnięcia przełyku. Tę nową metodę operacyjną stosujemy już w praktyce klinicznej.

Przy dużym postępie w chirurgii dziecięcej ważny jest kierunek rozwoju – w Polsce powinno być kilka doskonale wyposażonych ośrodków chirurgii dziecięcej. Transport noworodka na odległość obecnie nie stanowi problemu. Większość schorzeń wymagających interwencji w okresie noworodkowym to skomplikowane, złożone wady, w leczeniu których często potrzebne jest zaangażowanie zespołu wielu specjalistów. Duża liczba pacjentów trafiających do jednego ośrodka pozwoli na zdobycie większego doświadczenia, co bezpośrednio przełoży się na wyniki leczenia. Te ośrodki to tzw. centra doskonałości. To już powoli się dzieje, co jednak interesujące – oddolnie. Rodzice sami, na własną rękę poszukują specjalistów i ośrodków zapewniających leczenie na najwyższym poziomie.

Przyszłość chirurgii dziecięcej to rozwój techniki medycznej przy racjonalizacji kosztów. Chirurgią przyszłości będzie technika robotyczna, która może stanowić wielkie wsparcie dla specjalistów w codziennej praktyce, czyniąc zabiegi operacyjne jeszcze bardziej precyzyjnymi.

Prof. Grzegorz Wallner, oceniając stan chirurgii ogólnej, zwrócił uwagę, że „na przestrzeni 20–30 lat chirurgia ery przemysłowej zmienia się w chirurgię ery cyfrowej, chirurgia krwi i tkanek – w chirurgię bitów i bajtów. Jest to chirurgia coraz mniej inwazyjna, coraz bardziej opierająca się na pracy zespołowej. Postęp wyraża się też w przestrzeganiu standardów chirurgii opartej na faktach (*evidenvce base surgery*) i zasad tzw. dobrej praktyki klinicznej (*good clinical practice*)".

Początki nowoczesnej medycyny, w tym także chirurgii, sięgają wieku XIX. W 1846 r. zastosowano narkozę, a wprowadzenie zasad dotyczących aseptyki i antyseptyki zainicjowało walkę z zakażeniami w chirurgii, które zbierały ogromne żniwo. Od połowy XX w. za sprawą wprowadzenia antybiotyków zmniejszyła się liczba septycznych powikłań pooperacyjnych. W latach 60. XX w. wprowadzono giętką endoskopię oraz możliwość żywienia dojelitowego i pozajelitowego. Całkowicie mentalna zmiana w chirurgii nastąpiła po wprowadzeniu transplantacji narządów, natomiast gwałtowny rozwój chi-

rurgii związany jest przede wszystkim z okresem ostatnich 30 lat. Wdrożenie do powszechnej praktyki chirurgicznej technik minimalnie inwazyjnych między innymi przyczyniło się do gwałtownego rozwoju chirurgii bariatrycznej i chirurgii metabolicznej. Coraz szerzej wykorzystywane są techniki mikrochirurgiczne, chirurgii mikroskopowej, wręcz na poziomie zabiegów genetycznym. Chirurgia stanowi istotny element skojarzonego leczenia nowotworów. Nie jest to już samodzielna dyscyplina zabiegowa, ale wchodzi w obszar wielodyscyplinarnego podejścia terapeutycznego czy tzw. medycyny spersonalizowanej.

O postępie w chirurgii możemy mówić przez pryzmat postępu technologicznego. Sale operacyjne mają już charakter zintegrowany, zarówno w części chirurgicznej, jak i anestezjologicznej. Nastąpiła poprawa wizualizacji – z opcją obrazowania o wysokiej rozdzielczości, 3D, 4K, z możliwościami przestrzennego oglądania operowanego narządu, części ciała, różnych lub określonych struktur anatomicznych. Możliwość stosowania obrazowania przestrzennego odgrywa ważną rolę przy zabiegach z wykorzystaniem technik endoskopowych, w trakcie laparoskopowych zabiegów chirurgicznych. Wprowadzenie konfokalnej laserowej mikroendoskopii, ultrasonografii endoskopowej, technik NBI, czy optycznej tomografii koherencyjnej zasadniczo zmniejszyło inwazyjność zabiegów operacyjnych czy wykonywanych metodami endoskopii zabiegowej.

Na przestrzeni ostatnich 30 lat możemy wyróżnić pewne etapy, które charakteryzują postęp w chirurgii – od chirurgii otwartej przez chirurgię laparoskopową, która w bardzo wielu procedurach chirurgicznych jest standardem postępowania (np. w chirurgii przewodu pokarmowego), po chirurgię robotową rozwijającą się od ponad 20 lat, dzięki której możliwe jest między innymi wykonywanie operacji na odległość.

Symptomem postępu jest także łączenie ze sobą różnych metod i tworzenie tzw. technik hybrydowych. Zupełną nowością jest wprowadzenie w chirurgii ogólnej metod umożliwiających wykonywanie zabiegów przez naturalne otwory ciała (technika NOTES). Metody te wykorzystywane były między innymi w ginekologii, urologii, laryngologii, natomiast w chirurgii przewodu pokarmowego pozwalają na operacje całkowicie bez pozostawienia ran powłok ciała. Jesteśmy już w stanie wykonywać zabiegi, podczas których pacjent nie odczuwa bólu, nie ma blizn pooperacyjnych, choć te metody chirurgiczne jeszcze pozostają w okresie badań klinicznych i nadal są traktowane jako eksperyment.

Reasumując, rozwój chirurgii poza gwałtownym postępem technologicznym wyraża się też w przestrzeganiu standardów ebm i zasad postępowania w klinicznej praktyce chirurgicznej (GCP). Sukcesem jest wprowadzenie nowej filozofii szkolenia w zakresie chirurgii – między innymi zmiana kryterium czasu na kryterium osiągnięcia celu, kryterium ilości na – jakości, oraz wprowadzenia szkolenia symulacyjnego. Coraz większe znaczenie ma kryterium jakości w chirurgii. A poziom jakości jest determinowany przez poziom bezpieczeństwa pacjenta oraz bezpieczeństwa personelu medycznego.

Prof. Tadeusz Wróblewski (reprezentujący obecny zespół prof. Krzysztofa Zieniewicza i wspaniałą szkołę tworzoną przez lata przez prof. Marka Krawczyka – red.) w uzupełnieniu informacji dotyczącej chirurgii ogólnej i transplantacyjnej podał, że w jego ośrodku wykonywanych jest od 150–200 przeszczepów wątroby rocznie.

Pobiera się ok. 30 fragmentów tego narządu do przeszczepienia rodzinnego dla dzieci, co stanowi ponad trzy czwarte programu transplantacyjnego przeszczepu wątroby u dzieci. Wykonuje się 400 resekcji wątroby z powodów onkologicznych. Stworzono program leczenia pierwotnego nowotworu wątroby HCC pod nazwą HCC Banacha, w którym zespół wielospecjalistyczny w składzie: chirurg, hepatolog, radiolog interwencyjny i chemioterapeuta, kwalifikuje do leczenia ponad 200 nowych chorych z rakiem wątrobowokomórkowym rocznie, ustalając dla każdego indywidualną ścieżkę leczenia. W ramach tego unikatowego programu chorzy są leczeni chirurgicznie (resekcja i transplanacja wątroby), metodami radiologii interwencyjnej (chemoembolizacja i/lub termoablacjia guza) lub też chemioterapią systemową. Chirurdzy starają się stosować w leczeniu metody chirurgii małoinwazyjnej, o ile warunki anatomiczne położenia guzów na to pozwalają.

Duży postęp w transplantacji wątroby przyniosła coraz doskonalsza immunosupresja. Ponieważ

potrzebujemy dużo narządów do przeszczepiania, pracujemy nad perfuzją w normotermii, próbując wydłużyć czas od momentu pobrania narządu do jego przeszczepienia i poprawić wyniki leczenia. Zaczynamy też przeszczepiać wątroby chorym z nowotworami. W chwili obecnej nieresekcyjne przerzuty guzów neuroendokrynnych do wątroby nie są przeciwwskazaniem do transplantacji. Podobnie dzieje się w wybranych przypadkach nieresekcyjnych guzów przerzutowych do wątroby z raka jelita grubego, o ile jest regresja lub stabilizacja choroby po leczeniu chemicznym oraz brak jest cech rozsiewu choroby w innych narządach.

Chirurgia małoinwazyjna wchodzi na coraz szersze obszary. Związane to jest z ogromnym postępem technologicznym w chirurgii wideoskopowej, jak też coraz doskonalszym wykształceniem praktycznym chirurgów. Wykonujemy coraz więcej resekcji wątroby sposobem laparoskopowym, np. z powodu przerzutów czy też HCC.

W ostatnich latach nastąpił bardzo duży postęp chirurgii w następujących obszarach:

- nowoczesne narzędzia: miniaturyzacja narzędzi operacyjnych (jeden z najważniejszych kroków w chirurgii wideoskopowej); wideolaparoskopy z giętkimi końcówkami pozwalające dostać się do takich obszarów, do których dawniej nie było dostępu; staplery trzyrzędowe z dociskiem regulowanym automatycznie – urządzenie daje sygnał przez Bluetooth i odpowiednio ściska tkankę; systemy robotyczne – np. Da Vinci, którym kieruje człowiek, modyfikacje tego systemu w kierunku tradycyjnej chirurgii wideoskopowej (wykorzystywany jest z powodzeniem m.in. w urologii i laryngologii);
- zintegrowane sale operacyjne: zapewnienie łączności z bazą obrazowania (możliwość szybkiego odnalezienia obrazu tomografii komputerowej czy rezonansu magnetycznego), rejestrowanie operacji – dzięki temu możliwość omówienia krok po kroku wykonywanej techniki chirurgicznej (nie trzeba już bezpośrednio uczestniczyć w zabiegu);
- nowoczesne materiały operacyjne: siatki antyadhezyjne są rewolucją w operacjach przepuklin – umożliwiają uzupełnienie olbrzymich ubytków od strony jamy brzusznej, materiały do miejscowej hemostazy (kleje tkankowe, opatrunki);
- techniki obrazowania: możliwości przekazu obrazu na dużą odległość, wizualizacja 3D, systemy 4K;
- nowoczesne metody szkolenia chirurgów, np. workshop filmowy w połączeniu z zajęciami praktycznymi. Sam e-learning nie jest optymalną formą szkolenia chirurga, gdzie decydującą rolę odgrywa zastosowanie techniki chirurgicznej w praktyce wraz z komentarzem tzw. mistrza.

Prof. Henryk Skarżyński, odnosząc się do kolejnej specjalności otorynolaryngologii i podspecjalności w zakresie otochirurgii, rynochirurgii i fonochirurgii, stwierdził: „W Światowym Centrum Słuchu wykonuje się najwięcej na świecie operacji poprawiających słuch – ponad 20 tys. rocznie. Pod względem liczby wykonanych zabiegów ośrodek ten wielokrotnie wyprzedza wszystkie renomowane ośrodki otochirurgiczne na świecie. W zakresie rynochirurgii i fonochirurgii w naszym ośrodku są wykonywane wszystkie najbardziej skomplikowane procedury mikrochirurgiczne".

Impulsem do istotnego rozwoju otochirurgii stała się wykonana przeze mnie 28 lat temu pierwsza w Polsce operacja wszczepienia implantu ślimakowego osobie niesłyszącej. Od tego momentu rozpoczął się też rozwój diagnostyki pod kątem wczesnego wykrywania wad słuchu u noworodków, później dzieci w wieku przedszkolnym, szkolnym, a w ostatnich latach – u coraz liczniejszej grupy senioralnej.

Po 10 latach realizacji rozpoczętego w 1992 r. programu implantów ślimakowych zaproponowałem nowe rozwiązanie (tzw. technikę sześciu kroków wg Skarżyńskiego) umożliwiające m.in. przywrócenie dobrego słuchu u osób, które wprawdzie nie są całkowicie głuche, ale mają tzw. częściową głuchotę. Ubytek słuchu jest na tyle duży, że pacjent w codziennym otoczeniu nie rozumie dobrze mowy i nie może sprawnie się komunikować. To rozwiązanie stało się szansą m.in. dla milionów pacjentów, których słuch pogarsza się wraz z wiekiem. W wieku senioralnym prawie trzy czwarte Polaków ma

lub będzie miało częściową głuchotę, czyli ubytek słuchu umożliwiający rozumienie ok. 10–15 proc. mowy. Podobne tendencje są obserwowane i w innych społeczeństwach zachodnich. Tego ubytku słuchu nie jest w stanie skompensować aparat słuchowy. Natomiast wszczepienie implantu, w efekcie czego następuje połączenie słuchu naturalnego z elektrycznym, daje tym osobom możliwość rozumienia mowy, a nawet uczenia się kolejnych języków obcych, co udowodnili nasi pacjenci.

Postęp w otochirurgii polegał nie tylko na rozszerzaniu kwalifikacji do operacji wszczepienia implantów ślimakowych. W Instytucie Fizjologii i Patologii Słuchu wykonano także pionierskie operacje wszczepienia implantów do pnia mózgu u dorosłych pacjentów – pierwszą w Polsce operację wszczepienia implantu do pnia mózgu (1998) i pierwszą na świecie operację bilateralnego wszczepienia implantów do pnia mózgu (2008). Te operacje wiązały się z usunięciem nowotworu i były przeprowadzane w ramach organizowanych interdyscyplinarnych zespołów międzynarodowych. Wyniki tych wyjątkowo trudnych zabiegów były bardzo dobre.

Moim udziałem jest nie tylko zapoczątkowanie wszczepienia pierwszych implantów ślimakowych do pnia mózgu, lecz także implantów ucha środkowego. Wśród naszych sukcesów należy wymienić:

- uruchomienie pierwszego na świecie programu zachowania pooperacyjnych resztek słuchu z zastosowaniem implantu ślimakowego (1997);
- pierwsze w Polsce wszczepienie aparatu na przewodnictwo kostne u dzieci typu BAHA (1997);
- pierwsze na świecie wszczepienie implantu ślimakowego u pacjenta dorosłego z częściową głuchotą (2002) oraz wykonanie pierwszej takiej operacji u dziecka (2004);
- pierwsze w Polsce wszczepienie implantu ucha środkowego (2003);
- pierwsze na świecie opracowanie nowej metody bezpośredniej stymulacji okienka okrągłego przez implant ucha środkowego (2006);
- pierwsze na świecie obustronne wszczepienie implantu do pnia mózgu (2008);
- pierwsze w Polsce wszczepienie implantu słuchowego typu CODACS (2012);
- pierwsze w Polsce wszczepienie implantu słuchowego typu Bonebridge (2012);
- pierwsze w Europie Środkowo-Wschodniej wszczepienie implantu słuchowego typu BAHA® 4 Attract (2013);
- pierwsze w Polsce wszczepienie implantu słuchowego typu MET (2014);
- pierwsze na świecie połączenie słuchu elektryczno-naturalnego u dzieci i dorosłych (2014–2015);
- pierwsze na świecie wszczepienie nowego systemu implantu ucha środkowego typu Vibrant Soundbridge ze sprzęgaczem LP-Coupler (2017);
- pierwsze na świecie wszczepienie implantu na przewodnictwo kostne typu OSSIA 100, równolegle z czterema innymi ośrodkami w USA, Australii i Europie (2018).

Od lat wykonuję także operacje rekonstrukcyjne z wykorzystaniem materiału własnego, np. rekonstrukcje małżowiny usznej, opracowałem także pierwszą na świecie skalę oceny efektów leczenia wad wrodzonych ucha zewnętrznego (skala Skarżyńskiego). We współpracy z chirurgiem ogólnym i naczyniowym, dr. Witoldem Cieślą, jesteśmy w stanie z fragmentu chrząstki żebra odtworzyć pełną małżowinę uszną.

Postęp widoczny jest również w rynochirurgii. Dzięki technikom endoskopowym i nowym możliwościom nawigacji obrazu możemy bardzo precyzyjnie wejść w różne obszary zatok obocznych nosa. Należy podkreślić, że operacje są bezpieczne i skuteczne. Z wielką satysfakcją mogę poinformować, że świetni rynochirurdzy: prof. P. Stręk, prof. M. Misiołek, dr I. Gwizdalska i dr K. Łazęcka, potrafią wykonać najtrudniejsze operacje w tym regionie naszego organizmu.

Dzięki postępowi w fonochirurgii mamy możliwość modelowania głosu. Usuwanie zmian powodujących jego zaburzenia znacznie poprawia funkcjonowanie strun głosowych albo nawet całkowicie przywraca ich prawidłową pracę. Współpraca specjalistów z zakresu foniatrii – prof. A. Szkiełkowskiej, dr E. Włodarczyk (doskonałej technik fonochirurg), dr B. Miaśkiewicz – pozwala modelować głos. Ma to niezwykle istotne znaczenie w czasach, gdy od codziennej komunikacji uwarunkowanej słuchem i głosem zależy pozycja każdego z nas.

Także w naszej dziedzinie postęp wiąże się z chirurgią robotową. Jak sądzę, będzie ona miała w przyszłości coraz szersze zastosowanie. Obecnie jest z powodzeniem stosowana w chirurgii onkologicznej głowy i szyi.

Niezwykle ważnym problemem społecznym, zwłaszcza w starzejących się społeczeństwach, jest

problem szumów usznych, którym zajmuje się intensywnie największy zespół kliniczny w Polsce, kierowany przez dr hab. Danutę Raj-Koziak.

Mówiąc o osiągnięciach w otochirurgii, warto wspomnieć o zainicjowanej przez Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu – wraz z czterema innymi ośrodkami: z Wiednia, Innsbrucku, Würzburga i Frankfurtu – sieci Hearring, czyli sieci światowych ośrodków doskonałości mających największe doświadczenie w otochirurgii i największą liczbę pacjentów implantowanych. Działalność Hearring Group opiera się na przekonaniu, że skuteczne prowadzenie badań w dziedzinie implantów słuchowych jest możliwe tylko przy współpracy międzynarodowej, na drodze wymiany doświadczeń wiodących ośrodków klinicznych z całego świata. Ogromnie ważną rolę odgrywa tu współpraca z przedstawicielami inżynierii klinicznej, którą reprezentuje prof. K. Kochanek i prof. A. Lorens, oraz akustyki i biocybernetyki, gdzie wielkie osiągnięcia odnotował prof. A. Czyżewski z Politechniki Gdańskiej i jego znakomity zespół.

Reasumując, w Światowym Centrum Słuchu wykonuje się najwięcej na świecie operacji poprawiających słuch, przeprowadzono tu wiele pionierskich operacji, co pokazuje, że wypracowana przez nas polska szkoła otologii ma istotny wkład w światowy rozwój nauki i medycyny w tym zakresie.

Różne obszary szeroko rozumianej otorynolaryngologii dorosłych i dzieci są rozwijane przez grono świetnych naukowców i klinicystów z różnych stron kraju, takich jak naukowcy i klinicyści wymienieni powyżej, a także: prof. M. Rogowski (Białystok), prof. J. Klatka (Lublin), prof. J. Olszewski (Łódź), prof. T. Zatoński (Wrocław), prof. B. Wiskirska-Woźnica (Poznań), prof. G. Mielnik-Niedzielska (Lublin), prof. M. Śliwińska-Kowalska (Łódź), prof. H. Kaźmierczak (Bydgoszcz), oraz dwie kolejne sieci – ośrodków regionalnych Medincus w Polsce oraz na 3 kontynentach powstałe z inicjatywy prof. Piotra H. Skarżyńskiego.

Prof. Iwona Niedzielska przekazała informacje, że w chirurgii szczękowo-twarzowej stosuje się spersonalizowane implanty 3D – wykonane dzięki technice drukowania i frezowania z tytanu, chromo-kobaltu lub polietylenu – które zastępują utracone w wyniku choroby lub urazu tkanki twarde części twarzowej czaszki.

W tym kontekście podała przykładowe sukcesy odniesione na Oddziale Chirurgii Szczękowo-Twarzowej Szpitala Klinicznego Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach; zaliczyła do nich:

- wypracowanie ściśle określonych algorytmów opieki okołooperacyjnej: muzykoterapia, indywidualne podejście do chorego, które obejmuje opiekę psychologa, fizjo- i fizykoterapeutów oraz logopedy w ramach działań „oddział przyjazny pacjentowi";
- zorganizowanie pierwszej w Polsce pracowni fizjoterapii i fizykoterapii wykorzystującej najnowocześniejszy sprzęt do rehabilitacji chorego i oceny skuteczności tych procedur (termografia, USG, laser biostymulacyjny, kinesiotyping, karboksyterapia, osocze bogatopłytkowe, drenaż limfatyczny, terapia manualna, igłowa itp.);
- zastosowanie opatrunków specjalistycznych, w tym terapii podciśnieniowej z autorską metodą polegającą na możliwości wytworzenia podciśnienia w przetokach zewnętrznych, komunikujących z jamą ustną, w przypadku trudno gojących się ran;
- wprowadzenie zabiegów rekonstrukcyjnych z wykorzystaniem przeszczepów na mikrozespoleniach naczyniowych z zastosowaniem modeli stereolitograficznych, neuronawigacji i wprowadzania implantów do przeszczepów kostnych celem przywrócenia sprawności układu stomatognatycznego;
- wykorzystywanie nowych technik diagnostyki i planowania w operacjach wad ortognatycznych, w tym programów SICAT AIR (do oceny objętości dróg oddechowych) czy FACE SCAN (do wizualizacji tkanek miękkich twarzy w symulowanym zabiegu);
- wykorzystanie neuronawigacji w zabiegach ortognatycznych, onkologicznych i lokalizacji ciał obcych w tkankach, z uwzględnieniem oczodołu;
- wykorzystanie neurostymulacji celem sprawnego przeprowadzenia zabiegu na śliniankach, stawie skroniowo-żuchwowym czy wyrostkach kłykciowych.

Profesor I. Niedzielska zwróciła uwagę na istotne problemy, jakie napotkała wraz ze swoim zespołem w działalności klinicznej; do najważniejszych zaliczyła:

- brak adekwatnej do rodzaju zabiegu i wkładu pracy wyceny procedur chirurgicznych z zakresu przeszczepów na mikrozespoleniach naczyniowych;
- nieuwzględnienie procedur z zakresu nowych wyzwań technologicznych, jak na przykład implanty indywidulane 3D (ich całkowity brak w katalogu świadczeń), co powoduje, że obecnie możliwe jest wykonywanie jednej takiej procedury na miesiąc, ponieważ koszt wydrukowania jednego implantu wyczerpuje prawie w całości kwotę ustaloną przez NFZ za samą procedurę resekcyjną;
- nieuwzględnienie w katalogu świadczeń opieki rehabilitacyjnej świadczonej przez wyszkolonych w tej dziedzinie rehabilitantów – obecnie tego rodzaju rehabilitację prowadzą lekarze woluntariusze, ponieważ ogólni rehabilitanci nie mają doświadczenia w rehabilitacji tego rodzaju pacjentów;
- w żadnych działaniach ponadstandardowych nie dostrzega się roli lekarza i nie gratyfikuje go w żaden sposób za włożony wkład, pomysł i jego realizację.

Prof. Wojciech Golusiński, mówiąc o postępie w specjalnościach chirurgicznych, w tym chirurgii głowy i szyi oraz onkologii laryngologicznej, zwrócił uwagę na to, że przyszłość należy do chirurgii robotowej. Jednak w naszym kraju nie mamy opracowanego programu chirurgii robotowej w różnych specjalnościach.

Definiując chirurgię robotową, należy położyć akcent na to, iż jest to technologia będąca wspaniałym łącznikiem pomiędzy chirurgiem a pacjentem. Trzeba pamiętać, że najlepszym „robotem" jest człowiek i to on „zaprzęga" tę nową technologię do procedur operacyjnych. Od 19 lat nie mamy w naszym kraju opracowanego programu chirurgii robotowej w różnych specjalnościach, a więc tego, jak powinno wyglądać leczenie za pomocą chirurgii robotowej, czyli wczesne rozpoznanie choroby, bardzo wczesne stadium jej zaawansowania, chirurgia minimalnie inwazyjna, leczenie pojedynczą metodą. To wszystko często gwarantuje szybki powrót do normalnego życia i pracy zawodowej.

W Europie mamy w tej chwili 936 systemów chirurgii robotowej, w Stanach Zjednoczonych ponad 3,5 tysiąca. Wzrost udziału chirurgii robotowej w przypadku chirurgii onkologicznej głowy i szyi jest bardzo powolny ze względu na wyjątkowo trudną lokalizację nowotworów. Jeżeli chodzi o wskazania, to jest nimi chociażby część ustna gardła, czyli gardło środkowe, bardzo trudne do leczenia jest gardło dolne, nasada języka i górne piętro krtani.

Obecnie chirurgia robotowa rozwija się na świecie tak prężnie, szczególnie w obrębie głowy i szyi, że tą metodą zaczyna się wykonywać tzw. operacje węzłowe, również operacje tarczycy. Przewaga TORS (chirurgia przezustna) w chirurgii robotowej głowy i szyi oznacza: zmniejszenie wykonywanych tracheotomii, skrócenie czasu karmienia pacjenta przez zgłębnik, mniejszą utratę krwi i szybszy powrót do pełnej sprawności. Uważam, że chirurgia robotowa to przyszłość w medycynie. Obecnie jesteśmy na etapie badań klinicznych porównujących radioterapię protonową z chirurgią robotową. Niestety, na razie nie stosujemy ani jednej, ani drugiej z tych metod.

Prof. Marian Zembala (wspólnie z prof. Zbigniewem Religą przyczynił się do wielkiego rozwoju polskiej kardiologii – red.) w niezwykle wzruszającym wystąpieniu podkreślił: „Wykonałem 37 tys. operacji serca. Dziś lekarz nie tylko przewiduje ryzyko powikłań i zależnie od tego indywidualizuje strategię zabiegu, lecz także dokumentuje wyniki wczesne i odległe".

Wiek pacjenta w kardiochirurgii to średnio ponad 80 lat, dlatego trzeba zaproponować mu nieco inne, bardziej oszczędzające metody leczenia, które usuwają przyczynę niewydolności, a jednocześnie po-

zwalają przeżyć trudny zabieg, skrócić czas rehabilitacji i szybciej powrócić do zdrowia i bliskich.

Do takich metod zalicza się przezcewnikowe wymiany zastawki aortalnej, płucnej i mitralnej oraz zabiegi hybrydowe, w których uczestniczy kardiolog z kardiochirurgiem, dzięki czemu można ograniczyć w znacznym stopniu powikłania, poprawić jakość leczenia. Warunkiem jest ścisła współpraca w *heart team* i wspólna decyzja specjalistów, podyktowana wyłącznie dobrem chorego.

Rolą konsultantów krajowych jest śledzenie tego, co dzieje się na świecie. Uważam, że za dużo pacjentów wysyłamy na zabiegi za granicę, zamiast wspierać naszych młodych lekarzy, aby podejmowali wyzwania w kraju.

Dr hab. Mirosław Ząbek, prof. CMKP, podzielił się niezwykle ważną informacją, stwierdzając: „Terapia genowa mózgu nie jest jeszcze terapią leczniczą, ale niedługo powinna zostać zarejestrowana, ponieważ spełnia ku temu wszelkie wymogi".

Terapia genowa mózgu może pomóc m.in. dzieciom, które cierpią z powodu bardzo rzadkiego genetycznego deficytu dopaminy i serotoniny. Większość z nich umiera, a tylko nieliczne dożywają 20 roku życia. Podłożem tej patologii jest brak jednego z enzymów, który umożliwia transformację neuroprzekaźników. W Polsce zdiagnozowano tylko dwa przypadki tej choroby.

Terapia polega na przeniesieniu obcego genu do mózgu gospodarza po to, by uzyskać efekt terapeutyczny. Kopia brakującego genu, wyprodukowana techniką inżynierii genetycznej, przenoszona jest za pomocą wektora wirusowego najpierw do pokrywy śródmózgowia, potem do istoty czarnej po to, żeby uzyskać już trwałą produkcję dopaminy. Procedura odbywa się podczas badania metodą rezonansu magnetycznego, a gen białka wprowadzany jest kaniulą iniekcyjną.

Terapie genowe mogą znaleźć zastosowanie m.in. w leczeniu chorób: Parkinsona (będzie ją można cofnąć o 20–30 lat), Alzheimera, Sanfilippo, mukowiscydozy, a jej przyszłość wiąże się także z hematologią.

Dr Robert Brawura-Biskupski-Samaha (z zespołu prof. Mirosława Wielgosia – red.) mówiąc o postępie w perinatologii, wymienił innowacyjne sposoby leczenia wad płodu. Podkreślił m.in.: „Dzięki osiągnięciom technologicznym jesteśmy w stanie wykrywać wady anatomiczne oraz ciężkie powikłania mogące zagrażać życiu płodu i skutecznie leczyć je prenatalnie. Do najnowszych i najważniejszych interwencji prenatalnych należą: fetoskopowa laserowa ablacja naczyń, fetoskopowa operacja rozszczepu kręgosłupa, fetoskopowa okluzja tchawicy płodu oraz transfuzje dopłodowe".

Choroby genetyczne, wady rozwojowe oraz choroby tzw. cywilizacyjne mają swój początek bardzo wcześnie w życiu człowieka, wręcz rozpoczynają się już na poziomie zarodka. W związku z tym faktem powstała nowa dziedzina medycyny zwana perinatologią, czyli medycyną płodową. Jest to specjalizacja skupiająca się na człowieku nienarodzonym, będącym jeszcze w łonie matki. Dzięki osiągnięciom technologicznym jesteśmy w stanie wykrywać wady anatomiczne i ciężkie powikłania mogące zagrażać życiu płodu i skutecznie leczyć je prenatalnie.

Do najnowszych i najważniejszych interwencji prenatalnych należą: fetoskopowa (od ang. *fetus* – płód, *scope* – celownik optyczny) laserowa ablacja naczyń, fetoskopowa operacja rozszczepu kręgosłupa, fetoskopowa okluzja tchawicy płodu oraz transfuzje dopłodowe.

Fetoskopowe zabiegi laseroterapii polegają na wykorzystaniu kamery oraz włókna laserowego do okluzji naczyń, np. w ciążach bliźniaczych powikłanych zespołem przetoczenia krwi między płodami. W przypadku tego zespołu wytwarzają się nieprawidłowe połączenia naczyniowe między bliźniętami jednokosmówkowymi (mającymi jedno wspólne łożysko). W rezultacie jeden bliźniak „podkrada" krew drugiemu, co skutkuje ciężkimi zaburzeniami

hemodynamicznymi, a nawet obumarciem płodów. Fetoskopowa okluzja połączeń naczyniowych jest więc operacją ratującą życie. Laserową okluzję naczyń wykorzystuje się również w przypadku guzów guziczno-krzyżowych, sekwestracji płuc oraz w sekwencji odwróconej perfuzji tętniczej. Wszystkie te zabiegi są wykonywane jeszcze w łonie matki i są zabiegami ratującymi życie nienarodzonych dzieci.

Kolejną fetoskopową operacją jest operacja rozszczepu kręgosłupa. Mimo że nie jest to operacja ratująca życie, stanowczo poprawia jakość życia pacjentów dotkniętych tym schorzeniem. Dzieci operowane prenatalnie mają mniejszy stopień niepełnosprawności w porównaniu do dzieci operowanych po porodzie. Operacja ta jest mało inwazyjna w porównaniu z operacją wykonywaną metodą otwartą, tzn. z nacięciem powłok brzusznych oraz mięśnia macicy.

Poza operacjami fetoskopowymi wykorzystywanymi w medycynie perinatalnej warto również wspomnieć o transfuzji dopłodowej. Jest to metoda ratująca życie w przypadku choroby hemolitycznej płodu w przebiegu konfliktu serologicznego. Przetoczenie „życiodajnej" krwi do dotkniętego chorobą płodu odbywa się za pomocą cienkiej długiej igły oraz metod obrazowania ultrasonograficznego.

Medycyna perinatalna skupia się również na wyodrębnieniu pacjentek z wysokim ryzykiem powikłań ciąży, np. z nadciśnieniem tętniczym indukowanym ciążą, stanem przedrzucawkowym, cukrzycą ciężarnych lub wewnątrzmacicznym zahamowaniem wzrastania płodu. To wszystko jest możliwe dzięki nowoczesnym badaniom biochemicznym oraz ultrasonograficznym i pozwala na wczesne wdrożenie profilaktyki.

Głównym problemem medycyny perinatalnej jest brak szerokiej dostępności badań dla polskich pacjentek. Istotne jest rozpowszechnienie badań prenatalnych, ponieważ zdrowie Polaków zaczyna się na etapie płodowym.

Prof. Leonora Bużańska w swoim wystąpieniu odniosła się do zastosowania komórek macierzystych w leczeniu schorzeń okulistycznych: „Terapia komórkowa w okulistyce, zarejestrowana w Unii Europejskiej, a więc dostępna również w Polsce, dotyczy jedynie regeneracji rogówki. Jest to przykład terapii spersonalizowanej, opartej na komórkach macierzystych izolowanych z rąbka rogówki pacjenta. W przypadku schorzeń siatkówki i nerwu wzrokowego komórki macierzyste są ciągle na etapie badań eksperymentalnych pomimo prowadzonych od lat prób klinicznych. Należy podkreślić, że stosowanie terapii niezgodnych z obowiązującymi przepisami – bez odpowiedniej kontroli jakości i przy braku przestrzegania dobrej praktyki wytwarzania komórek macierzystych – może doprowadzić do ciężkich powikłań klinicznych".

Oko jest organem zbudowanym z warstw, które cechuje różna zdolność regeneracyjna. Rogówka, znajdująca się na zewnętrznej powierzchni gałki ocznej, posiada dużą zdolność do regeneracji dzięki obecności komórek macierzystych rogówki w tzw. rąbku rogówki. W przeciwieństwie do rogówki siatkówka, znajdująca się na tylnej powierzchni gałki ocznej, odpowiada za odbiór bodźców wzrokowych, jest elementem ośrodkowego układu nerwowego (OUN) i ulega regeneracji w bardzo niewielkim stopniu. Dlatego znaczący postęp w terapii komórkami macierzystymi schorzeń wzroku dotyczy głównie rogówki. Badania nad regeneracją rogówki – prowadzone pod kierunkiem prof. Grazielli Pellegrini we Włoszech – doprowadziły do otrzymania w 2015 r. pierwszego produktu okulistycznego ATMP (ang. *advanced therapy medicinal product*), zatwierdzonego przez Europejską Agencję Medyczną (EMA). Jest nim preparat Holoclar® – produkt inżynierii tkankowej, który zawiera uzyskany w wyniku ekspansji *ex vivo* autologiczny nabłonek rogówki z komórkami macierzystymi rąbka rogówki (ang. *limbal stem cells*) i fibrynową warstwę podporową, umieszczone w podłożu transportowym. Próby kliniczne z zastosowaniem komórek macierzystych rąbka rogówki zakończyły się dużym sukcesem. Terapia ta stosowana jest skutecznie w dużych klinikach okulistycznych, również w Polsce.

Terapia komórkowa stosowana w leczeniu schorzeń siatkówki nie dała tak spektakularnie dobrych wyników jak w przypadku rogówki. W ogólnoświatowym rejestrze badań klinicznych „Clinicaltrials.gov" najwięcej zarejestrowanych

prób klinicznych dotyczy zwyrodnienia plamki żółtej (ang. *age-related macular degeneration* – AMD), co jest związane z dużym rozpowszechnieniem tej patologii (w Polsce ok 1,5 mln osób) i brakiem skutecznego leczenia. Badania te mają na celu głównie ustalenie bezpieczeństwa i skuteczności danej terapii. Komórki stosowane w tych próbach to zarówno mezenchymalne komórki macierzyste, izolowane głównie ze szpiku kostnego i sznura pępowinowego, jak i komórki pluripotencjalne zróżnicowane do nabłonka barwnikowego siatkówki (ang. *retinal pigmental epithelium* – RPE). Wśród komórek pluripotencjalnych zastosowanie znalazły zarówno zarodkowe komórki macierzyste, jak i indukowane pluripotencjalne komórki macierzyste (iPSC). Podczas gdy zastosowanie komórek zarodkowych jest związane z koniecznością stosowania immunosupresji oraz budzi kontrowersje natury etyczno-prawnej, stosowanie iPSC to przykład terapii spersonalizowanej, ponieważ komórki te można otrzymać praktycznie z każdej tkanki somatycznej pacjenta. Podawanie komórek mezenchymalnych również nie budzi kontrowersji etycznych, ale ich działanie oparte jest głównie na funkcji parakrynnej związanej z wydzielaniem czynników troficznych, wspomagających regenerację bez zdolności różnicowania się w komórki siatkówki.

Przedmiotem badań jest nie tylko rodzaj komórek macierzystych, lecz także sposób ich podawania (iniekcja do ciała szklistego bądź podsiatkówkowo). W próbie klinicznej (Clinicaltrials.gov, NCT02590692) komórki RPE podawane są na matrycy z biomateriału, co ułatwia przeżycie przeszczepianych komórek i umożliwia ich precyzyjne dostarczenie w miejsce uszkodzenia. Zastosowanie odpowiednich biomateriałów i technik bioinżynierii tkankowej jest obecnie podstawą postępu w nowoczesnych terapiach okulistyki.

W opublikowanych pracach dotyczących zastosowania terapii komórkowych w leczeniu schorzeń siatkówki zazwyczaj podkreślane jest bezpieczeństwo proponowanych terapii przy niewielkiej poprawie lub braku pogorszenia ostrości wzroku.

Znane są jednak efekty niepożądane z możliwymi powikłaniami, takimi jak: utrata struktur oka w trakcie podawania komórek, rozplem komórek w ciele szklistym, brak przezierności, zróżnicowanie mezenchymalnych komórek macierzystych oraz uszkodzenie oka przez enzym użyty do izolacji komórek. Dotyczą one zazwyczaj stosowania terapii niezgodnych z obowiązującymi przepisami w klinikach, które nie przestrzegają dobrej praktyki wytwarzania komórek macierzystych i nie prowadzą odpowiedniej kontroli jakości. Dlatego w 2017 r. w Stanach Zjednoczonych FDA wydała oficjalny list potępiający brak dobrych praktyk wytwarzania w tych klinikach i podkreślający znaczenie bezpieczeństwa pacjentów (US Stem Cell Clinic, LLC 8/24/17. 2017).

Płk prof. Marek Rękas, oceniając postęp w okulistyce z perspektywy krajowego nadzoru specjalistycznego, podkreślił, że Polska jest liderem w Europie, jeśli chodzi o zastosowanie komórek macierzystych w leczeniu różnych schorzeń gałki ocznej, m.in. oparzeń.

W Polsce 700–800 tys. osób (2 proc. populacji) ma jaskrę, a 400 tys. jest diagnozowanych. Chirurgia jaskry jest jednym z etapów leczenia tego schorzenia. W chirurgii jaskry zwraca się uwagę na skuteczność i bezpieczeństwo leczenia. Obecnie kładzie się nacisk na bezpieczeństwo operacji, zmniejszając skuteczność zabiegu. Taki zabieg daje możliwość wczesnej interwencji, a w konsekwencji lepsze wyniki. W 2009 r. w Wojskowym Instytucie Medycznym zostały wprowadzone takie metody leczenia, jak kanaloplastyka oraz mikroinwazyjna chirurgia jaskry (chirurgia kanału Schlemma, chirurgia naczyniówkowej drogi odpływów i chirurgia fizjologicznej drogi odpływów).

Do operacji mikroinwazyjnych należy operacja przeciwjaskrowa z wszczepieniem i-stentu. Implanty tego typu są najmniejszymi wszczepami stosowanymi obecnie na świecie. Zwiększają one odpływ drogą konwencjonalną.

Osiągnięciem w skali międzynarodowej jest zastosowanie leków z grupy anty-VEGF, które pozwalają walczyć z główną przyczyną ślepoty w krajach rozwiniętych, jaką jest AMD (zwyrodnienie plamki związane z wiekiem) oraz DME (obrzęk cukrzycowy plamki). W Polsce pacjenci z AMD prowadzeni są

w ramach programu lekowego. Natomiast leczenie DME wymaga wprowadzenia podobnego rozwiązania w oparciu o telemedycynę.

W przypadku AMD w Wojskowym Instytucie Medycznym prowadzony jest rejestr, który pozwala kontrolować kolejkę oczekujących, a także pogrupować ośrodki od strony jakości leczenia.

Polska jest liderem w Europie, jeśli chodzi o zastosowanie komórek macierzystych rąbka rogówki w leczeniu niewydolności tych komórek. Komórki macierzyste pobierane są w Polsce, hodowane w laboratoriach we Włoszech, a następnie przywożone do Polski w formie gotowej do przeszczepu.

Prof. Tomasz Trojanowski, oceniając specjalność neurochirurgii z perspektywy krajowego nadzoru specjalistycznego, stwierdził: „W Polsce wykonywany jest pełny zakres operacji o udokumentowanej naukowo skuteczności, w tym: operacje w neurochirurgii czynnościowej, neuromodulacji, operacje nowotworów z zastosowaniem fluorescencji pozwalającej na uwidocznienie zasięgu guza, a także operacje z wybudzeniem i elektrofizjologicznym monitorowaniem śródoperacyjnym. Operacje chorób naczyniowych mózgu prezentują wysoki poziom. Dostępne są nowoczesne metody radiologii zabiegowej i obecnie ponad 50 proc. chorych z tętniakami leczonych jest na drodze embolizacji przeznaczyniowej. W leczeniu niektórych naczyniaków mózgu wykorzystywana jest radiochirurgia".

O stanie neurochirurgii w Polsce decydują: liczebność i przygotowanie kadr, liczba, rozmieszczenie, wyposażenie i organizacja ośrodków, aktywność naukowa, udział w międzynarodowym obiegu oraz system ochrony zdrowia.

W Polsce działa 608 specjalistów neurochirurgów i około 90 specjalizujących się lekarzy. Liczba ta w pełni zaspokaja potrzeby medyczne oraz zapewnia odtwarzanie z niewielkim nadmiarem naturalnych ubytków kadry. Populacja naszego kraju stwarza zapotrzebowanie na około 70–80 tys. operacji neurochirurgicznych rocznie, co odpowiada danym z krajów rozwiniętych. Na jednego neurochirurga przypada 120 operacji rocznie, nie licząc lekarzy w trakcie specjalizacji. Jak wynika z badań w krajach Europy, wykonywanych jest około 1757 tys. operacji rocznie, co zapewnia każdemu z 10 219 neurochirurgów 172 operacje rocznie. W Stanach Zjednoczonych Ameryki i Kanadzie na jednego neurochirurga przypada 126 operacji rocznie przy 664 696 operacjach i 5296 neurochirurgach [1]. W tym samym opracowaniu wykazano, że Polska znajduje się w gronie wysoko rozwiniętych krajów, w których zapotrzebowanie na świadczenia neurochirurgiczne jest kadrowo w pełni zaspokojone.

Poziom wyszkolenia polskich neurochirurgów odpowiada wysokim standardom europejskim. Specjalizacja trwa 6 lat i zawiera wszystkie elementy wymagane w programach zawartych w *Charter on Training of Medical Specialists in the European Community. The European Training Requirements for the Speciality of Neurosurgery,* przyjętych przez Europejską Unię Specjalistów Medycznych (UEMS) i Europejskie Zrzeszenie Towarzystw Neurochirurgicznych (EANS). Pierwszy w Europie dyplom potwierdzający wysoki standard prowadzonej specjalizacji otrzymała w 2000 r. Klinika Neurochirurgii i Neurochirurgii Dziecięcej Uniwersytetu Medycznego w Lublinie.

Specjalizacja prowadzona jest w 40 akredytowanych ośrodkach dysponujących 160 miejscami szkoleniowymi. Ośrodki muszą spełniać ściśle określone warunki pod względem kadry specjalistów, liczby i szerokiego przekroju wykonywanych operacji. Muszą także tworzyć warunki do szkolenia i prowadzenia prac naukowych [2,3].

Ważnym elementem szkolenia są doroczne tygodniowe kursy nazywane Polską Szkołą Neurochirurgii, zainicjowane w 1997 r. i wzorowane na sławnych europejskich kursach neurochirurgii (European Training Courses in Neurosurgery).

Polscy neurochirurdzy od lat biorą czynny udział w działalności międzynarodowej – są wybierani do władz towarzystw europejskich i światowych, organizują zjazdy naukowe wspólnie z towarzystwami neurochirurgicznymi z Wielkiej Brytanii, Niemiec, Czech, Słowacji, Grecji i innych krajów Europy Środkowej. W Polsce odbyły się także Europejskie Kursy z Neurochirurgii i Europejski Kongres Neurochirurgów. Neurochirurdzy biorą czynny udział w zjazdach i kongresach naukowych na całym świecie

i publikują prace naukowe w czasopismach międzynarodowych. Liczba artykułów w czasopismach wyraźnie wzrosła w latach 2018 i 2019 – w PubMed zarejestrowano po 252 prace, co oznacza, że średnio co 2.–3. neurochirurg ma publikację w obiegu międzynarodowym.

Według danych NFZ obecnie w Polsce funkcjonuje ok. 100 ośrodków realizujących kontrakt w zakresie neurochirurgii. Większość z nich nie jest oddziałami szerokoprofilowymi, lecz zajmuje się wybranym działem specjalności, zwykle chirurgią kręgosłupa. Zjawisko to osłabia duże ośrodki ze względu na rozpraszanie kadry i sprzętu. Z powodu niedużej liczby przypadków wielu chorób leczonych neurochirurgicznie promowane jest gromadzenie tych przypadków w wysoko wyspecjalizowanych i doskonale wyposażonych ośrodkach, których liczba jest ograniczona.

Wyposażenie zdecydowanej większości ośrodków neurochirurgicznych w Polsce jest dobre, odpowiada wymaganiom współczesnej neurochirurgii. Sale operacyjne wyposażone są w odpowiednie instrumentarium chirurgiczne, mikroskopy operacyjne, systemy neuronawigacji, aparaty rentgenowskie do obrazowania śródoperacyjnego, a niektóre nawet w tomograf komputerowy i rezonans magnetyczny.

Wykonywany jest pełny zakres operacji o udokumentowanej naukowo skuteczności, w tym: operacje w neurochirurgii czynnościowej, neuromodulacji, operacje nowotworów z zastosowaniem fluorescencji pozwalającej na uwidocznienie zasięgu guza, a także operacje z wybudzeniem i elektrofizjologicznym monitorowaniem śródoperacyjnym. Operacje chorób naczyniowych mózgu prezentują wysoki poziom. Dostępne są nowoczesne metody radiologii zabiegowej i obecnie ponad 50 proc. chorych z tętniakami leczonych jest na drodze embolizacji przeznaczyniowej. W leczeniu niektórych naczyniaków mózgu wykorzystywana jest radiochirurgia.

Operacyjne leczenie chorób kręgosłupa, stanowiących szybko narastający problem, również prezentuje wysoki poziom. Dostępne są nowoczesne instrumentalne metody stabilizacji kręgosłupa, a także operacje minimalnie inwazyjne i przezskórne. Należy wskazać, że bóle kręgosłupa na tle chorób zwyrodnieniowych stają się powszechnym problemem cywilizacyjnym naszych czasów, lecz jak wynika z badań, operacji wymaga zaledwie 1 proc. osób z bólami kręgosłupa.

Istniejące kolejki chorych oczekujących na leczenie neurochirurgiczne wynikają z ograniczeń w wielkości kontraktu NFZ na leczenie neurochirurgiczne. Pomimo wielokrotnych apeli o wyłączenie z puli przeznaczonej na operacje planowe operacji nagłych (u chorych po urazach, krwotokach czy z objawami porażeń) i finansowanie ich tak, jak ostrych chorób naczyń wieńcowych, nadal w kontrakcie na leczenie neurochirurgiczne oddziały muszą wyłączać rezerwę na przypadki ostre, a chorych do zabiegów planowych umieszczać na listach oczekujących.

Piśmiennictwo:

1. Dewan MC, Rattani A, Fieggen G, Arraez MA, Servadei F, Boop F i in. Global neurosurgery: the current capacity and deficits in the provision of essential neurosurgical care. Executive summary of the Global Neurosurgery Initiative at the Program in Global Surgery Social Change. J Neurosurg, 2018; 1: 1–10.
2. Reulen H-J, Linsay KW. UEMS charter on training of medical specialists in the EU – the neurosurgical training charter (as of February 2007). Acta Neurochir, 2007; 149(9): 843–55.
3. Trojanowski T. Certification of competence in neurosurgery – the European perspective. World Neurosurg, 2010; 74(4–5): 432–3.

Specjalności zachowawcze

Prof. Maciej Krzakowski, odnosząc się do rosnącej zachorowalności na nowotwory, stwierdził: „Niewątpliwie możemy mówić o postępie w leczeniu onkologicznym, ale wyzwań w obszarze onkologii jest wiele".

Liczba nowotworów w Polsce rośnie. Nie jest to bardzo dynamiczne tempo wzrostu, niemniej jednak problem narasta. Obecnie odnotowujemy około 170 tys. zachorowań rocznie. Problem staje się jeszcze bardziej istotny, gdy spojrzymy na wskaźniki umieralności – z powodu nowotworów rejestruje

się ok. 100 tys. zgonów rocznie (prawie 1/3 zgonów mężczyzn i 1/4 zgonów kobiet spowodowana jest nowotworami). Problem dopełnia tzw. chorobowość, czyli liczba osób zdiagnozowanych, żyjących od kilku lat z rozpoznaniem nowotworu, i leczonych z powodu nowotworu, często z całkowitą remisją – to już niemal milion osób. Liczba ta stale rośnie, co jest pośrednim dowodem skuteczności leczenia, jednak nie jest to współczynnik, który powinien nas satysfakcjonować. Jeśli spojrzymy na procentowe wskaźniki pięcioletnich przeżyć w poszczególnych rodzajach nowotworów, to w większości przypadków wskaźniki te są o kilka czy nawet o 10 punktów procentowych, gorsze niż te osiągane w krajach Europy Zachodniej czy w Stanach Zjednoczonych. Niewątpliwie możemy mówić o postępie, ale istnieją wyzwania, które dotyczą trzech obszarów: świadomości zdrowotnej i lepszego wykorzystania metod profilaktyki pierwotnej i wtórnej, wczesnej i sprawnej wykrywalności nowotworów oraz kompletnej diagnostyki w nowotworach z udziałem współczesnych metod obrazowania i współczesnych możliwości diagnostyki patomorfologicznej i molekularnej. Obecnie czynniki z zakresu patomorfologii i biologii molekularnej powinny coraz częściej znajdować implementację w leczeniu. Kolejnym elementem jest stworzenie lepszego modelu skojarzonego leczenia z wykorzystaniem wszystkich metod oraz kompleksowej i skoordynowanej opieki nad chorymi na nowotwory. Nie chodzi bowiem tylko o rozpoznawanie, lecz także rehabilitację i obserwację chorych po leczeniu.

Prof. Tomasz Szczepański, skupiając się w swoim wystąpieniu na zagadnieniach z zakresu onkologii i hematologii dziecięcej, zaznaczył: „We wszystkich ośrodkach stosowane są programy terapeutyczne zalecane i koordynowane przez grupy robocze Polskiego Towarzystwa Onkologii i Hematologii Dziecięcej: Polską Pediatryczną Grupę ds. Leczenia Białaczek i Chłoniaków oraz Polską Pediatryczną Grupę ds. Leczenia Guzów Litych u Dzieci. Programy te są zazwyczaj zgodnymi lub zmodyfikowanymi schematami opracowanymi przez międzynarodowe grupy badawcze w wiodących ośrodkach europejskich lub amerykańskich".

Onkologia dziecięca zajmuje się pacjentami z rozpoznaniem lub podejrzeniem choroby nowotworowej do ukończenia 18 lat. W tym rozumieniu częścią onkologii dziecięcej jest hematoonkologia dziecięca – zajmująca się nowotworami hematologicznymi. Ze względu na nakładanie się ww. obszarów działania oraz rzadkość dziecięcych chorób onkologicznych i hematologicznych istnieje połączona specjalność „onkologia i hematologia dziecięca".

Chorobę nowotworową wymagającą chemioterapii rozpoznaje się w Polsce u około 1100–1200 dzieci rocznie. Dystrybucja nowotworów u dzieci to: nowotwory hematologiczne – ok. 42 proc. i guzy lite – ok. 58 proc. Nowotwory wieku dziecięcego charakteryzują się wysoką złośliwością i agresywnością, u dzieci w ponad 80 proc. przypadków nowotwory są rozpoznawane w fazie rozsiewu. Długoletnia wyleczalność nowotworów u dzieci wynosi około 80 proc., a takich nowotworów jak nefroblastoma czy chłoniak Hodgkina – ponad 90 proc.

Leczenie dzieci z chorobą nowotworową w Polsce jest realizowane w regionalnych ośrodkach referencyjnych. Koordynowanie opieki onkologicznej u dzieci wymaga ciągłej współpracy z lekarzami innych specjalności dziecięcych, takich jak: chirurgia, neurochirurgia, radioterapia, anestezjologia i intensywna terapia, kardiologia, endokrynologia, nefrologia, laryngologia, pulmonologia, gastroenterologia, urologia, okulistyka, transplantologia. We wszystkich ośrodkach stosowane są programy terapeutyczne zalecane i koordynowane przez grupy robocze Polskiego Towarzystwa Onkologii i Hematologii Dziecięcej: Polską Pediatryczną Grupę ds. Leczenia Białaczek i Chłoniaków oraz Polską Pediatryczną Grupę ds. Leczenia Guzów Litych u Dzieci. Programy te są zazwyczaj zgodnymi lub zmodyfikowanymi schematami opracowanymi przez międzynarodowe grupy badawcze w wiodących ośrodkach europejskich lub amerykańskich.

Najważniejszym problemem onkologii dziecięcej w Polsce w chwili obecnej jest zapewnienie odpowiednich środków finansowych na leczenie, w tym na dostęp do nowych leków i technologii medycznych. Konieczne jest zwiększenie dostępu do międzynarodowych niekomercyjnych badań klinicznych. Poza chemioterapią pozostaje kwestia

finansowania leczenia wspomagającego, które jest często znacznie droższe niż sama chemioterapia.

Zwiększa się liczba pacjentów aktualnie leczonych lub przyjmowanych w poradniach przyklinicznych po zakończeniu leczenia w celu monitorowania (ogółem ponad 12 tys. dzieci). Wyzwaniem staje się stworzenie systemu przejścia osób wyleczonych z choroby nowotworowej w dzieciństwie pod specjalistyczną opiekę medycyny dorosłych.

Na podstawie raportu prof. dr. hab. n. med. Jana Styczyńskiego, konsultanta krajowego w dziedzinie onkologii i hematologii dziecięcej.

Prof. Barbara Jarząb mówiła na temat nowych rozwiązań w onkologii pozwalających m.in. na zmniejszenie intensywności leczenia bez utraty jego skuteczności: „Ostatnio realizowaliśmy projekt »Nowe narzędzia w indywidualizowanej terapii raka piersi, tarczycy i gruczołu krokowego«, którego celem było opracowanie testów molekularnych umożliwiających skuteczniejszą diagnostykę, a w konsekwencji – leczenie nowotworów. Dzięki tym testom tysiące chorych można uchronić od niepotrzebnego cierpienia, a jednocześnie zmniejszyć wydatki na ich leczenie".

W przypadku raka piersi ważnym etapem leczenia, oprócz zabiegu operacyjnego, jest chemioterapia. Jest ona jednak niezbędna tylko u części chorych. Powstaje zatem pytanie, w przypadku których pacjentek jest ona konieczna, a kto może jej uniknąć. Przewiduje się, że na raka piersi zachoruje rocznie 19 tys. Polek, u ok. 60 proc. z nich będzie rozważana chemioterapia. U ok. 40 proc. pacjentek z tej grupy chemioterapii można uniknąć dzięki odpowiedniej ocenie ryzyka.

Rak tarczycy jest trudny do odróżnienia od tzw. wola guzkowego, które jest częstą chorobą. Nowotwór ten można rozpoznać na podstawie wyników biopsji guzka. Jednak ocena pobranych pojedynczych komórek nie jest łatwym zadaniem. W około 15–30 proc. biopsji wynik jest niejednoznaczny – nie daje rozpoznania raka, ale patolog nie może go wykluczyć. Chorych trzeba więc poddać operacji, aby zbadać guzek pooperacyjnie. Przed wykonaniem operacji lekarz musi podjąć ważną decyzję – czy usunąć cały gruczoł, co jest związane z poważnymi powikłaniami, czy też ograniczyć się do częściowego jego wycięcia. Trudność polega na tym, że chirurg nie wie, jakie jest rozpoznanie. Musi liczyć się z możliwością wystąpienia raka tarczycy i takie rozpoznanie stawia się ostatecznie w 25 proc. przypadków. U 70 proc. chorych poddanych operacyjnemu leczeniu zmiany, jak się okazuje, są łagodne. To doskonała wiadomość, jednak i chory, i lekarz są świadomi, że operacji można było uniknąć.

Na etapie diagnostyki proponujemy więc wykonanie, oprócz biopsji i badania cytologicznego, badania molekularnego, podczas którego rozpoznajemy ekspresję genów. Opracowaliśmy tzw. klasyfikator molekularny raka piersi i raka tarczycy, który pozwala na dokładniejsze określenie charakteru guzka nowotworowego przed operacją. Przed nami następne badania – klasyfikatory molekularne stosowane w przypadku guzków tarczycy i piersi muszą zostać uwiarygodnione (zwalidowane). Będziemy także walczyć o refundację tego testu w przypadku raka tarczycy (w przypadku raka piersi jest już refundowany) i taką zmianę legislacji, aby nasz projekt stał się milowym krokiem w kierunku zastosowania genomicznych testów ekspresyjnych i ograniczania terapii, których wielu pacjentów – dzięki skuteczniejszej diagnostyce – mogłoby uniknąć.

Prof. Bożena Budziszewska mówiła o coraz większym znaczeniu genetyki w onkologii. Jak zaznaczała: „Badania genetyczne są podstawą rozpoznania choroby nowotworowej, jednak osiągnęliśmy już wyższy poziom. Nie wystarczy znaleźć gen po to, by określić typ nowotworu. Chcemy jeszcze wiedzieć, jaki przebieg będzie miała ta choroba".

Dysponując rozpoznaniem, nie wiemy, czy będziemy mieć do czynienia z łagodniejszym przebiegiem choroby nowotworowej, czy też nowotwór będzie bardzo agresywny. O charakterze nowotworu nie decyduje

gen, który pozwala na rozpoznanie choroby nowotworowej, ale inne zmiany, czasem tak niewielkie jak zmiana jednego tylko nukleotydu. Rozpoznanie tych zmian może umożliwić właściwe rokowanie i określenie odpowiedniego podejścia do leczenia pacjenta. Im więcej rozpoznamy tych genów, tym łatwiej jest określić, jak będzie przebiegała choroba. Ażeby je zidentyfikować, nie potrzebujemy już tylko „tradycyjnych" metod sekwencjonowania DNA, ale metod nowej generacji, dzięki którym będziemy w stanie określić kolejność kilkudziesięciu czy nawet kilkunastu tysięcy genów. Mając taką informację, jesteśmy w stanie prognozować przebieg choroby i wybierać optymalne leczenie dla chorego. Niestety na tym etapie pojawiają się problemy. Sekwencjonowanie następnej generacji to jest gigantyczna ilość informacji. Musimy dysponować bowiem odpowiednim oprogramowaniem i specjalistami z zakresu bioinformatyki. Niezbędne są komputery o bardzo dużej mocy obliczeniowej oraz miejsce, w którym będziemy mogli składować informacje – pliki z ogromną ilością danych. Powstaje też problem natury filozoficzno-moralnej. Co zrobić w momencie, kiedy uzyskamy taką ilość informacji? Czy każdy chciałby znać swój genom i wiedzieć, co go czeka za kilka lat, rozwój jakiego nowotworu?

Co dają nam badania genetyczne i dlaczego warunkują one postęp w onkologii? Znając konkretne geny, konkretne białka, które powodują rozwój nowotworów, możemy wytwarzać inhibitory tych białek. To nowa generacja leków przeciwnowotworowych. Pierwszym lekiem przeciwnowotworowym nowej generacji jest Glivec, zawierający cząstkę, która hamuje białko będące efektem działania patologicznego genu odpowiedzialnego za przebieg choroby. Obecnie mamy kilkadziesiąt leków, które są skierowane przeciw konkretnym białkom produkowanym w wyniku istnienia patologicznych genów. Włączanie tych leków do standardowej chemioterapii zmienia całkowicie obraz i przebieg choroby.

Rola badań genetycznych w rozwoju metod terapeutycznych w onkologii jest ogromna. Celem jest to, aby nowotwór stał się chorobą przewlekłą jak cukrzyca czy nadciśnienie. Mamy też dostęp do innych metod leczenia, m.in. metod immunologicznych, przede wszystkim z wykorzystaniem limfocytów T. Limfocyty pacjenta są pobierane podczas zabiegu aferezy, a następnie poddawane obróbce molekularnej (wszczepienie specyficznej sekwencji DNA za pomocą wektora wirusowego). W efekcie na powierzchni limfocytów powstają chimeryczne receptory antygenowe – białka, które mają zdolność do rozpoznawania konkretnej komórki nowotworowej. Takie zmodyfikowane limfocyty są namnażane w laboratorium i ponownie podawane pacjentowi, który uzyskuje „nową broń" – w obecności komórek nowotworowych limfocyty aktywują się i niszczą „wroga". Jest to najlepsza metoda leczenia, ponieważ limfocyty docierają wszędzie tam, gdzie nie dociera substancja chemiczna. Skuteczność tej terapii jest ogromna, zaskakująca nawet dla nas. Niestety tutaj również napotykamy na problemy. Po pierwsze, zmodyfikowane limfocyty T czasami aktywują się bardziej, niż byśmy chcieli, a ich aktywność jest ukierunkowana nie tylko na komórkę nowotworową, lecz także na inne. W rezultacie w organizmie pacjenta dochodzi do „burzy" cytokin, która jest potencjalnie śmiertelną reakcją immunologiczną. Drugim problemem związanym z tą procedurą jest jej wysoki koszt. W tej chwili sięga on miliona złotych dla jednego chorego. Ostatnia kwestia to „osprzętowienie i oprogramowanie" całej procedury. Do pokonania zostało jeszcze wiele barier, niemniej jednak wprowadzenie tej metody wydaje się realne.

Prof. Jarosław Reguła, oceniając postęp w gastroenterologii z perspektywy krajowego nadzoru specjalistycznego, stwierdził: „Nastąpił rozwój nowoczesnych terapii endoskopowych pozwalających na nieinwazyjne leczenie wielu chorób przewodu pokarmowego, takich jak wczesne nowotwory przełyku, żołądka i jelita grubego, kamica dróg żółciowych, zaburzenia motoryki przełyku, achalazja przełyku i in. Bardzo ważnym osiągnięciem jest także upowszechnienie wczesnej diagnostyki i leczenia zmian przednowotworowych dzięki supernowoczesnym metodom wizualizacji powierzchni błony śluzowej".

Wprowadzanie nowych terapii w gastroenterologii w ostatnich latach jest widoczne w praktyce i literaturze naukowej, ale nie zawsze jest dostrzegane w aspekcie dostępności do refundacji.

Kierunkiem najbardziej spektakularnym i jednocześnie niedocenianym przez płatnika w Polsce jest rozwój nowoczesnych terapii endoskopowych pozwalających na nieinwazyjne leczenie wielu chorób przewodu pokarmowego, takich jak: wczesne nowotwory przełyku, żołądka i jelita grubego, kamica dróg żółciowych, zaburzenia motoryki przełyku, achalazja przełyku i in. Tego typu terapie to endoskopowa podśluzówkowa dyssekcja (ESD), mukozektomia endoskopowa (EMR), cholangioskopia z użyciem cienkich endoskopów wprowadzanych do wnętrza dróg żółciowych, przezustna miotomia endoskopowa (POEM), a także techniki pochodne.

Bardzo ważnym osiągnięciem gastroenterologii jest także upowszechnienie wczesnej diagnostyki i leczenia zmian przednowotworowych dzięki supernowoczesnym metodom wizualizacji powierzchni błony śluzowej. Polski wkład w tej dziedzinie polega na udokumentowaniu i walidacji parametrów jakości endoskopii mającej istotny wpływ na losy pacjentów.

Modną, szybko się rozwijającą i najprawdopodobniej dominującą w perspektywie kilku lat techniką terapeutyczną jest przeszczepianie mikrobioty jelitowej. Jej nieprawidłowy skład pozostaje w związku z wieloma chorobami. Dzięki możliwości jej modyfikacji już obecnie można skutecznie leczyć nawrotową infekcję *Clostridium difficile*, a w przyszłości – prawdopodobnie wiele innych chorób.

Ostatnim wymagającym wzmianki elementem nowoczesnych terapii w gastroenterologii jest leczenie biologiczne w nieswoistych chorobach zapalnych jelit (choroba Leśniowskiego–Crohna i wrzodziejące zapalenie jelita grubego). W tej dziedzinie możliwości refundacyjne stały się bardzo duże dzięki wprowadzeniu nowych skutecznych programów terapeutycznych z użyciem wedolizumabu i ustekinumabu.

Prof. Marek Kuch podkreślił, że w kardiologii dokonał się w ostatnich dekadach bardzo duży postęp, przede wszystkim w przezskórnym interwencyjnym leczeniu choroby wieńcowej, a zwłaszcza ostrych zespołów wieńcowych / ostrych zawałów serca. Sukces ten był możliwy oczywiście dzięki rozwojowi całej gałęzi kardiologii, jaką jest kardiologia interwencyjna, a także dzięki postępowi w farmakoterapii, zwłaszcza w zakresie leczenia przeciwpłytkowego i przeciwkrzepliwego oraz leczenia hiperlipidemii.

Postęp na świecie w leczeniu chorób serca i naczyń jest bezdyskusyjny. Wyzwaniem jest natomiast implementacja tych osiągnięć do systemu leczenia w Polsce przekładająca się na spadek umieralności. Warto podkreślić, że w naszym kraju postęp terapeutyczny w kardiologii cały czas się dokonuje, lecz najbardziej spektakularny jest w leczeniu miażdżycy. Z tego względu w swojej prezentacji skupiłem się przede wszystkim na terapii chorób powiązanych ze zmianami miażdżycowymi: chorobie wieńcowej, nadciśnieniu tętniczym i przewlekłej niewydolności serca.

Przykładem na to, że system leczniczy może być efektywny, jest leczenie ostrych zespołów wieńcowych w Polsce w ostatnich dekadach. Opracowano strategię postępowania, stworzono precyzyjną sieć ośrodków kardiologii interwencyjnej i zapewniono odpowiednie finansowanie. Uzyskane wyniki leczenia ostrego zawału serca umiejscowiły nasz kraj w czołówce w skali światowej. Osiągnięcia te nie przełożyły się jednak na poprawę rokowania w przewlekłej opiece nad pacjentem po przebytym zawale serca. Strategia została opracowana przez ekspertów Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego, ale sama nie wystarczyła, aby utrzymać korzystne wyniki leczenia pacjentów z fazy ostrej w okresie przewlekłym. Konieczne jest bowiem, podobnie zresztą jak i w innych dziedzinach kardiologii i hipertensjologii:

- zwiększenie środków finansowych przeznaczanych na leczenie kardiologiczne i zwiększenie wysokości kontraktów dla specjalistycznych oddziałów zajmujących się leczeniem pacjentów kardiologicznych;
- zwiększenie liczby poradni kardiologicznych oraz poprawa i unowocześnienie ich profilu działania;
- zwiększenie liczby dobrze opłacanych lekarzy specjalistów kardiologów i hipertensjologów, pracujących zwłaszcza w lecznictwie otwartym.

Współpraca w zakresie kardiologii pomiędzy szpitalem, w którym pracuję, a lekarzami pod-

stawowej opieki zdrowotnej opiekującymi się pacjentami w rejonie szpitala, nie budzi zastrzeżeń. Problemem jest natomiast całkowicie niewydolny system ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w zakresie kardiologii, jak również permanentny brak miejsc (wolnych łóżek) w oddziałach kardiologicznych mogących służyć planowej diagnostyce specjalistycznej, która powinna być wykonywana w warunkach szpitalnych. Dodatkowym problemem jest także brak sieci poradni niewydolności serca oraz specjalistycznych poradni zaburzeń rytmu serca, co uporządkowałoby i odciążyłoby lecznictwo zamknięte.

W szpitalach wieloprofilowych opieka specjalistyczna (w tym kardiologiczna) jest ściśle związana z opieką ogólnointernistyczną. Brak wystarczającej liczby wolnych łóżek dla pacjentów internistycznych w sposób automatyczny powoduje zajmowanie przez nich łóżek specjalistycznych niezbędnych do planowych procedur kardiologicznych. Analogiczny problem dotyczy zbyt małej liczby łóżek intensywnej opieki medycznej (OIOM) i łóżek intensywnego nadzoru kardiologicznego (OIOK), co utrudnia przyjmowanie chorych z ostrymi stanami kardiologicznymi do szpitali. Sytuację w Warszawie w tym zakresie należy ocenić jako złą i nadal pogarszającą się, wymagającą pilnego zwiększenia liczby łóżek internistycznych i poprawy koordynacji hospitalizacji internistycznych na terenie miasta i w okolicznych szpitalach. Utrudnia ją również fakt zajmowania łóżek przeznaczonych dla specjalistycznych procedur kardiologicznych przez pacjentów wymagających przewlekłej, długoterminowej opieki medycznej, którzy mogliby przebywać w zakładach opiekuńczo-leczniczych. Jest to spowodowane nieodpowiednio skonstruowanym systemem współpracy pomiędzy szpitalami a oddziałami przewlekłej opieki medycznej.

Zapewnienie odpowiedniej opieki medycznej nie powinno być jednak rozpatrywane tylko jako problem Ministerstwa Zdrowia, Narodowego Funduszu Zdrowia i placówek medycznych. Kwestia ta nie jest często poruszana w dysputach publicznych, a ma kluczowe znaczenie. Wydatki na cele socjalne w budżecie każdego państwa na świecie nie są nieograniczone. Każda działalność służąca poprawie w jakiejkolwiek dziedzinie zdrowia związana jest nieuchronnie z zapewnieniem niezbędnego finansowania. W związku z tym to społeczeństwo powinno w sposób świadomy wyrazić wolę, na co mają być przeznaczone ograniczone fundusze: czy na 500 plus, czternastą emeryturę, zwiększenie funduszu dla osób niepełnosprawnych czy poprawę powszechnej opieki zdrowotnej. Każdy z tych celów jest szczytny, ale państwa polskiego nie stać na realizację wszystkich – potrzebny jest wybór.

Prof. Zbigniew Gaciong, powołując się na dane statystyczne dotyczące przyczyn umieralności Polaków, zwrócił uwagę: „W naszym kraju obserwujemy ostatnio bardzo niekorzystną tendencję. W krajach Unii Europejskiej czy Ameryce Północnej zgony wywołane chorobami układu krążenia nie są w tej chwili dominującą przyczyną śmiertelności. Pierwszym powodem zgonów są nowotwory. Tymczasem w Polsce nadal przeważają te spowodowane chorobami układu krążenia".

Obserwujemy zahamowanie korzystnego trendu, który odnotowaliśmy kilkanaście lat temu. Dotyczył on długości życia Polaków – i kobiet, i mężczyzn. W stosunku do krajów Unii Europejskiej zawsze wypadaliśmy gorzej, nasza średnia długość życia była krótsza o kilkanaście lat. Jednak od 2003 r. nastąpiło załamanie – nie tylko długość życia Polaków nie wzrosła, ale wyraźnie się skróciła. Jeśli popatrzymy na prognozowaną długość życia w oparciu o dane epidemiologiczne – a dane dotyczące zgonów w Polsce są niezwykle wiarygodne dzięki bazie PESEL – to widzimy, że korzystny trend został nie tylko zahamowany, lecz także i odwrócony. Naszym zadaniem jest znalezienie odpowiedzi na pytanie: co jest przyczyną tego, że Polacy znów umierają w zwiększonym tempie na choroby serca i naczyń?

Mamy do czynienia z problemem powszechnym i bardzo poważnym, w związku z tym nie należy oczekiwać, że nowe programy czy refundacja nowych leków ten problem zlikwidują. Nawet jeśli ministerstwo będzie płaciło za dwa nowe leki przeciwcukrzycowe, opłaci wizyty pacjenta u kardiologa, nie rozwiąże to problemu. Zastanówmy się nad przyczyną. W tej chwili za wszystko obciąża się smog, notabene nie spaliny go generują, poza

tym stan jakości powietrza w Polsce poprawia się. W 2003 r. obniżono akcyzę na alkohol, rząd kierował się tutaj troską o spożycie przez Polaków alkoholu szmuglowanego czy też produkowanego nielegalnie. Wzrosła więc sprzedaż alkoholu legalnego. Z kolei w ostatnich dwóch latach obserwuje się wzrost sprzedaży tzw. małpek. Trzy miliony małoobjętościowych mocnych alkoholi jest sprzedawanych codziennie w naszym kraju, z czego większość kupowana jest między godziną 6.00 a 11.00 rano. O prawie 20 proc. zwiększyła się konsumpcja mocnych alkoholi, przy czym ogólnie spożycie alkoholu wzrosło o niecały 1 proc. Alkohol nie pomaga sercu (jest przyczyną zaburzeń rytmu serca, marskości wątroby, wypadków, samobójstw). Jeśli popatrzy się na przyczyny zgonów, to można je powiązać ze zwiększonym spożyciem alkoholu.

Prof. Grzegorz Opolski przewidywał, że niewydolność serca, migotanie przedsionków (arytmia) oraz wady strukturalne, przede wszystkim stenoza zastawki aortalnej, to choroby, których częstość występowania – w związku ze zmianami demograficznymi – będzie rosła.

Zarówno w Polsce, jak i w krajach zachodnich wyhamował spadek tempa umieralności z powodu chorób układu sercowo-naczyniowego. Myślę, że nie ma jednej przyczyny tego zjawiska. Sądzę, że można wysunąć trzy hipotezy:

1. Z jednej strony lepiej leczymy nadciśnienie tętnicze – jest średnie niższe ciśnienie tętnicze wśród społeczeństwa, niższe średnie stężenie cholesterolu dla polskiej populacji, a z drugiej strony takie czynniki ryzyka, jak otyłość, cukrzyca, wzrosły. Musimy także pamiętać o nieklasycznych czynnikach ryzyka chorób układu sercowo-naczyniowego, które również mają coraz większy wpływ na nasze zdrowie, np. zanieczyszczenie powietrza, niezdrowa żywność.
2. Udało się nam wydłużyć lata życia dzięki poprawie skuteczności leczenia chorób układu sercowo-naczyniowego, ale przez to zwiększyliśmy ryzyko występowania chorób nowotworowych. Jest nam znacznie trudniej leczyć osoby w starszym wieku, które mają chorobę nowotworową, choroby układu sercowo-naczyniowego i wiele innych chorób współtowarzyszących.
3. Metody prewencji, diagnostyki i leczenia są już mało skuteczne. Musimy poszukiwać nowych metod leczenia, bardziej skutecznych, nowych technologii, żeby udało się nam wydłużyć życie.

W związku ze starzeniem się społeczeństwa musimy koncentrować się na chorobach wieku podeszłego, a jeśli mówimy o tych chorobach w zakresie kardiologii, to przede wszystkim jest to niewydolność serca, migotanie przedsionków, a więc powszechna arytmia, oraz wady strukturalne, przede wszystkim stenoza zastawki aortalnej. To trzy choroby, których częstość występowania – w związku ze zmianami demograficznymi – będzie rosła.

Prof. Krzysztof Strojek, przypominając początki współczesnej diabetologii, podkreślił jednocześnie: „W Polsce dostępne są nowe technologie w zakresie wstrzykiwania insuliny. Także w zakresie leków doustnych stosowanych w cukrzycy typu 2 również obserwuje się znaczący postęp. W ciągu ostatnich 10 lat do leczenia wprowadzono 3 nowe grupy preparatów".

Era współczesnej diabetologii rozpoczęła się w 1922 r. Od tego momentu chorzy na cukrzycę przestali umierać z powodu kwasicy w ciągu kilku miesięcy od rozpoznania. Od tego czasu mija prawie 100 lat i technologie w zakresie produkcji hormonu są stale ulepszane. Wprowadza się nowe preparaty, coraz lepiej odwzorowujące fizjologiczny profil farmakokinetyczny i farmakodynamiczny. Dostępne są również nowe technologie w zakresie wstrzykiwania insuliny. Pierwszy przełom nastąpił w latach 80. ubiegłego wieku, kiedy wprowadzono wstrzykiwacze do podawania insuliny – pióra insulinowe. Umożliwiają one łatwe leczenie polegające na wielokrotnych wstrzyknięciach, zabezpiecza to

chorych przed późniejszymi powikłaniami. Wprowadzono także dozowniki insuliny, czyli pompy do ciągłego wlewu podskórnego insuliny.

Chorzy mogą także na bieżąco oznaczać stężenie glukozy we krwi. Obok wprowadzonych na przełomie lat 70. i 80. glukometrów dostępne są obecnie systemy do ciągłego monitorowania glikemii (CGM) i systemy *flash glucose monitoring* (FGM), czyli skanery do pomiaru aktualnej glikemii i poprzedzającego skanowanie 8-godzinnego trendu. Sprzężenie pompy insulinowej z systemem CGM umożliwiło wyprodukowanie urządzeń, które automatycznie zatrzymują wlew insuliny w przypadku niskich wartości glikemii i zabezpieczają chorych przed hipoglikemią. Trwają intensywne prace nad całkowicie zautomatyzowaną sztuczną trzustką, jednak w chwili obecnej takie urządzenia w formie komercyjnej są jeszcze niedostępne.

W zakresie leków doustnych stosowanych w przypadku cukrzycy typu 2 również obserwuje się znaczący postęp. W ciągu ostatnich 10 lat do leczenia wprowadzono 3 nowe grupy preparatów, przy czym dla dwóch z nich – inhibitorów kotransportera sodowo-glukozowego 2 (SGLT2i) i agonistów receptora GLP-1 – wykazano dodatkowe działanie kardio- i nefroprotekcyjne.

Wśród wyzwań stojących przed współczesną diabetologią wymienić należy:

- skuteczną profilaktykę nadwagi i otyłości, czyli głównych przyczyn cukrzycy typu 2 i innych chorób cywilizacyjnych;
- wdrożenie w Polsce programu leczenia zespołu stopy cukrzycowej ze względu na dramatycznie rosnącą liczbę amputacji (wzrost z 7 tys. w roku 2013 do 8,5 tys. w 2018);
- rozszerzenie katalogu świadczeń gwarantowanych o procedury związane z edukacją pacjenta (porada edukacyjna);
- rozszerzenie dostępu do nowych technologii i terapii (objęcie refundacją);
- wprowadzenie metod telemedycznych do diagnostyki przesiewowej retinopatii cukrzycowej,
- rozszerzenie dostępu do konsultacji i leczenia specjalistycznego.

Dr hab. Ewa Emich-Widera odniosła się do wybranych osiągnięć medycyny w dziedzinie neurologii dziecięcej, zaliczając do nich projekt prewencji napadów padaczkowych u dzieci ze stwardnieniem guzowatym (SG). Pomysłodawcami i liderami projektu są prof. Katarzyna Kotulska-Jóźwiak i prof. Sergiusz Jóźwiak. Podkreśliła: „Ustalenie wczesnych markerów SG i wdrożenie przed wystąpieniem klinicznych napadów padaczkowych terapii przeciwpadaczkowej u dzieci z SG, u których w monitorowanej czynności bioelektrycznej mózgu stwierdzono wyładowania padaczkowe, u znakomitej większości zapobiega padaczce oraz pozostających z nią w istotnym związku niepełnosprawności intelektualnej i spektrum autyzmu. Takie rekomendacje obowiązują obecnie w wielu krajach Europy".

Stały postęp jest odnotowywany w zakresie wykrywania i leczenia chorób rzadkich i ultrarzadkich. Wydaje się, że najbardziej spektakularne osiągnięcia dotyczą chorób nerwowo-mięśniowych. W diagnostyce wielu z nich na pierwszym miejscu uplasowały się badania genetyczne, które zastąpiły bardziej inwazyjne badania elektrofizjologiczne i patomorfologiczne. Jesteśmy świadkami i uczestnikami historycznego przełomu, jakim jest możliwość leczenia metodami genetycznymi niektórych spośród tych przewlekłych, dotychczas nieuleczalnych chorób powodujących przedwczesną śmierć lub niepełnosprawność i marginalizację społeczną. W Polsce, podobnie jak w wielu innych krajach europejskich, wdrożono u ponad 400 pacjentów program leczenia wszystkich postaci rdzeniowego zaniku mięśni (SMA), polegający na cyklicznym podawaniu dokanałowo nusinersenu (Spinrazy), modulującego gen *SMN2*. Polskim fenomenem jest objęcie leczeniem w ciągu niecałego roku tak dużej populacji chorych z tym rozpoznaniem.

Dynamiczny rozwój wiedzy o chorobach genetycznych i postęp w zakresie nowych technik diagnostycznych stwarza nowe możliwości diagnozowania i w części przypadków również – leczenia. Za pomocą analizy mikromacierzy (aCGH) można wykryć najczęstsze przyczyny zaburzeń neurorozwojowych i padaczki. Techniki sekwencjonowania nowej generacji z analizą wybranych paneli genowych (NGS),

całoeksomowego (WES), całogenomowego (WGS) dają możliwość analizowania jednocześnie ok. 20 tys. genów, co z kolei umożliwia szybką diagnozę i rozpoznawanie nowych chorób. Brak niestety należytego refundowania w tym zakresie.

Nastąpił znaczny postęp w diagnostyce i leczeniu stwardnienia rozsianego w populacji wieku rozwojowego. Część leków dostępnych dla dorosłych może być stosowana poniżej 18. roku życia, dzięki czemu zwiększyła się wiedza na temat ich skuteczności i bezpieczeństwa u dzieci. Wczesne wprowadzenie leków zapobiegających nawrotom poprawia odległe rokowanie u chorych i może istotnie zmniejszyć niepełnosprawność.

Prof. Maria Barcikowska odniosła się do jednego z wyzwań neurologii, jakim jest leczenie i opieka nad rosnącą liczbą osób z chorobą otępienną. Jak stwierdziła: „W 2009 r. z inicjatywy 11 krajów Unii Europejskiej powołano Pilotażową Inicjatywę Wspólnego Planowania Walki z Chorobami Zwyrodnieniowymi Ośrodkowego Układu Nerwowego, a w szczególności z chorobą Alzheimera (Pilot Joint Programming Initiative on Combating Neurodegenerative Diseases, in particular Alzheimer's Disease). W Polsce problem ten konsekwentnie nie jest zauważany".

Zgodnie z danymi Alzheimer Europe w Polsce żyje 510 tys. chorych z otępieniem. Najczęściej przyczyną otępienia jest proces zwyrodnieniowy mózgu. Zazwyczaj jest to złożony proces ze współwystępującą miażdżycą naczyń mózgu. Choroba Alzheimera jest chorobą pierwotnie zwyrodnieniową spowodowaną odkładaniem się w mózgu toksycznych białek (amyloidu, białka tau i in.) o patologicznej strukturze fałdowej, co jako wynik wielu złożonych procesów prowadzi do zaniku neuronów i ich połączeń. W Polsce nie ma niestety aktualnych danych epidemiologicznych ani rejestrów dotyczących otępień. W ramach państwowej służby zdrowia diagnozuje się i leczy niewielki procent pacjentów. Przyczyną takiej sytuacji może być z jednej strony ograniczony i trudny dostęp do diagnostyki, a z drugiej – niska świadomość społeczna problemu.

Otępienie, definiowane jako postępujące zaburzenia funkcji poznawczych, występuje w różnych procesach chorobowych, w niektórych przypadkach możliwe jest skuteczne leczenie przyczynowe (otępienie wtórne), w innych, pomimo braku leczenia przyczynowego, możliwe jest leczenie objawowe. Jednak dobór odpowiedniej terapii musi zostać poprzedzony diagnostyką, najlepiej zgodną z przyjętymi standardami. Konieczne jest różnicowanie pomiędzy otępieniem typu alzheimerowskiego, otępieniem czołowo-skroniowym, otępieniem z ciałami Lewy'ego, otępieniem naczyniopochodnym oraz otępieniem występującym z powodu innych, często odwracalnych przyczyn. Możliwe, że przyczyną nieskuteczności tych prób, pomimo atrakcyjnych teoretycznych założeń, jest moment, w którym leczenie jest włączane – zwykle to moment, w którym krytyczna liczba neuronów została przekroczona, a chory ma objawy kliniczne. Dlatego tak ważny jest projekt DIAN-TU, w którym leczeni są chorzy będący nosicielami znanych jednogenowych mutacji sprawczych w chorobie Alzheimera w fazie przedklinicznej, oraz stosowane są inne próby prewencji, np. oddziaływanie na czynniki naczyniopochodne, budowanie rezerwy poznawczej poprzez stymulację intelektualną i aktywność fizyczną. Coraz częściej też proponuje się nowe teoretyczne założenia innych kierunków poszukiwań, m.in. założenia negujące sprawczy wpływ amyloidu i białka tau w patogenezie choroby Alzheimera. Celem tych prób, odbiegających od dotychczasowych podstaw patogenetycznych, jest oddziaływanie: na procesy zapalne (w tym modny obecnie wpływ flory jelitowej) i oksydacyjne, na uwalnianie wolnych rodników i aminokwasów pobudzających. Na obecnym etapie nie dysponujemy leczeniem przyczynowym, a jedyne, co wydaje się skuteczne, to działania prewencyjne, wysoka rezerwa poznawcza i zwalczanie czynników naczyniopochodnych, m.in. leczenie nadciśnienia, cukrzycy i przesunięć w lipidogramie.

Świadomość problemu, jakim jest szybko rosnąca populacja otępiałych Polaków, budzi ogromny niepokój. Zjawisko to powinno być w równym stopniu przedmiotem troski służby zdrowia, służb opieki społecznej, jak i koordynatorów badań naukowych w Polsce. Działania tych trzech sektorów powinny być w dużym stopniu skoordynowane. Populacja

osób otępiałych w Polsce wynosi obecnie 500 tys. (i co najmniej drugie tyle opiekunów), a za 15 lat będzie to 1 mln chorych. Wyniki uzyskane w projekcie PolSenior – badaniu, które objęło ok. pięciotysięczną populację osób w podeszłym wieku i uwzględniło temat otępienia – dowodzą, że za 20 lat 1/3 Polaków przekroczy 60 rok życia. Ponadto 30 proc. respondentów miało cechy depresji (jest to częsty objaw poprzedzający otępienie), a u 11,29 proc. wykazano już otępienie.

Przesiewowe testy służące ocenie funkcji pamięciowych, przeprowadzone wśród badanych seniorów, wykazały poza tym, że połowa osób w tej grupie ma już problemy z pamięcią lub łagodne zaburzenia poznawcze będące stanem pośrednim pomiędzy „łagodnym zapominaniem związanym z wiekiem" a otępieniem. Poza wszystkimi względami populacja ludzi otępiałych będzie bardzo dużym obciążeniem finansowym dla państwa i na ten wydatek finanse państwa powinny być przygotowane.

W 2009 r. z inicjatywy 11 krajów Unii Europejskiej powołano Pilotażową Inicjatywę Wspólnego Planowania Walki z Chorobami Zwyrodnieniowymi Ośrodkowego Układu Nerwowego, a w szczególności z chorobą Alzheimera (*Pilot Joint Programming Initiative on Combating Neurodegenerative Diseases, in particular Alzheimer's Disease*). W Polsce problem ten konsekwentnie nie jest zauważany. Ochrona zdrowia w Polsce, niezależnie od tych rosnących zagrożeń, nie jest sprofilowana na specjalistyczną opiekę nad starym, otępiałym człowiekiem, chociaż oczywiście człowiek stary, chory jest najczęstszym pacjentem oddziałów internistycznych. Geriatrów w Polsce – w porównaniu z innymi krajami europejskim – jest dramatycznie mało, w programach nauczania kadry medycznej nie ma też wystarczającej liczby szkoleń w tym zakresie. Diagnostyka chorych z otępieniem prowadzona jest w Polsce najczęściej przez neurologów, a niekiedy psychiatrów, gdy dominującym objawem otępienia są zaburzenia psychotyczne, a nie zaburzenia pamięci – to dotyczy 50 proc. chorych. W ofercie NFZ nie uwzględnia się w ogóle takich rozwiązań jak poradnie zaburzeń pamięci albo wyspecjalizowane oddziały szpitalne dla takich chorych (najkorzystniej wychodzi pobyt jednodniowy). W Europie placówki, których celem jest diagnostyka i leczenie chorych z otępieniem, są z definicji placówkami zatrudniającymi wielu specjalistów w tym samym miejscu. W idealnej sytuacji w skład zespołu powinni wchodzić: neurolog, psycholog, psychiatra, psychoterapeuta, a także geriatra albo internista wyspecjalizowany w chorobach wieku podeszłego. Wszyscy ci specjaliści poza pomocą świadczoną na rzecz chorego powinni mieć czas, aby podobną pomoc zaoferować opiekunowi chorego. Brak takich placówek w oczywisty sposób idzie w parze z niedostateczną wrażliwością lekarzy pierwszego kontaktu, którzy nie rozpoznają otępienia i go nie leczą, ponieważ nie ma ośrodków, do których mogliby wysłać chorego z otępieniem na konsultację. Dodatkowo lekarze POZ nie mają prawa wykonywać najprostszych badań neuroobrazowych.

Kolejnym problemem, który nierozerwalnie wiąże się z kwestią otępienia, jest opieka nad chorym z otępieniem, która powinna być ściśle powiązana z działaniami medycznymi i edukacyjnymi w tym zakresie. To już naprawdę ostatni moment na zorganizowanie profesjonalnej opieki społecznej nad otępiałym starym człowiekiem, zaproponowanie ubezpieczeń społecznych, objęcie kontrolą powstających, często nieprofesjonalnych prywatnych domów opieki. Obciążenie państwa i samorządów lokalnych nie ulegnie zmianie, ponieważ sprywatyzowanie tej opieki w sytuacji pauperyzacji starych ludzi w Polsce nie rozwiąże problemu na skalę masową.

Prof. Urszula Fiszer, odnosząc się do możliwości leczenia chorób neurologicznych, zauważyła, że obecnie obserwuje się niezwykle szybki postęp technologiczny w diagnostyce i terapii wielu takich chorób. Jednak nadal istnieje duża rozbieżność między tym, czego oczekują pacjenci, a tym, co praktykujący neurolodzy mogą zaoferować w zakresie świadczenia usług.

Choroby neurologiczne są ważną przyczyną niepełnosprawności i śmierci na całym świecie. Globalnie obciążenie zaburzeniami neurologicznymi wzrosło z powodu rosnącej liczby ludności i starzenia się społeczeństw, choć odnotowano znaczny spadek umieralności z powodu schorzeń neurologicznych. Szacuje się, że liczba pacjentów, którzy potrzebują opieki, będzie nadal rosnąć.

Obecnie obserwuje się niezwykle szybki postęp technologiczny w diagnostyce i terapii wielu chorób neurologicznych. Niemniej jednak nadal istnieje duża rozbieżność między tym, czego oczekują pacjenci, a tym, co praktykujący neurolodzy mogą zaoferować w zakresie świadczenia usług. Pomimo rosnących kosztów spowodowanych zaburzeniami mózgu ten problem zdrowia publicznego nie został jeszcze odpowiednio rozwiązany. Szacuje się, że od 3 do 8 osób na 10 cierpiących na schorzenia mózgu jest nieleczonych lub leczonych nieodpowiednio, chociaż istnieją skuteczne metody.

Wzrost średniej długości życia w ciągu ostatnich dziesięcioleci był spowodowany głównie poprawą zdrowia publicznego i zmniejszeniem śmiertelności we wczesnych latach życia. W przyszłości wzrost długości życia ludzi będzie zależeć od zdrowego stylu życia oraz dostępności ulepszonych osiągnięć biomedycznych i biotechnologii. Pojawia się przy tym ważne pytanie: czy będzie to odpowiadać zmniejszeniu czy wzrostowi liczby przypadków neurologicznych w populacji? Decydenci i pracownicy służby zdrowia powinni być świadomi tych trendów, aby zapewnić odpowiednie usługi.

W czasie panelu Komitetu Nauk Neurologicznych PAN dyskutowano o zagadnieniach dotyczących chorób neurologicznych (także wieku dziecięcego) oraz neurochirurgii. Zwracano uwagę, że choroby mózgu powinny być priorytetem w polityce zdrowotnej państwa – konieczna jest wczesna diagnostyka i terapia chorób neurologicznych oraz profilaktyka chorób mózgu. Niepokój budzi deficyt kadr medycznych.

Prof. Ewa Pilarska w swoim wystąpieniu zaznaczyła: „W ciągu ostatnich lat dokonał się niezwykły postęp w diagnostyce i terapii/leczeniu chorób neurologicznych u dzieci. Rozwijająca się wiedza medyczna na temat noworodka, wprowadzenie nowych unikalnych technologii medycznych, zmiany w organizacji opieki perinatalnej, powstanie sieci oddziałów intensywnej terapii noworodka – w istotny sposób obniżyło umieralność noworodków w Polsce, również z ekstremalnie niską masą urodzeniową 500–750 g, urodzonych przed 28. tyg. trwania ciąży".

Noworodki z ekstremalnie niską masą urodzeniową (500–750 g) wykazują znaczną chorobowość oraz wysoką częstość uszkodzenia układu nerwowego. Dzieci te wymagają wielospecjalistycznej opieki, stwierdza się u nich zaburzenia ruchowe, zwłaszcza mózgowe porażenie dziecięce, opóźnienie rozwoju intelektualnego, w tym często znaczne opóźnienie rozwoju mowy, tzw. wybiórcze deficyty rozwoju i zaburzenia zachowania. Konieczne staje się poszerzenie centrów rehabilitacji – ośrodków wczesnej interwencji, ponieważ wczesna stymulacja rozwoju może w znaczący sposób zmniejszyć następstwa tych zaburzeń. Stałej stymulacji rozwoju wymagają również dzieci urodzone z obciążeniem ciążowo-okołoporodowym, wadami rozwojowymi, chorobami uwarunkowanymi genetycznie. Dlatego należy też poprawić dostęp do badań genetycznych (poradni genetycznych), ponieważ szybkie rozpoznanie i zastosowanie właściwego dla danej choroby leczenia może w istotny sposób zmniejszyć objawy choroby. Neurolodzy używają powiedzenia „czas to mózg", które staje się ważne w szybkiej diagnostyce u dzieci, w tym również udarów mózgu. Dane pokazują, że u dzieci opóźnienie rozpoznania udaru mózgu wynosi ok. 20 godz., co uniemożliwia zastosowanie nowych metod leczenia, jakimi są tromboliza i trombektomia. Z tego względu konieczna jest poprawa wiedzy – wśród lekarzy rodzinnych, pediatrów, a także w społeczeństwie – odnośnie udarów mózgu w grupie najmłodszych pacjentów.

Czas ma ogromne znaczenie również w rozpoznawaniu chorób rzadkich (znanych jest ok. 8 tys. chorób rzadkich, 2–3 mln chorych w Polsce) – w wielu przypadkach szybka diagnoza umożliwia zastosowanie właściwego leczenia. Jednak nie w każdym przypadku jest ono w Polsce dostępne i ta sytuacja wymaga poprawy. W ostatnich miesiącach dokonał się ogromny postęp w leczeniu rdzeniowego zaniku mięśni (SMA) – coraz więcej ośrodków neurologii dziecięcej w Polsce stosuje nowoczesne leczenie Spinrazą.

Istnieje też potrzeba wprowadzenia refundacji leków nowej generacji zarejestrowanych w Europie i stosowanych w leczeniu padaczki, co może przynieść znaczne oszczędności kosztów leczenia oraz zmniejszyć koszty społeczne.

Prof. Agnieszka Słowik, oceniając możliwości leczenia neurologicznego z perspektywy krajowego nadzoru specjalistycznego, podkreśliła: „Dla 45 tys. polskich pacjentów ze stwardnieniem rozsianym są dostępne i refundowane wszystkie leki używane obecnie na świecie w leczeniu tej choroby. Od półtora roku dostępny jest także antysensowny nukleotyd Spinraza, który jest stosowany w leczeniu rdzeniowego zaniku mięśni".

Neurologia zawsze jest postrzegana jako dziedzina, w której stawiamy diagnozy, natomiast nie mamy możliwości terapii. W neurologii terapie są bardzo kosztowne. Te terapie, które mamy do dyspozycji, są w Polsce refundowane. W ramach programów terapeutycznych refundowana jest trombektomia mechaniczna w leczeniu ostrego udaru niedokrwiennego mózgu. Jest to znakomita możliwość terapii udaru, która u tych, którzy się do niej kwalifikują, powoduje, że udar cofa swoje objawy u jednej na 3 leczone osoby. Refundowana jest także toksyna botulinowa stosowana w Polsce w leczeniu dystonii ogniskowych, a także spastyczności kończyny górnej i dolnej po udarze mózgu. Skutkami udaru mózgu są niedowład i bardzo duże napięcie mięśni. Podanie toksyny botulinowej powoduje, że zmniejsza się napięcie, co umożliwia pacjentom rehabilitację. Refundowany jest program leczenia neurogennej nadreaktywności wypieracza pęcherza moczowego, a także immunoglobuliny (koszt jednego kilkudniowego kursu immunoglobulin wynosi 25 tys. zł, a są pacjenci, którzy muszą taki kurs odbywać co miesiąc, aby mogli się uczesać, chodzić czy pracować). W Polsce refundowane są też bardzo zaawansowane terapie choroby Parkinsona. Dla 45 tys. pacjentów ze stwardnieniem rozsianym w naszym kraju dostępne i refundowane są wszystkie leki stosowane obecnie na świecie. Od półtora roku dostępny jest także i stosowany antysensowy nukleotyd Spinraza, który jest wykorzystywany w leczeniu rdzeniowego zaniku mięśni.

Nie wszystkie nowoczesne terapie w neurologii są refundowane, np. dotyczy to fremanezumabu lub erenumabu (przeciwciała monoklonalne, które stosuje się w leczeniu przewlekłej migreny).

Terapie przyszłości będą terapiami indywidualnymi. W Polsce żyje 2 mln ludzi z chorobami rzadkimi, a wśród chorób rzadkich, aż 70 proc. to choroby neurologiczne. Dlatego pracuje się nad nowymi terapiami, m.in. neuroregeneracyjnymi, genowymi, neuroprotekcyjnymi oraz rehabilitacją ze wsparciem robotyki.

Prof. Anna Członkowska podczas swojego wystąpienia wskazała, że niemal w całej Europie, także w Polsce, znacznie poprawił się standard leczenia i rehabilitacji chorych z udarem mózgu.

Udar mózgu według danych Światowej Organizacji Zdrowia jest drugą przyczyną zgonu oraz główną przyczyną trwałej niepełnosprawności wśród osób dorosłych. W Polsce w 2018 r. na pierwszy udar niedokrwienny zachorowało 50 402 osób, na udar krwotoczny – 7468, a na krwotok podpajęczynówkowy – 2670. Spośród tych pacjentów wielu dozna powtórnego udaru.

W ciągu ostatnich 25 lat, tj. od czasu opublikowania przez Światową Organizację Zdrowia pierwszej deklaracji helsinborskiej, w niemal całej Europie (również w Polsce) znacznie poprawił się standard leczenia i rehabilitacji chorych z udarem mózgu. Mimo to eksperci Europejskiej Organizacji Udarowej i Europejskiego Stowarzyszenia Pacjentów z Udarem w dokumencie: *Action Plan for Stroke in Europe* [1] zwracają uwagę na duże różnice pomiędzy krajami w dostępności do leczenia na oddziałach udarowych, nowoczesnego leczenia trombolitycznego lub wewnątrznaczyniowego i do wczesnej rehabilitacji. Podkreślają też konieczność zintensyfikowania działań zmierzających do obniżenia zapadalności zarówno na pierwszy, jak i powtórny udar.

W opublikowanym niedawno opracowaniu *Wytyczne postępowania w udarze mózgu*, przygotowanym przez Sekcję Chorób Naczyniowych Polskiego Towarzystwa Neurologicznego [2], zawarte są aktualne zasady dotyczące: organizacji opieki nad chorymi, leczenia w ostrej fazie, profilaktyki wtórnej i rehabilitacji. Wytyczne – przygotowane przez grono naukowców zajmujących się udarem – są

ważnym dokumentem nie tylko dla lekarzy, lecz także dla Narodowego Funduszu Zdrowia.

Piśmiennictwo:

1. Norrving B. i in. Eur Stroke J, 2018.
2. Wytyczne postępowania w udarze mózgu. Pol Prze Neurol, 2019; 15 (supl. A): A1–A156; https://neuroedu.pl/lekarze/rekomendacje2/wytyczne_postepowania_w_udarze_mozgu_suplement_a_2019 [dostęp: 15.01.2020].

Prof. Konrad Rejdak ocenił: „W ostatnich latach dokonał się olbrzymi postęp w zakresie diagnostyki i leczenia wielu chorób układu nerwowego, co znacząco przyczynia się do poprawy jakości życia, a także lepszego funkcjonowania pacjentów. Z dobrodziejstwa tego postępu mogą korzystać również pacjenci w Polsce".

W związku z postępem w zakresie diagnostyki i leczenia wielu chorób układu nerwowego pojawiają się jednak liczne wyzwania dla systemu opieki medycznej, a w szczególności w dziedzinie neurologii. Badania epidemiologiczne wskazują, że będzie przyrastała liczba pacjentów z chorobami neurologicznymi, przede wszystkim neurozwyrodnieniowymi, ale również z udarami mózgu i innymi schorzeniami populacyjnymi. Poza tym poprawia się jakość i czułość diagnostyki wielu chorób, które do tej pory rozpoznawane były na późnych etapach (np. stwardnienie rozsiane) lub uznawane były za rzadkie. W związku z precyzją narzędzi diagnostycznych zmieniają się kryteria diagnostyczne, które pozwalają znacznie wcześniej postawić rozpoznanie i zakwalifikowanie pacjentów do leczenia.

Tak więc jako społeczeństwo będziemy musieli zderzyć się z problemem wysokich kosztów bezpośrednich i pośrednich chorób neurologicznych, które już znacząco przewyższają choroby kardiologiczne i onkologiczne ujęte łącznie. Z każdym rokiem przybywa obowiązków, które wchodzą w zakres specjalizacji neurologicznej, a nie ulegają zmianie: liczba pracowników i ilość środków przeznaczanych na wykonywanie tych zadań. Dotyczy to rozliczeń procedur wewnątrzszpitalnych, kosztów pracowniczych i wyceny porad ambulatoryjnych. Cieszy natomiast fakt, że rosną nakłady na leki w programach lekowych, ale zapomniano o ludziach, którzy muszą wykonać tę dodatkową pracę. Choroby mózgu powinny stanowić główne wyzwanie w strategii zdrowotnej rządu na najbliższe lata, ponieważ jedna na cztery osoby zostanie w mniejszym lub większym stopniu dotknięta przez problem neurologiczny.

Polskie Towarzystwo Neurologiczne sformułowało szereg postulatów – wskazało najbardziej palące problemy w zakresie opieki neurologicznej.

Prof. Jacek M. Witkowski zaznaczył, że z immunologią – prawidłową bądź nieprawidłową – mamy do czynienia zawsze, z wyjątkiem części chorób uwarunkowanych genetycznie. „Infekcja, przewlekła choroba zapalna, uraz czy nowotwór to choroby, w których istotną rolę odgrywa układ immunologiczny. Niestety, wiedza z tego zakresu jest niedoceniana, także wśród lekarzy. Na świecie następuje bardzo szybki rozwój wiedzy w tym zakresie, w Polsce mamy pewne opóźnienia, bowiem badania immunologiczne (badania podstawowe, jak też wdrożenia) są bardzo drogie".

Jeśli chodzi o zachorowania o podłożu immunologicznym, tak jak pierwotne czy wtórne niedobory odporności, należą do nich wszelkie choroby z nadwrażliwości, alergie, choroby autoimmunologiczne czy przewlekłe choroby zapalne, np. cukrzyca typu 2, reumatoidalne zapalenie stawów. Chorób tego typu pojawia się coraz więcej. Wynika to częściowo z rozwijającej się diagnostyki, ale również z tego, co dzieje się ze środowiskiem naturalnym. Na pewno ma na to wpływ nasza dieta i związana z nią plaga otyłości oraz relacja między bakteriami w jelitach a naszą immunologią. W immunologii stosuje się dwie przeciwstawne metody. Jedna z nich to próba wyhamowania nadmiernej odporności – zaliczają się do niej choroby autoimmunizacyjne, na przykład cukrzyca typu 1, przy której próbujemy wyhodować od pacjenta jego własne komórki supresyjne, hamujące jego własną od-

porność, co jest skuteczne. Z drugiej strony mamy to, co było uhonorowane w zeszłym roku Nagrodą Nobla, czyli immunoterapię nowotworów, w której chcemy zatrzymać to hamowanie i doprowadzić do tego, żeby układ odpornościowy pacjenta sam zaatakował i zwalczył nowotwór. Jest to najbardziej optymalna sytuacja. Obie te terapie są nowe i kosztowne, obie są też skuteczne na krótką metę. Czy pozwolą wyleczyć pacjenta, niezależnie od kosztów, tego nie wiemy. Ingerujemy bardzo poważnie w procesy odpornościowe. Jeżeli chodzi o nasze własne badania, zajmujemy się relacjami między układem odpornościowym a starzeniem i towarzyszącymi mu chorobami, takimi jak reumatoidalne zapalenie stawów czy też choroba Alzheimera, której wszyscy w pewnym wieku zaczynamy się bać. W chorobie reumatoidalnej stosowane są przeciwciała czy też tak zwane rozpuszczalne receptory, czyli białka, które wyłapują białka prozapalne powodujące bądź nasilające chorobę. Udało się nam jakiś czas temu wykazać, którzy pacjenci będą odpowiadali na bardzo kosztowną terapię biologiczną. Niestety ciągle, mimo że mamy na to patent, nie udało się nam tego wdrożyć z powodów organizacyjnych. Obecnie uważa się, że choroba Alzheimera ma, być może, podłoże infekcyjne, nawet multiinfekcyjne. Z drugiej strony immunologia i cała medycyna boryka się z medycyną alternatywną i ruchami antyszczepionkowymi. Jeśli przychodzą do mnie pacjenci w tak zwanym wieku podeszłym, czyli 65+, i pytają, czy mają się szczepić, „bo przecież w ich przypadku szczepionki są nieskuteczne", to odpowiadam, że jest to nieprawda. Są już szczepionki na grypę, na półpasiec, na inne choroby, dostosowane do osób w wieku podeszłym i tak samo skuteczne jak szczepionki wobec tego samego patogenu u ludzi młodych. Jest zdecydowanie za mało specjalistów immunologów i diagnostów immunologicznych. Relacja tychże specjalistów z innymi dyscyplinami klinicznymi nie jest do końca idealna. Kolejnym utrudnieniem jest brak standaryzacji oraz pieniędzy, a także kwestia podejścia do całościowego problemu, który stanowi medycyna praktyczna.

Dr hab. Jolanta Sykut-Cegielska, prof. IMiD, reprezentująca krajowy nadzór specjalistyczny w dziedzinie pediatrii metabolicznej, skupiła się na problemie chorób rzadkich na przykładzie wrodzonych wad metabolizmu. W swoim wystąpieniu zaznaczyła: „W Polsce, co nie jest sytuacją częstą w Europie i na świecie, mamy program rozszerzonych badań przesiewowych noworodków – nie tylko wykrywamy chorobę w okresie przedobjawowym, lecz także przeprowadzamy obserwacyjne badania monitorujące przebieg tej choroby do końca pierwszego roku życia. Rewolucją w leczeniu jest możliwość terapii genowej, która w tym roku okazała się dostępna w Polsce".

Skupię się na zdrowiu Polaków z wrodzonymi wadami metabolizmu, które są chorobami rzadkimi, oraz na sukcesach i porażkach w tej dziedzinie. W aktualnym narodowym planie zdrowia nie ma terminu „choroba rzadka". To oznacza, że choroby te nadal pozostają niezauważone, podobnie jak pacjenci, którzy na nie cierpią. Chociaż to zaczyna się zmieniać. Pierwszy krok został już zrobiony – było nim wyodrębnienie 5 lat temu pediatrii metabolicznej jako specjalizacji modułowej po pediatrii. Specjalizacja z dziedziny pediatrii metabolicznej jest specjalizacją identyfikowaną i zalecaną przez Europejską Akademię Pediatrii. Aktualnie mamy 23 specjalistów w tej dziedzinie. Sukcesem jest na pewno lepsza diagnostyka wrodzonych wad metabolizmu, dzięki tej edukacji. Drugi krok to działania – projekt europejski „Choroby genetycznie uwarunkowane – edukacja i diagnostyka", którego celem jest opracowanie i wdrożenie w Polsce bardzo nowoczesnych, często innowacyjnych procedur diagnostycznych oraz programów edukacyjnych. W dziedzinie pediatrii metabolicznej mamy takie programy dla lekarzy rodzinnych, dla lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej, pediatrów ogólnych, również dla lekarzy dorosłych pacjentów.

Problemem obecnie jest brak ośrodków dla dorosłych pacjentów z wrodzonymi wadami metabolizmu. Dopóki pacjent jest w wieku rozwojowym, ma swojego lekarza specjalistę, natomiast gdy kończy 18 lat, nie ma ośrodka, do którego możemy go

przekazać, zarówno w celu kontynuacji leczenia, jak i przeprowadzenia diagnostyki w przypadkach, gdy rzadkie wady metabolizmu ujawniają się dopiero w wieku dorosłym. Często dotyczą one osób z ciężkimi wielonarządowymi zaburzeniami, które bezskutecznie poszukują przyczyny swojego schorzenia. Mówi się wręcz o odysei diagnostycznej. Sukcesem w obszarze medycyny metabolicznej jest wykrywanie obecnie 26 różnych wrodzonych wad metabolizmu w ramach ogólnopolskiego (w całości finansowanego przez Ministerstwo Zdrowia) programu badań przesiewowych noworodków, ale tu mogę powiedzieć o porażce, którą jest fakt, iż mamy coraz częściej odmawiają pobrania badania przesiewowego, nie mając świadomości, jak ryzykują, bo może się okazać, że u ich dziecka później podstępnie rozwinie się wrodzona wada metabolizmu i będzie za późno, żeby ją leczyć. Sukcesem na pewno jest to, że w Polsce (co nie jest sytuacją częstą w Europie i na świecie) mamy program rozszerzonych badań przesiewowych noworodków, co oznacza, że nie tylko wykrywamy chorobę w okresie przedobjawowym, ale również monitorowanie jej przebiegu (przynajmniej do końca okresu niemowlęcego) jest finansowane ze środków MZ. Koordynatorem krajowym programu badań przesiewowych noworodków jest Instytut Matki i Dziecka i sam wykonuje badania przesiewowe dla ponad 40 proc. populacji noworodków. Wprowadzono metody, które aktualnie pozwalają rozpoznać 29 różnych chorób, w tym 26 z tych chorób to są wrodzone wady metabolizmu. Z ostatnich szacunków wynika, że częstość wrodzonych wad metabolizmu w populacji polskiej to 1/5000 urodzeń, to jest wyższa częstość niż samej fenyloketonurii, której częstość występowania wynosi 1/7000 urodzeń – do tej pory uznawanej za najczęstszą wrodzoną wadę metabolizmu. Kończąc temat badań przesiewowych noworodków, ośmielam się powiedzieć, że w kontekście tego przesiewu medycyna zmieniła oblicze, bo w przeszłości była bardziej medycyną naprawczą, a teraz jest medycyną zapobiegającą. Najpierw były objawy, które trzeba było odpowiednio przyporządkować do choroby, czasami już powikłania tych chorób, a wtedy opóźnione leczenie powodowało rokowanie w takiej sytuacji ostrożne, często niepewne, w związku z obecnymi już czasem nieodwracalnymi powikłaniami. Przesiew noworodkowy, polegający na przedobjawowej identyfikacji chorób, jest to profilaktyka drugiej fazy i rokowanie wówczas jest dobre, ale pod warunkiem że są przestrzegane zalecenia leczenia i monitorowania. Po to, aby te zalecenia były przestrzegane, musi być dobra kadra i doświadczeni specjaliści. Czy lepiej potrafimy leczyć pacjentów z wrodzonymi wadami metabolizmu? Tak, mamy szereg preparatów, na przykład środków spożywczych specjalnego przeznaczenia medycznego, których jest coraz większy wybór. To są drogie preparaty, ale pacjenci z wrodzonymi wadami metabolizmu często wymagają specjalnej diety, jak również rekomendacji ze strony dietetyków doświadczonych w prowadzeniu tych pacjentów. Kompletną rewolucją w leczeniu jest możliwość terapii genowej, która w tym roku jest już dostępna w Polsce. Autorami sukcesu są prof. Krzysztof Bankiewicz z Kalifornii i prof. Mirosław Ząbek z Interwencyjnego Centrum Neuroterapii w Warszawie. Pierwsi pacjenci poddani skutecznej terapii genowej w Polsce to byli nasi pacjenci – dwoje dzieci z rozpoznaniem ultrarzadkiego zaburzenia neurotransmisji.

Porażką jest brak ośrodków referencyjnych, szczególnie dla dorosłych pacjentów z wrodzonymi wadami metabolizmu, którzy powinni być otoczeni kompleksową opieką, często wielospecjalistyczną. Porażkę stanowi także niedostateczne finansowanie leczenia, przykładem jest chociażby uruchomienie programu lekowego dla choroby Fabry'ego dopiero po 10 latach walki, tj. starań pacjentów i lekarzy. Mimo że są już znane dwa leki enzymatyczne i czaperon farmakologiczny, to leczenie było niedostępne. Wiele leków sierocych nie jest refundowanych, są leki zarejestrowane, ale niedostępne ze względu na wysoką cenę. Podobnie z terapiami enzymatycznymi – dla wielu są programy lekowe, refundowane dla pacjentów, ale nadal są nowe terapie, które są niedostępne. W porównaniu z większością krajów europejskich w Polsce jest najniższa refundacja leków sierocych. Z perspektywy pacjenta i klinicysty dostępność do leków sierocych powinna się jak najszybciej poprawić. Szansą na poprawę zdrowia Polaków z rzadkimi chorobami jest strategia narodowa, co jest zgodne z zaleceniami europejskimi sprzed 10 lat. W Narodowym Planie dla Chorób Rzadkich, opracowywanym przez lata przez wiele osób, ujęte są wszystkie aspekty kompleksowej i wielospecjalistycznej opieki nad pacjentami z chorobami rzadkimi. Jednak do tej pory plan ten nie został przyjęty.

Prof. Krzysztof Czajkowski, odnosząc się do postępu w położnictwie i ginekologii z punktu widzenia krajowego nadzoru specjalistycznego, podkreślił, że śmiertelność okołoporodowa w Polsce powoli się zmniejsza. Polska plasuje się w 1/3 krajów europejskich z pozytywnym (niskim) wynikiem śmiertelności. W 2018 r. śmiertelność wynosiła 4,3/1000 urodzeń i była niższa niż w latach poprzednich. Dzietność wzrosła z około 1,2 do 1,4.

Utrzymywanie ośrodków, w których odbywa się poniżej 600 porodów rocznie, z ekonomicznego punktu widzenia jest bezzasadne. Obecnie trwają prace, aby wspólnie z NFZ określić liczbę szpitali, w których jest poniżej 400 porodów rocznie, jednocześnie wyznaczając granicę 40 km jako największą odległość, którą musi pokonać pacjentka, żeby trafić na oddział położniczy. Okazuje się, że w Polsce jest około 80 ośrodków znajdujących się w odległości 10, 15, 20 km od innych szpitali. Z ekonomicznego, jak i organizacyjnego punktu widzenia nie mają one racji bytu.

Prof. Ewa Helwich, odnosząc się do neonatologii z perspektywy krajowego nadzoru specjalistycznego, podkreśliła, że przy niewielkim przyroście demograficznym można zauważyć jednoczesny spadek umieralności noworodków i niemowląt.

Wskaźnik umieralności niemowląt mówi o jakości opieki w danym kraju. Najistotniejszy spadek umieralności niemowląt odnotowano na przełomie XX i XXI w., co wiązało się ze zmianą organizacji opieki okołoporodowej na system trójstopniowy. Trójstopniowy system zapewnia odpowiednie usystematyzowanie zadań szpitali, aby zapewnić jak najlepszą opiekę perinatalną. W przypadku ciąży zagrożonej bądź ryzyka porodu przedwczesnego kobieta jest kierowana do ośrodka o najwyższym, trzecim stopniu referencji, gdzie noworodek ma zapewnione odpowiednie leczenie przez najbardziej doświadczony personel medyczny, dysponujący odpowiednią aparaturą i zapleczem medycznym.

Prof. Mieczysław Walczak, zabierając głos jako osoba reprezentująca krajowy nadzór specjalistyczny, powiedział: „Endokrynologia i diabetologia dziecięca jest specjalizacją stosunkowo nową, wyłonioną z endokrynologii i diabetologii w 2013 r. Zapotrzebowanie na konsultacje u specjalistów w tym zakresie, a obecnie mamy ich w Polsce 115, jest ogromne".

Kolejki do dziecięcej poradni endokrynologii sięgają wielu miesięcy, nawet do roku i więcej. Wynika to z faktu, że duża liczba dzieci jest kierowana przez lekarzy POZ nie zawsze potrzebnie. Nagminnie z powodu podwyższonego stężenia TSH, co może świadczyć o niedoczynności tarczycy. Tymczasem dzieci nie potrzebują bezpośrednio porady endokrynologa i diabetologa dziecięcego, wystarczy przeprowadzić u nich badanie pozostałych hormonów tarczycy. Jeśli ich wyniki są prawidłowe, powinny być obserwowane przez lekarzy pediatrów. Lekarze POZ mogliby też przejąć „ustawionych" przez specjalistów w poradniach pacjentów z niedoczynnością tarczycy. Podobną sytuację mamy w przypadku otyłości. Brakuje kompleksowej opieki ze strony różnych specjalistów, brakuje na tyle dobrego finansowania, aby była również możliwość porady psychologa czy dietetyka. Bez zaangażowania tych specjalistów – mimo wielu podejmowanych działań – trudno dać sobie radę z tym problemem.

Jako pierwsi na świecie wprowadziliśmy w diagnostyce pacjentów niskorosłych, przed leczeniem, obrazowanie ośrodkowego układu nerwowego. Nie wszyscy uznawali to za uzasadnione. Jak się jednak okazało, w każdym polskim ośrodku zajmującym się leczeniem tego problemu jest po kilku, kilkunastu pacjentów, u których przyczyną niskorosłości jest proces nowotworowy. Gdybyśmy w ich przypadku wprowadzili leczenie, choroba zaostrzyłaby się.

Na spotkaniach neonatologicznych podkreślamy, że jeżeli noworodek, niemowlę „leje się" przez

ręce z powodu wiotkości, to należy się zastanowić nad rzadkimi przyczynami (np. nad wrodzonymi błędami metabolizmu czy zespołem Pradera–Williego). W takich przypadkach należy przeprowadzić konsultację genetyczną albo zrobić badanie w kierunku zespołu Pradera-Williego. Leczenie u takich pacjentów rozpoczynamy około 1. roku życia. A według norm europejskich można je rozpocząć już około 6. miesiąca życia.

Kanony leczenia zmieniają się. Przed kilkunastu laty mówiło się na przykład, że dziewczęta z zespołem Turnera są upośledzone intelektualnie. Po wprowadzeniu leczenia hormonem wzrostu, kiedy pacjentki bardzo dobrze czuły się w grupach rówieśniczych, stwierdzono, że dziewczęta są prawidłowo rozwinięte intelektualnie. Obecnie przyjmuje się, że upośledzenie rozwoju intelektualnego, i to w stopniu łagodnym, dotyczy tylko 1/3 pacjentów z zespołem Pradera–Williego. Ucząc studentów medycyny i lekarzy, nie będziemy mogli zatem powiedzieć, że zespół Pradera–Williego jest zespołem przebiegającym z upośledzeniem umysłowym. Polska jest pierwszym krajem, w którym istnieje finansowanie obligatoryjne w przypadku leczenia osób dorosłych, a także tych, które były leczone w wieku młodzieńczym. Co również istotne, udało się nam poszerzyć program leczenia przedwczesnego pokwitania.

Diabetologia to, oprócz otyłości, niedoczynności tarczycy, niskorosłości, wysokorosłości, olbrzymi problem. Polska należy do krajów, w których przyrost zachorowań jest jednym z największych na świecie. Jeszcze niedawno pisano, że częstość zachorowań na cukrzycę typu 1 u dzieci wzrasta około 5 proc. rocznie (w grupach najmłodszych dzieci ok. 7 proc.). Badania wskazują, że dzieci chorujących jest coraz więcej i są to dzieci coraz młodsze. W związku z tym nacisk na wczesne rozpoznawanie, prawidłową opiekę nad tą grupą małych pacjentów powinien być ogromny. W Polsce mamy około 19 tys. dzieci chorych na cukrzycę. Z cukrzycą wiąże się kwestia edukacji. W Polsce prowadzone są prelekcje na temat tej choroby dla nauczycieli wszystkich szkół finansowane przez Ministerstwo Zdrowia. W tej chwili nauczyciele nie obawiają się już w klasie dziecka z cukrzycą. Dzięki naszym staraniom w zeszłym roku minister Ł. Szumowski podpisał dokumenty dotyczące refundacji systemu ciągłego monitorowania glikemii, a w tym roku pan minister Miłkowski, któremu chciałbym serdecznie podziękować, dokumenty dotyczące monitorowania glikemii metodą *flash*. Są to najnowsze metody monitorowania glikemii, a Polska jest pierwszym krajem, w którym dzieci i młodzież są objęte takim monitorowaniem. Wszystko ma jednak swoje blaski i cienie. Udało się nam wspólnie doprowadzić do refundacji nowych metod monitorowania cukrzycy, mamy nowoczesne insuliny, ale przed kilku laty wycofano się ze świadczeń odrębnych kontraktowanych w zakupie pomp insulinowych.

Polska jest jednym z krajów wiodących, jeżeli chodzi o możliwości próby leczenia cukrzycy w zakresie terapii komórkowej, prowadząc immunomodulację.

Dr n. med. Marek Migdał w imieniu środowiska pediatrycznego powiedział: „Powinniśmy walczyć o poszerzenie finansowania badań genetycznych i obrazowych u dzieci".

Problem chorób rzadkich polega na tym, że dostępne leki są w praktyce niedostępne dla pacjentów ze względu na cenę. Jako środowisko pediatryczne powinniśmy walczyć także o dostępność badań genetycznych. Mówię to jako dyrektor szpitala, który płaci miliony złotych za diagnostykę genetyczną z tzw. ryczałtu. Pomimo aspektów merytorycznych, tego że sekwencjonowanie nowej generacji przyspiesza diagnozę, umożliwia wcześniejsze rozpoczęcie leczenia, to w pediatrii żadna procedura nie jest refundowana, jeżeli dziecko jest hospitalizowane. Wszystkie badania genetyczne wykonujemy na koszt instytucji. Jest opcja uzyskania refundacji w zależności od tego, czy jest to porada związana z chorobą nowotworową, czy nienowotworową. Refundację rzędu kilkuset złotych można uzyskać, jeżeli jest to porada w poradni genetycznej. Ta kwota pokrywa tylko część kosztów sekwencjonowania. Kolejny problem – dostępność badań obrazowych. Od 1 kwietnia 2019 r. obowiązuje nielimitowane świadczenie: diagnostyka obrazowa, tomografia komputerowa i rezonans magnetyczny, ale tylko w warunkach ambulatoryjnych. Jeżeli dziecko leży w szpitalu,

badania te muszą być pokrywane z ryczałtu szpitala. Tymczasem bez nowoczesnej diagnostyki, bez badań genetycznych, nie można mówić o nowoczesnej neurologii dziecięcej.

Prof. Karina Jahnz-Różyk, reprezentując środowisko alergologiczne, zwróciła uwagę na realizowany od 2012 r. przez wyspecjalizowane ośrodki alergologiczne program lekowy „Leczenie ciężkiej astmy alergicznej IgE zależnej (ICD-10 J45) oraz ciężkiej astmy eozynofilowej (ICD-10 J82)", w ramach którego pacjenci są leczeni lekami biologicznymi.

W jej ocenie stan polskiej alergologii zabezpiecza realizację potrzeb polskich pacjentów, między innymi poprzez dostęp do innowacyjnych terapii, co oczywiście nie oznacza braku istnienia obszarów wymagających poprawy.

Wyspecjalizowane ośrodki alergologiczne od 2012 r. realizują program lekowy „Leczenie ciężkiej astmy alergicznej IgE zależnej (ICD-10 J45) oraz ciężkiej astmy eozynofilowej (ICD-10 J82)", w ramach którego pacjenci są leczeni lekami biologicznymi – aktualnie (stan na grudzień 2019 r.) omalizumabem, mepolizumabem i benralizumabem. Liczba pacjentów leczonych w programie w 2019 r. wyniosła 811, a dla porównania w 2013 r. – 242.

Od 1 stycznia 2020 r. planowana jest ważna zmiana w zapisach programu umożliwiająca leczenie omalizumabem dzieci w wieku od 6. do 11. roku życia.

Istotnym postępem w terapii chorób alergicznych jest wprowadzenie przez ministra zdrowia nowego programu lekowego „Leczenie przewlekłej pokrzywki spontanicznej omalizumabem (ICD-10 L50.1)".

Liczba alergologów wykonujących zawód wynosi 1387 (0,82 proc. wszystkich lekarzy). Od 2015 r. do końca 2019 zaobserwowano wzrost liczby alergologów o 220.

Alergolodzy zajmują się chorobami z wielu obszarów terapeutycznych, ale przede wszystkim tymi, które są przypisane lekarzom tej specjalności, wśród nich znajdują się:

- diagnostyka i leczenie nadwrażliwości na leki,
- wstrząs anafilaktyczny;
- obrzęki naczynioruchowe – diagnostyka i leczenie (ze szczególnym uwzględnieniem HAE – wrodzonych obrzęków naczynioruchowych),
- mastocytoza;
- diagnostyka i leczenie uczuleń na jady owadów błonkoskrzydłych;
- immunoterapia swoista w alergii wziewnej u pacjentów chorujących na alergiczny nieżyt nosa lub alergiczną astmę oskrzelową;
- eozynofilia i zespoły eozynofilowe.

Należy podkreślić, że większość problemów alergologicznych może być rozwiązywana w ramach AOS. W 2016 r. w zakresie alergologii wykazano 634 świadczeniodawców, którzy 533 088 pacjentom udzielili 1 923 288 porad, wykonano 492 888 testów alergologicznych. Koszt wszystkich świadczeń wyniósł 110 988 130,22 zł.

Dr hab. Agata Szkiełkowska, prof. IFPS, odnosząc się do sytuacji w foniatrii, podkreśliła: „Proces komunikacji we współczesnym społeczeństwie ma fundamentalne znaczenie dla pozyskiwania i przetwarzania informacji, ustanowienia i podtrzymania więzi międzyludzkich oraz zdolności właściwego postępowania w sytuacjach społecznych i zawodowych. Zaburzenia komunikacji międzyludzkiej to wielkie wyzwanie dla współczesnej medycyny".

Głos w pojęciu społecznym stanowi naturalny nośnik różnorodnych informacji i reakcji zachodzących pomiędzy nadawcą i odbiorcą, a tym samym jest najważniejszym elementem procesu komunikatywnego. Głos stanowi odzwierciedlenie intencji przekazów ustnych, emocji, warunków zdrowotnych i kompetencji językowych człowieka. Głos jest nośnikiem mowy oralnej umożliwiającym nie tylko wymianę informacji w społeczeństwie, ale dla wielu środowisk zawodowych ma

wymiar znacznie szerszy, stanowi bowiem narzędzie w ich codziennej pracy. Głos i jego właściwe brzmienie łączyliśmy dotąd zwykle z takimi zawodami jak śpiewacy, aktorzy, spikerzy, nauczyciele, prawnicy, dziennikarze czy politycy. Dzisiaj do tej grupy dołączyły inne grupy zawodowe, w których umiejętność komunikowania się z drugim człowiekiem jest miernikiem sukcesu i przydatności w danym zawodzie. Zawodowe zaburzenia głosu są często spotykane w codziennej praktyce lekarza foniatry i stanowią istotny problem medyczny oraz orzeczniczo-prawny. W związku z narastającym na przestrzeni ostatniej dekady wskaźnikiem zaburzeń głosu o typie zmian funkcjonalnych, nierzadko uwarunkowanych czynnikiem psychologicznym, tak częstym we współczesnym świecie, prognozuje się wzrost zaburzeń komunikacyjnych, w tym zawodowych, które zapewne będą stanowić wyzwanie dla współczesnej medycyny.

Dotychczasowy system opieki zdrowotnej nad osobami zawodowo pracującymi głosem – pomimo niewspółmiernie dużych nakładów finansowych państwa, dużego zaangażowania Instytutu Medycyny Pracy, specjalistów foniatrów oraz Zakładu Ubezpieczeń Społecznych – nie zabezpiecza skutecznie interesów tej grupy zawodowej i nadal generuje niekorzystny wynik ekonomiczny. Analiza problemu oraz doświadczenia kliniczne wskazują, że zapewnienie odpowiednich warunków pracy, ochrona przed ryzykiem zawodowym z jednoczesną współodpowiedzialnością nauczyciela za przestrzeganie higieny pracy głosem oraz aktywne współuczestnictwo pacjentów w procesie terapii i rehabilitacji mogą poprawić wynik zdrowotny, społeczny i ekonomiczny wynikający z ponoszonych nakładów na profilaktykę i leczenie zawodowych chorób narządu głosu.

Warunkiem systemowej opieki nad osobami pracującymi głosem powinna być prawidłowo zorganizowana profilaktyka oraz wprowadzenie nowoczesnych standardów diagnostyczno-terapeutycznych, które umożliwią pracę głosem do okresu emerytalnego.

Realizowane od prawie 20 lat na studiach pedagogicznych zajęcia z emisji głosu okazały się niewystarczającym przygotowaniem do pracy głosem. Jednocześnie obserwuje się niewielką skuteczność rocznych urlopów zdrowotnych bez prowadzonej równocześnie czynnej rehabilitacji głosu. Trwająca w tym zakresie dyskusja w kręgach medycznych jednoznacznie wskazuje na konieczność podjęcia następujących kroków: 1) należy rozpocząć budowanie świadomości społecznej w zakresie funkcji głosu i opieki nad nim od najmłodszych lat (przedszkola, szkoły, uczelnie, grupy zawodowe); 2) musi nastąpić zmiana w zakresie odpowiedzialności nauczyciela za głos jako narzędzia swojej pracy; 3) konieczne jest udokumentowanie przebiegu choroby i ujednolicenie zasad; 4) konieczne jest wprowadzenie zmian we wszystkich obszarach opieki nad nauczycielami: profilaktyki, diagnostyki i postępowania terapeutyczno-rehabilitacyjnego. Propozycje optymalizacji zostały opracowane przez przedstawicieli środowiska foniatrów polskich.

W dyskusji związanej z optymalizacją dotychczasowej opieki nad głosem konieczna jest współpraca wielu środowisk i instytucji, takich jak: Ministerstwo Zdrowia, Ministerstwo Edukacji Narodowej, Instytut Medycyny Pracy, konsultant krajowy i konsultanci wojewódzcy w dziedzinie audiologii i foniatrii, konsultant krajowy i konsultanci wojewódzcy w dziedzinie otorynolaryngologii, Polskie Towarzystwo Logopedyczne, Zakład Ubezpieczeń Społecznych, Związek Nauczycielstwa Polskiego.

Proponowane zmiany powinny zmierzać do wdrożenia ogólnopolskiego programu opieki nad osobami zawodowo posługującymi się głosem.

Korzyści z wdrożenia ogólnopolskiego programu opieki nad głosem:

- **medyczne**: zmniejszenie zachorowalności na choroby narządu głosu, zapobieganie wtórnym zmianom w obrębie narządu głosu wymagającym leczenia operacyjnego, zmniejszenie kolejek oczekujących pacjentów na leczenie,
- **społeczne**: poprawa kondycji głosowej nauczycieli w szeroko rozumianym procesie komunikacji międzyludzkiej, poprawa świadomości społecznej w zakresie zapobiegania chorobom narządu głosu, wyposażenie pacjentów pracujących głosem w narzędzia, które umożliwią dobrą kondycję głosową do wieku emerytalnego,
- **ekonomiczne**: zmniejszenie wydatków na leczenie chorób narządu głosu, ograniczenie kosztów w zakresie świadczeń rehabilitacyjnych, rentowych i orzeczniczych.

W każdym okresie naszego życia głos, słuch i mowa stanowią podstawę komunikacji międzyludzkiej i wpływają na różne obszary codziennego życia. Począwszy od wieku szkolnego, zaburzenia komunika-

cyjne są trudnym i ważnym problemem interdyscyplinarnym, który ma wpływ na szeroko rozumiany proces komunikowania się dzieci w środowisku szkolnym, osiągane wyniki dziecka w nauce, dojrzałość społeczną oraz czynniki adaptacyjne i zachowanie dziecka. Częstość zaburzeń głosu z tym związanych jest trudna do określenia, a różni autorzy szacują ją w granicach od 7 do 23 proc. Wielu autorów podnosi problem zaburzeń głosu jako ważną przyczynę różnego rodzaju niepowodzeń szkolnych, w tym również kontaktów z rówieśnikami. Dane epidemiologiczne dotyczące populacji polskich dzieci nie zostały dotąd opracowane.

W okresie dojrzałości głos dla wielu grup zawodowych stanowi narzędzie pracy i coraz częściej decyduje o statusie społeczno-zawodowym człowieka. W miarę starzenia się społeczeństwa rola komunikacji międzyludzkiej jest jeszcze bardziej znacząca, ponieważ umożliwia codzienną egzystencję seniorów i zapobiega izolacji społecznej, co przekłada się na jakość ich życia. W miarę osobniczego starzenia się jakość głosu i wydolność głosowa ludzi starszych ulegają pogorszeniu, co osłabia funkcjonowanie społeczne tych ludzi, często eliminuje z zawodów wymagających większej niż przeciętna wydolności głosowej (na przykład nauczycieli, wykładowców, mówców, polityków, aktorów). Istnieje zatem konieczność opracowania programu opieki i poprawy głosu ludzi starszych w oparciu o najskuteczniejsze metody stosowane w przypadku presbyfonii, czyli zaburzeń głosu wieku senioralnego. Brak świadomości społecznej i profesjonalnej dotyczącej upośledzenia zdolności komunikacji u osób starszych prowadzi do obniżenia wskaźników jakości życia oraz wymiernych strat ekonomicznych w polskiej gospodarce. Kierunki działań zmierzające do rozwiązania, a przynajmniej złagodzenia problemów w zakresie komunikacji międzyludzkiej w wieku senioralnym są więc nie tylko uzasadnione wymaganiami prawidłowej praktyki medycznej, lecz take pożądane ekonomicznie.

Polityka zdrowotna dotycząca komunikacji międzyludzkiej powinna określać profil działań zdrowotnych w różnych okresach życia i aktywności Polaków, a zatem zaczynać się w okresie przedszkolnym i kończyć programem dedykowanym seniorom. By osiągnąć ten cel, niezbędne są zmiany w świadomości społecznej, odejście od stereotypu akceptującego zaburzenia słuchu, głosu i mowy wieku podeszłego za objaw typowy i nieuleczalny. Działania edukacyjne powinny rozpocząć się już w okresie przedszkolnym, aby dokonały się zasadnicze zmiany w postawach prozdrowotnych kolejnych pokoleń.

Zagadnienie komunikacji międzyludzkiej w obliczu starzejącego się społeczeństwa wymaga opracowania ogólnopolskiego programu opieki na głosem, którego założenia programowe związane będą z następującymi działaniami w kolejnych latach:

- przeprowadzeniem ogólnopolskich badań epidemiologicznych głosu i mowy;
- budowaniem świadomości społecznej w zakresie komunikacji międzyludzkiej;
- przygotowaniem materiałów informacyjnych dotyczących higieny głosu i mowy;
- działaniami edukacyjnymi wśród osób wybierających zawody wymagające dobrej sprawności głosowej;
- opracowaniem programów profilaktycznych dla przedszkoli i szkół;
- poprawą dostępu do świadczeń medycznych w dziedzinie audiologii i foniatrii dla każdej grupy wiekowej (w tym seniorów, co wpisuje się w politykę opieki geriatrycznej).

Dr hab. Teresa Sierpińska, przypominając, że nasze społeczeństwo starzeje się, podkreśliła: „Osoby z nieuzupełnionymi brakami zębowymi są zagrożone licznymi chorobami. Niestety o tym się nie mówi. Powinniśmy zwrócić uwagę na to, że konsekwencją nieuzupełnionych braków zębowych mogą być: cukrzyca typu 2, choroba wrzodowa, nowotwory przewodu pokarmowego, przewlekłe choroby nerek, choroby układu sercowo-naczyniowego".

Społeczeństwo polskie się starzeje. Demografia wskazuje, iż ponad 20 proc. naszego społeczeństwa to osoby powyżej 65. roku życia. Aż 40 proc. tych osób nie posiada ani jednego zęba, czyli są to osoby bezzębne. Taka sytuacja jest wynikiem zaniedbań stomatologicznych, nieleczonej próchnicy

oraz nieleczonych chorób przyzębia. Osoby powyżej 65. roku życia, a zwłaszcza osoby bezzębne, są zagrożone obniżeniem jakości życia. W naszym społeczeństwie to blisko 5 mln osób, jest to więc ogromna liczba ludzi. Ich stan uzębienia utrudnia spożywanie pokarmów w towarzystwie oraz pogarsza estetykę twarzy. Mówimy tutaj o tak zwanej utracie funkcji fizycznych, ale też o utracie funkcji psychospołecznych z powodu braku uzębienia. Są to dane pochodzące tylko i wyłącznie z Narodowego Funduszu Zdrowia, więc prawdopodobnie tych osób jest znacznie więcej, ponieważ duża grupa pacjentów nie korzysta ze świadczeń proponowanych przez NFZ. Osoby z nieuzupełnionymi brakami zębowymi są zagrożone licznymi chorobami, o czym się niestety nie mówi. Powinniśmy zwrócić uwagę na to, że zarówno zachorowania na cukrzycę typu drugiego, jak i chorobę wrzodową czy też nowotwory przewodu pokarmowego, przewlekłe choroby nerek, ale też choroby układu sercowo-naczyniowego mogą być konsekwencją nieuzupełnionych braków zębowych. Utrata funkcji żucia albo jej istotne pogorszenie w dużym stopniu wpływa na nasze odżywianie się. W ten sposób odcinamy sobie podstawę naszej piramidy żywienia. Takie osoby odżywiają się bowiem niewłaściwie, gdyż sięgają po żywność wysoko przetworzoną. Z tego względu, że nie mogą gryźć, nie jedzą warzyw ani owoców, z tego też powodu zagrożenie chorobami, które zostały wcześniej wymienione, jest bardzo wysokie.

Narodowy Fundusz Zdrowia oferuje raz na 5 lat w celu poprawy funkcji żucia protezy całkowite, protezy częściowe przy braku powyżej pięciu zębów – a więc osoba, która utraciła pojedynczy ząb, na przykład siekacz centralny górny, nie może być zaopatrywana w ramach świadczeń NFZ. Takie uzupełnienia protetyczne poprawiają funkcję żucia zaledwie w 20–30 proc., a to oznacza, że pomimo posiadanej protezy nadal nie będziemy spożywać twardych pokarmów, nadal nie będziemy mieć w naszej diecie warzyw i owoców. W Polsce wykonujemy blisko 850 tys. protez rocznie, ale nie przeznaczamy na ten cel zbyt wielu środków. Na jedną protezę zębową, która służy pacjentowi 5 lat, przeznaczamy średnio 480 zł. Jest to stosunkowo mało, a gdy jeszcze zwrócimy uwagę na to, że jest duża różnica w refundacji pomiędzy poszczególnymi województwami – różnica wynosi nawet 20 groszy w wycenie 1 punktu – to rzeczywiście jest to naprawdę nie najlepszy wynik.

Jeszcze gorzej wygląda sytuacja, jeśli chodzi o pacjentów po leczeniu chirurgicznym z powodu chorób onkologicznych w obrębie twarzoczaszki. Od 15 lat jesteśmy w stanie zaoferować pacjentom dobrą operację, chemioterapię, w zasadzie wyleczyć ich z nowotworów, natomiast nie potrafimy zapewnić im odpowiedniej jakość życia. Ci pacjenci nie wracają w pełni do zdrowia i normalnego funkcjonowania w społeczeństwie, ponieważ ich wygląd jest niezadowalający. W innych państwach przeprowadza się zabiegi rekonstrukcyjne, wykonuje uzupełnienia protetyczne podparte na implantach, co zapewnia pacjentom znacznie lepszą funkcję żucia i rzeczywiście przywraca im funkcje społeczne. Ich jakość życia zdecydowanie się poprawia. Jesteśmy w stanie zapewnić tym pacjentom takie leczenie, ale nie da się tego zrobić bez jego sfinansowania. Dla pacjentów trafiających do nas, którzy są najczęściej dość ubodzy, refundacja uzupełnienia protetycznego opartego na implantach jest po prostu poza zasięgiem w sytuacji, kiedy oni tak naprawdę walczą o życie.

W kontekście nowoczesnych technologii i materiałów jako lekarze protetycy jesteśmy w stanie przywrócić pacjentowi naprawdę bardzo dobrą funkcję żucia i estetykę – bo aż blisko w 80–90 proc. – lecz niestety taka oferta jest możliwa tylko i wyłącznie wtedy, kiedy mamy odpowiednio zasobny portfel, a taka refundacja nie jest możliwa ze środków publicznych. Kształcimy lekarzy dentystów w dziedzinie protetyki stomatologicznej i musimy pamiętać o tym, że lekarze tak naprawdę nie są w stanie wykorzystać swoich umiejętności, by świadczyć pacjentom usługi na odpowiednim poziomie w ramach środków publicznych.

Koszyk świadczeń gwarantowanych w zakresie protetyki stomatologicznej jest bardzo ubogi i z pewnością to się nie poprawi. Chciałabym, abyśmy mogli chociaż pacjentom po operacjach chirurgicznych zapewnić lepsze życie, by w końcu ktoś zrozumiał, że ci pacjenci są naprawdę warci tego, by im pomóc przywrócić życie na odpowiednim poziomie. Proteza zębowa nie jest usługą pierwszej potrzeby, bo proteza nie ratuje życia. Tak naprawdę powinniśmy poprawić sytuację chociaż poprzez zrównoważenie finansowania, żeby było ono jednolite dla całego kraju z pożytkiem dla naszych pacjentów.

Prof. Renata Górska, reprezentująca krajowy nadzór specjalistyczny, przedstawiła m.in. dane epidemiologiczne dotyczące chorób przyzębia w różnych populacjach wiekowych: „Przeprowadzone na zlecenie Ministerstwa Zdrowia badania epidemiologiczne wśród dzieci i młodzieży w Polsce wykazały, że w wieku 12 lat zdrowe przyzębie stwierdzono jedynie u 47,3 proc. badanych, natomiast w grupie młodzieży 18-letniej zdrowe przyzębie miało 37,3 proc. pacjentów, a zaawansowana choroba przyzębia występowała już u 0,5 proc. młodzieży. W grupie dorosłych Polaków w wieku 35–44 lat zaledwie 1 proc. pacjentów posiada zdrowe przyzębie, a u ponad 16 proc. osób jest rozpoznawane zaawansowane zapalenie przyzębia. Rejestrowana dramatyczna sytuacja epidemiologiczna pogarsza się jeszcze bardziej wraz z wiekiem populacji. Zaawansowane zapalenie przyzębia jest szóstą najczęściej występującą chorobą na świecie i dotyczy 11,2 proc. ogółu populacji, co stanowi ok. 743 mln osób". Jednocześnie prof. R. Górska podkreśliła: „Wpływ patologii występujących w jamie ustnej – niezależnie czy dotyczy to tkanek twardych zębów, tkanek przyzębia czy zmian na błonie śluzowej jamy ustnej – na zdrowie ogólne powszechnie nie jest kwestionowany".

Choroby jamy ustnej stanowią obecnie w Polsce zarówno problem epidemiologiczny, jak i społeczny. Chorobę próchnicową twardych tkanek zębów oraz choroby dziąseł i przyzębia należy rozpatrywać w kategoriach chorób cywilizacyjnych.

Wśród chorób jamy ustnej próchnica zajmuje czołowe miejsce. W Polsce problem urósł do rangi epidemii, gdyż 99 proc. dorosłych i 98 proc. dzieci jest dotkniętych chorobą próchnicową zębów. Z badań Ministerstwa Zdrowia wynika, że jedynie 3 proc. osób w wieku 35–44 lat ma wszystkie zęby i tylko 6 proc. dorosłych zdrowe przyzębie. Polakom w wieku 19–34 lat brakuje średnio 4 zębów, a w wieku 35–44 lat – 8 zębów.

Dwunastolatki mają 4,4 zęba z próchnicą, podczas gdy w niektórych państwach europejskich wskaźnik ten wynosi zaledwie 0,3. Próchnicę zaawansowaną (zmiany rozległe, ponad 3 zęby próchnicze i zmiany powikłane) stwierdza się u ponad 60 proc. dzieci 12-letnich. Na choroby przyzębia choruje aż 95 proc. dorosłych powyżej 45. roku życia. Próchnica i jej następstwa są głównymi przyczynami wczesnej utraty uzębienia, a tym samym pogorszenia warunków spożywania pokarmów, co w dużym stopniu wpływa na ogólny stan zdrowia.

Stan zdrowia jamy ustnej polskich dzieci jest jednym z gorszych w Europie. Polska znajduje się na niechlubnej liście 15 państw o najwyższym na świecie wskaźniku zachorowań na próchnicę. W Europie gorzej jest tylko w dwóch krajach – Albanii i na Białorusi, gdzie u 5–6-latków występuje średnio 9 zębów z próchnicą.

Przeprowadzone badania epidemiologiczne wśród dzieci i młodzieży w Polsce na zlecenie Ministerstwa Zdrowia wykazały, że w wieku 12 lat zdrowe przyzębie stwierdzono jedynie u 47,3 proc. badanych, natomiast w grupie młodzieży 18-letniej zdrowe przyzębie miało 37,3 proc. pacjentów, a zaawansowana choroba przyzębia występowała już u 0,5 proc. młodzieży. W grupie dorosłych Polaków w wieku 35–44 lat zaledwie 1 proc. pacjentów posiada zdrowe przyzębie, a u ponad 16 proc. osób jest rozpoznawane zaawansowane zapalenie przyzębia. Rejestrowana dramatyczna sytuacja epidemiologiczna pogarsza się jeszcze bardziej wraz z wiekiem populacji. Zaawansowane zapalenie przyzębia jest szóstą najczęściej występującą chorobą na świecie i dotyczy 11,2 proc. ogółu populacji, co stanowi ok. 743 mln osób.

Całkowity koszt utraty wydajności spowodowanej ciężkim zapaleniem przyzębia szacuje się na 54 mld dol. rocznie, podczas gdy ogólny ekonomiczny wpływ chorób przyzębia stanowi istotny komponent, bezpośredni i pośredni, kosztów związanych z chorobami jamy ustnej, które w 2010 r. wynosiły 442 mld dol.

Jeśli chodzi o rejon głowy i szyi, to jama ustna pod względem częstości występowania nowotworów złośliwych w Polsce znajduje się na drugim miejscu po raku krtani. Według statystyk co roku nowotwory są rozpoznawane u ok. 10 mln ludzi, z czego nowotworów głowy i szyi (NGS) jest ok. 500 tys. Obserwowany jest wzrost zachorowalności ze względu na starzenie się społeczeństw

oraz postęp w leczeniu wielu chorób układowych. W Polsce co roku na NGS zapada ok. 5500 osób (co stanowi ok. 5 proc. wszystkich zachorowań), a umiera na nie ok. 3500. Główne czynniki ryzyka to palenie tytoniu, picie alkoholu oraz infekcja *Human Papillomavirus* (HPV). Przyczyniają się one do mutacji genu *p53* błony śluzowej jamy ustnej.

Wpływ patologii występujących w jamie ustnej – niezależnie czy dotyczy to tkanek twardych zębów, tkanek przyzębia czy zmian na błonie śluzowej jamy ustnej – na zdrowie ogólne powszechnie nie jest kwestionowany. Niestety nie zmienia to faktu, że w dalszym ciągu świadomość społeczeństwa, w tym także lekarzy, jest zbyt mała, jeśli chodzi o ten temat. Dlatego każda podejmowana inicjatywa jest niezwykle ważna, aby mówić o profilaktyce, wczesnym rozpoznawaniu chorób, a kiedy choroba występuje, podjąć leczenie. Bardzo ranią mnie dość częste opinie zasłyszane od lekarzy, a przekazywane przez pacjentów, że choroby przyzębia się nie leczy, bo kiedyś i tak pacjent zęby straci. Nie jest to prawdą, z pewnością było tak 30 i więcej lat temu. Współczesna periodontologia stwarza możliwości zatrzymania choroby w co najmniej 95 proc., daje także możliwości regeneracji tkanek przyzębia dzięki nowoczesnym technikom i materiałom. Zastosowanie regeneracji tkanek przyzębia stwarza możliwość odbudowy tkanek, chirurgia śluzówkowo-dziąsłowa przywraca estetykę, a leczenie interdyscyplinarne stwarza możliwość rekonstrukcji narządu żucia zarówno pod względem funkcji, jak i estetyki.

Nie wszystkie zabiegi są refundowane przez NFZ, ale podstawowe, które zapobiegają i zatrzymują postęp choroby, nie wymagają nakładów własnych. Pacjenci często o tym nie wiedzą i nie korzystają z tych możliwości. Oczywiście zawsze mogłoby być lepiej, myślę tu też o innych dziedzinach stomatologii: stomatologii zachowawczej z endodoncją, protetyce, ale mając świadomość ograniczonych funduszy w obliczu chorób nowotworowych czy sercowo-naczyniowych, stomatologia była i jest na drugim planie.

Ponownie więc wracam do tematu podejmowanych inicjatyw między innymi przez prof. H. Skarżyńskiego: „Po Pierwsze Zdrowie" czy „Zdrowie Polaków" 2019, i do tego, że zaprosił stomatologów do udziału w Kongresie oraz do współpracy w ramach programu „Po Pierwsze Zdrowie" – żebyśmy mówili jednym głosem. Przecież jama ustna jest integralną częścią organizmu ludzkiego i jej stan niewątpliwie wpływa na różne patologie, takie jak udar mózgu, choroby sercowo-naczyniowe, cukrzyca, poród przedwczesny, niska waga urodzeniowa, choroba Alzheimera czy Parkinsona.

Ostatnie badanie metaanalityczne wskazuje, że 3 miesiące po niechirurgicznym leczeniu periodontologicznym obserwowany jest istotny (średnio 0,48 proc.) spadek stężenia glikowanej hemoglobiny u pacjentów z cukrzycą. Badanie Jeffcoata i wsp. dowiodło, że leczenie periodontologiczne zmniejsza koszty leczenia cukrzycy typu 2 o 40 proc., a liczbę hospitalizacji w związku z jej powikłaniami o 39,4 proc., w odniesieniu do naczyniowych chorób mózgowych analogiczne spadki wynoszą: 40,9 proc. i 21,2 proc., a dla powikłań ciąży spadek kosztów leczenia może być mniejszy nawet o 73 proc.

W związku z mocnymi dowodami na związek zapalenia przyzębia z powstawaniem i przebiegiem klinicznym najczęstszych chorób ogólnych o wysokiej śmiertelności i wysokich kosztach leczenia należy zainteresować środowisko medyczne leczeniem periodontologicznym jako elementem ich profilaktyki i zmniejszenia kosztów ich leczenia.

Obecne działania lecznicze i profilaktyczne dotyczące jamy ustnej, prowadzone przez Narodowy Fundusz Zdrowia, nie są wystarczające. Konieczne wydaje się uruchomienie stomatologicznych programów profilaktyczno-leczniczych w polskich szkołach. Natomiast sposób refundacji świadczeń stomatologicznych przez NFZ (*fee for service*) powinien zostać zastąpiony opłatą ryczałtową za opiekę nad pacjentami, tak jak ma to miejsce w podstawowej opiece zdrowotnej. Utrzymanie punktowego rozliczenia w stomatologii może dotyczyć jedynie świadczeń wysoce specjalistycznych (chirurgia stomatologiczna, periodontologia, ortodoncja, protetyka).

Głównym przesłaniem kierowanym do społeczeństwa jest stwierdzenie, że utrata zębów, choroby przyzębia i choroba próchnicowa są prawie zawsze możliwe do uniknięcia, jeśli przestrzegamy zaleceń, które obejmują szczotkowanie zębów dwa razy dziennie, redukcję cukru w diecie, zaprzestanie palenia i regularne wizyty – dwa razy w roku – u lekarza dentysty. Zalecenia te nie tylko zapobiegną chorobom jamy ustnej, lecz także poprawią stan ogólny zdrowia, złagodzą też skutki ekonomiczne związane z leczeniem tych chorób.

Dr Maciej Nowak, przedstawiając dane epidemiologiczne dotyczące występowania próchnicy w Polsce, stwierdził: „Próchnica, obok chorób przyzębia, należy do najczęściej występujących chorób jamy ustnej. Możemy powiedzieć, że jest to choroba cywilizacyjna dotycząca twardych tkanek zębów".

Według Światowej Organizacji Zdrowia próchnica to umiejscowiony patologiczny proces zewnątrzpochodny, który prowadzi do odwapnienia oraz rozpadu twardych tkanek zęba. Podstawowe dane epidemiologiczne gromadzone przez Światową Organizację Zdrowia dotyczące próchnicy wskazują, że choroba ta dotyczy głównie kontynentów wysoko uprzemysłowionych. Podział występowania próchnicy u dzieci w polskich szkołach podstawowych ze względu na województwa przedstawia się następująco: najgorzej sytuacja prezentuje się w województwie opolskim – powodem może być to, iż jest to jedno z niewielu województw pozbawionych ośrodków akademickich. Nie mamy tutaj uczelni medycznej, więc nie mamy idącej za tym infrastruktury. Jesteśmy zdani w tym województwie w zasadzie na gabinety prywatne finansowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Z kolei najlepsza sytuacja obserwowana jest w województwie mazowieckim, gdzie posiadamy zarówno ośrodki akademickie, jak i wojskowe czy samorządowe.

Już w wieku 3 lat 46,2 proc. dzieci w Polsce ma próchnicę, ten sam problem dotyczy dzieci 5-letnich – 76 proc. U osób w wieku 35 do 44 lat problem ten występuje u 99,9 proc. Wśród osób w wieku 65 do 74 lat 43,9 proc. jest bezzębnych. W Europie jest to sytuacja niespotykana. Próchnica to nie tylko problem estetyki czy trudności z przyjmowaniem pokarmu, to także wzrost kosztów związanych z jej bezpośrednimi lub pośrednimi powikłaniami czy nieobecnością w pracy. Choroby towarzyszące, takie jak np. choroby nowotworowe, mogą skutkować śmiercią. Nie możemy rozpatrywać próchnicy jako choroby infekcyjnej i bakteryjnej. Jest to choroba złożona, choroba cywilizacyjna. Bakterie mają duży wpływ na jej rozwój, ale nie tylko – przede wszystkim powoduje ją dieta i zawarty w niej cukier. Cukier obecnie mamy wszędzie. Jeśli sprawdzamy skład produktów spożywczych, to widzimy, że pojawia się on w zasadzie w każdym z nich. Media najczęściej mówią, że cukier zawierają napoje słodzone, oczywiście jest go tam najwięcej, ale cukier można odnaleźć nawet w mrożonkach czy chlebie. Co przyczynia się do powstawania próchnicy? Z pewnością czas zalegania pokarmu, czyli tak naprawdę produkty, które jemy. Zabiegi higieniczne jamy ustnej, które są wykonywane lub nie bądź są wykonywane w sposób niedokładny i nieprawidłowy. Kolejnym czynnikiem przyczyniającym się do powstawania próchnicy są predyspozycje genetyczne, czyli coś, na co mamy mniejszy wpływ. Na końcu są oczywiście i występujące bakterie. Oczywiście możemy wyróżnić pewne czynniki ryzyka, np. niski status społeczno-ekonomiczny, złe nawyki higieniczne, niska świadomość zdrowotna, niski poziom fluoru w wodzie pitnej, ale też palenie tytoniu, nadużywanie alkoholu, nieprawidłowe nawyki żywieniowe.

W kontekście stanu zdrowia jamy ustnej mówi się coraz częściej o zmianie stylu życia. W nowej piramidzie żywienia WHO zmieniła się zdecydowanie podstawa tej piramidy, którą obecnie stanowi codzienna aktywność ruchowa. Nie chodzi tutaj o sporty wyczynowe, częste chodzenie do siłowni, przebiegnięcie maratonu, lecz o codzienne nawyki ruchowe. O to, by przejść się do sklepu, zamiast podjechać samochodem, by pojechać rowerem do pracy, zamiast jechać autobusem, wejść po schodach, zamiast skorzystać z windy. Następne piętro piramidy stanowi dieta warzywno-owocowa. Zaleca się ją w stosunku 3 do 1, czyli 3 porcje warzyw i jedna owoców – ze względu na zawarty w nich cukier. Produktów mącznych w naszej diecie ma się znaleźć mniej, tak samo jak nabiału, tłuszczu, powinniśmy też ograniczyć spożycie soli. WHO proponuje zastępowanie soli przyprawami smakowymi, ziołami suszonymi. Zalecane jest także większe spożycie wody, a także codzienny odpowiedni wypoczynek dla dzieci i młodzieży. U osób starszych bardzo ważna jest suplementacja witaminy D, zalecana przez WHO oraz Instytut Żywności i Żywienia szczególnie na naszej szerokości geograficznej.

Okazuje się, że w przypadku próchnicy nie poradzimy sobie, stosując tylko profesjonalną opiekę medyczną i zmianę nawyków u naszych potencjalnych pacjentów. Bardzo ważna w tym przypadku jest profilaktyka fluorowa. Niestety obok ruchu antyszczepionkowego w Polsce pojawił się ruch antyfluorowy. Fluoru w postaci pierwiastkowej nikt nie

widział, tak naprawdę jest to tak reaktywna substancja, że mówimy o jonach fluorowych. W pastach do zębów są one określane mianem PPM, czyli *part per milion* – milionowe stężenia jonów fluoru już niereaktywnego (w postaci związków). Gdyby fluor był aż tak szkodliwy, jak głoszą to jego przeciwnicy, to nie byłoby go w pryzmatach szkliwa, a on tam się znajduje i stabilizuje ich strukturę. Nie można mówić o profilaktyce próchnicy bez zmian nawyków społeczeństwa. Na próchnicę musimy patrzeć w kategorii chorób społecznych tak jak na choroby przyzębia, otyłość czy cukrzycę. Myślę, że być może przyszedł czas, żeby zmienić podejście Narodowego Funduszu Zdrowia do stomatologii. Odejść od kontraktowania na zasadzie *fee-for-service*, czyli opłata za konkretną, szczegółową procedurę. Być może należy przejść na ryczałt, tak jak to ma miejsce w podstawowej opiece zdrowotnej. To, co było dobre na samym początku tworzenia systemu ubezpieczeń zdrowotnych, nie musi takie być już w rozwiniętym systemie. Oczywiście świadczenia specjalistyczne z zakresu stomatologii powinny być kontraktowane oddzielnie, na innych zasadach.

Reasumując, obecnie w Polsce istnieją dwie stomatologie. Pierwsza – stomatologia gabinetów prywatnych dla ludzi, którzy są zamożni, oraz druga – stomatologia dla ludzi, którzy są bezzębni. Niektórzy po prostu nie mają środków na to, żeby chodzić do gabinetów prywatnych i taka sytuacja jest dramatyczna. Co można zrobić? Oczywiście wszyscy będą mówili o pieniądzach – czy na stomatologię znajdą się wreszcie pieniądze. Chciałbym zainteresować środowiska, które są decyzyjne, by rozpropagować to, że stomatologia to nie jest tylko estetyka, to nie jest tylko piękny uśmiech, że to nie jest dyscyplina paramedyczna. Jest to dyscyplina w pełni medyczna, gdzie poprzez nasze działania wpływamy nie tylko na jakość życia, lecz także na zdrowie ogólne. Jeżeli popatrzymy na leczenie stomatologiczne jako element właśnie takiego zachowania zdrowia ogólnego, to może uda się nam przekonać te środowiska, że jednak warto na stomatologię pieniądze wydawać. Jest to tańsze niż późniejsze leczenie następstw i powikłań, takich jak udary, ostre incydenty wieńcowe, cukrzyca, otyłość, niska waga urodzeniowa dzieci, choroba Alzhaimera, nowotwory. Jesteśmy dziś w stanie naukowo dowieść, że leczenie stomatologiczne ma wpływ na rozwój tych chorób. Moim zdaniem profilaktyka stomatologiczna to również profilaktyka wielu chorób układowych.

Prof. Tomasz Konopka apelował: „Należy zainteresować środowisko medyczne wpływem zapaleń przyzębia na choroby ogólnoustrojowe – mamy przecież dowody naukowe, które pokazują, że lecząc periodontologicznie pacjentów z innymi chorobami, obniżylibyśmy koszty leczenia tych chorób".

Ciężkie zapalenie przyzębia jest szóstą co do częstości występowania globalną chorobą ludzkości. Pod względem wpływu ciężkiego zapalenia przyzębia na wskaźnik lat życia skorygowanych niepełnosprawnością, pomiędzy rokiem 1990 a 2010 odnotowano wzrost o 11,3 proc. w odniesieniu do DALY per capita dla 100 tys. osób i był to jedyny istotny wzrost dla czterech rozpoznań stomatologicznych (pozostałe to nieleczona próchnica zębów stałych i mlecznych oraz ciężka utrata zębów) z pierwszej setki chorób mających wpływ na ten parametr. W 2010 roku ciężkie zapalenie przyzębia znajdowało się w tym rankingu na 77 miejscu i było to najwyższe miejsce wśród rozpoznań stomatologicznych. W XXI wieku obserwowany jest tylko nieznaczny spadek globalnej częstości występowania zapalenia przyzębia.

Nieleczone zapalenie przyzębia prowadzi do destrukcji aparatu zawieszeniowego zębów i jest to druga po próchnicy medyczna przyczyna ich utraty. Przewlekły i uogólniony stan zapalny w dobrze unaczynionym rejonie twarzoczaszki jest związany z powstawaniem i gorszym przebiegiem wielu chorób ogólnych. Najsilniejsze dowody na taką zależność dotyczą: z badań interwencyjnych (niezależny czynnik ryzyka) – z cukrzycą oraz niską masą urodzeniową noworodków; z badań kohortowych – z chorobami sercowo-naczyniowymi i ich punktami końcowymi w postaci zawału mięśnia sercowego i niedokrwiennego udaru mózgu, z wcześniactwem, preeklamsją, otyłością i zespołem metabolicznym oraz osteoporozą. Ostatnie badanie metaanalityczne wskazuje, że w trzecim miesiącu po niechirurgicznym leczeniu periodontologicznym obserwowany jest istotny (średnio 0,48 proc.) spadek stężenia glikowanej hemoglobiny u pacjentów z cukrzycą. Badanie Jeffcoata i wsp. dowiodły, że leczenie periodontologiczne

zmniejsza koszty leczenia cukrzycy typu 2 o 40 proc., a liczbę hospitalizacji w związku z jej powikłaniami o 39,4 proc., w odniesieniu do naczyniowych chorób mózgowych analogiczne spadki wynoszą 40,9 proc. i 21,2 proc., a dla powikłań ciąży koszty leczenia mogą być mniejsze nawet o 73 proc. W ostatnim okresie wiele badań dotyczyło związku zapalenia przyzębia z zaburzeniami poznawczymi i chorobą Alzheimera. Dotychczasowe wyniki badań kliniczno-kontrolnych oraz kohortowych w tym zakresie nie są jednoznaczne.

W związku z silnymi dowodami na związek zapalenia przyzębia z powstawaniem i przebiegiem klinicznym najczęstszych chorób ogólnych o wysokiej śmiertelności i wysokich kosztach leczenia należy zainteresować środowisko medyczne leczeniem periodontologicznym jako elementem ich profilaktyki i zmniejszenia kosztów ich leczenia.

Prof. Iwona Grabska-Liberek akcentowała w swoim wystąpieniu, że problemy okulistyczne to – po schorzeniach narządów ruchu, układu krążenia i neurologicznych – czwarta przyczyna niepełnosprawności. Działania mające na celu zapobieganie, wczesne wykrywanie, skuteczne leczenie i rehabilitację chorób w obrębie narządu wzroku to krok w kierunku poprawy nie tylko jakości życia, lecz także rokowania w chorobach narządu wzroku milionów Polaków w każdym wieku.

Według GUS choroby okulistyczne są czwartą – po schorzeniach narządu ruchu, układu krążenia i neurologicznych – przyczyną niepełnosprawności. Najczęstszą przyczyną trwałej niepełnosprawności wzrokowej są: zwyrodnienie plamki żółtej, retinopatia cukrzycowa, jaskra, choroby narządu wzroku o podłożu genetycznym oraz urazy narządu wzroku.

Wiemy, że nasze społeczeństwo starzeje się, spada populacja dzieci, a wzrasta populacja osób starszych. Żyjemy dłużej, odżywiamy się nieprawidłowo, dlatego cukrzyca stanowi dziś ogromne zagrożenie. Szacuje się, że do 2050 r. aż 33 proc. populacji światowej będzie chorowało na cukrzycę. W przebiegu tej choroby dochodzi do zaburzeń okulistycznych tj.: retinopatii cukrzycowej, zaburzeń w obrębie nerwu wzrokowego, zaćmy, karatopatii cukrzycowej czy zaburzenia powierzchni oka. Według WHO powikłania cukrzycowe są uważane za jedną z głównych przyczyn ślepoty i upośledzenia widzenia w krajach rozwiniętych. W Polsce retinopatia cukrzycowa występuje u ok. 0,81 proc. populacji. Ta statystyka poprawiła się, ale dane nadal nie są satysfakcjonujące.

Epidemią naszych czasów jest krótkowzroczność. Szacuje się, że już w roku 2020 będzie ona dotyczyła 2,5 biliona ludzi. Bardzo ważna jest profilaktyka krótkowzroczności, dlatego należy dotrzeć do jak najszerszej rzeszy dzieci, młodzieży i ich rodziców, wykorzystując do tego badania przesiewowe. Według WHO możemy zapobiegać zaburzeniom widzenia, wdrażając odpowiednie, kompleksowe działania diagnostyczne i lecznicze. Celem obecnych działań UE będą szeroko zakrojone badania przesiewowe i profilaktyka.

Schorzenia narządu wzroku dotykają wszystkich grup wiekowych bez wyjątku, od noworodków po osoby w podeszłym wieku. Mimo szerokiego spektrum schorzeń okulistycznych w każdym przypadku wczesne wykrycie problemu daje większe możliwości leczenia i prowadzenia skutecznej rehabilitacji. Według szacunków WHO w skali globalnej można zapobiec wystąpieniu lub poddać leczeniu nawet 80 proc. zaburzeń widzenia. Konieczne są jednak systematyczne, prowadzone na szeroką skalę badania przesiewowe, ukierunkowane na najczęściej występujące choroby narządu wzroku. Konieczne jest również ułatwienie pacjentom dostępu do leczenia specjalistycznego. Pierwszym krokiem w tym kierunku powinno być zniesienie obowiązkowych skierowań do poradni okulistycznej.

Najczęstszą przyczyną jednoocznego upośledzenia widzenia u dzieci i młodych dorosłych jest niedowidzenie. Jest definiowane jako obniżenie ostrości wzroku mimo prawidłowo skorygowanej wady refrakcji bez organicznej przyczyny w obrębie układu wzroku. Niedowidzenie może występować jednoocznie lub obuocznie. Nieleczone prowadzi do trwałego upośledzenia widzenia w życiu dorosłym. Najczęściej występujące przyczyny niedowidzenia to zez, wada refrakcji (różnowzroczność) lub deprywacja sensoryczna. Niedowidzenie wynika z zahamowania widzenia wskutek tłumienia obrazu na poziomie kory mózgowej. Skutkuje to brakiem wykształcenia się widzenia obuocznego,

w tym przestrzennego. Taka wada wpływa na ograniczenie koordynacji ruchowej, negatywnie wpływa na rozwój psychomotoryczny dziecka, a w życiu dorosłym uniemożliwia wykonywanie wielu zawodów związanych z widzeniem przestrzennym i koordynacją ruchową, np. pracę na wysokości, prowadzenie pojazdów mechanicznych, prace precyzyjne. Niedowidzenie jest możliwe do wyleczenia pod warunkiem wczesnego wykrycia choroby oraz włączenia odpowiedniego leczenia i rehabilitacji wzrokowej. Badania przesiewowe w kierunku zaburzeń widzenia obuocznego powinny zostać włączone jako stały element badania bilansowego 4-latków, tym samym zyskałyby zasięg ogólnokrajowy.

Według danych GUS uszkodzenia i choroby narządu wzroku zajmują 4. pozycję po uszkodzeniach i chorobach narządu ruchu, schorzeniach układu krążenia i schorzeniach neurologicznych w grupie osób niepełnosprawnych. Do najczęstszych przyczyn trwałej niepełnosprawności wzrokowej zalicza się zwyrodnienie plamki żółtej związane z wiekiem (AMD), retinopatię cukrzycową, jaskrę, choroby narządu wzroku o podłożu genetycznym oraz skutki urazów narządu wzroku.

Powszechnie znany jest związek cukrzycy z chorobami narządu wzroku. Występowanie cukrzycy na świecie szacuje się na 382 mln osób. Częstość występowania cukrzycy w skali światowej rośnie z powodu stałego wzrostu liczby zachorowań oraz wydłużenia życia chorych na cukrzycę. Szacuje się, że w 2030 r. będzie na świecie 439 mln pacjentów z cukrzycą, a przewidywany wzrost rozpowszechnienia cukrzycy do 2050 r. obejmie 33 proc. populacji światowej Częstość występowania retinopatii cukrzycowej na świecie szacuje się na 126 mln, z czego 37 mln ludzi ma retinopatię cukrzycową w stadium zagrażającym uratą wzroku. W Polsce problem ten dotyczy 0,81 proc. populacji – 20,01 proc. pacjentów z cukrzycą typu 1 i 9,70 proc. pacjentów z cukrzycą typu 2 (*A nation-wide study of the diabetic retinopathy in Poland, 2013–2017*). Skala problemu jest ogromna. Retinopatia cukrzycowa jest uważana za główną, nieodwracalną przyczynę ślepoty w grupie pacjentów w wieku produkcyjnym, której można byłoby uniknąć. Aby zapobiegać skutkom cukrzycy w obrębie narządu wzroku w populacji polskiej, konieczne jest wprowadzenie programu lekowego dotyczącego leczenia cukrzycowego obrzęku plamki z zastosowaniem preparatów anty-VEGF nowej generacji. Istotne jest również uwolnienie limitów witrektomii oraz centralizacja procedury do dużych ośrodków klinicznych. Nieodzowne wydaje się również zwiększenie liczby ośrodków rehabilitacji narządu wzroku posiadających kontrakt z NFZ.

Działania mające na celu zapobieganie, wczesne wykrywanie, skuteczne leczenie i rehabilitację chorób w obrębie narządu wzroku to krok w kierunku poprawy nie tylko jakości życia, lecz także rokowania w chorobach narządu wzroku milionów Polaków w każdym wieku.

Dr hab. Janusz Heitzman, prof. IPiN, odnosząc się do problemów psychiatrii oraz danych epidemiologicznych wskazujących na to, że coraz więcej Polaków ma problemy ze zdrowiem psychicznym, zaznaczył: „Nie ma zdrowia bez zdrowia psychicznego, choroby mózgu być może wkrótce zajmą pierwsze miejsce wśród przyczyn niepełnosprawności. To obszar schorzeń tradycyjnie rozumianych jako choroby neurologiczne, ale to też choroby i zaburzenia psychiczne. Stanowią dziedzinę medycyny niedocenianą od wielu lat, stąd narastające zaległości w kształtowaniu systemu diagnozowania, leczenia i profilaktyki. Kongres »Zdrowie Polaków« 2019 pozwolił na zaprezentowanie zagadnień zdrowia psychicznego jako ważnego elementu, bez którego nie można mówić o zdrowiu somatycznym".

Na konieczność dostrzeżenia zagrożeń zdrowotnych w tym obszarze wpłynęła sukcesywnie narastająca zachorowalność na zaburzenia psychiczne – szczególnie depresje, uzależnienia od substancji psychoaktywnych, zaburzenia zachowania o charakterze autoagresywnym wśród dzieci i młodzieży, zaburzenia poznawcze i otępienne, choroby naczyniowe mózgu. Znacząco zwiększył się odsetek niepełnosprawności i niezdolności do pracy z tytułu chorób psychicznych (1. miejsce w orzekaniu czasowej niezdolności do pracy, czołowe miejsce wśród wypłacanych przez ZUS świadczeń). Ekono-

miści zwracają uwagę na spowodowane chorobami mózgu rosnące koszty tzw. prezenteizmu, czyli generowania wysokich kosztów pracy osób nimi dotkniętych przy obniżającej się wydajności ich pracy.

Narastanie zagrożeń zdrowotnych wywołanych chorobami mózgu nie jest polską specyfiką. Na całym świecie obserwuje się podobne tendencje. O ile jednak w wielu krajach, szczególnie zachodniej Europy, problem został dostrzeżony kilkadziesiąt lat temu i rozpoczęto tam wczesne wdrażanie systemowych rozwiązań, o tyle w Polsce dopiero po 2015 r. można mówić o rozpoczęciu długo oczekiwanych zmian w obszarze psychiatrii i neurologii. Fiasko Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego przewidzianego na lata 2011–2015 doprowadziło do tego, że nie powstał efektywny system skutecznej prewencji i leczenia zaburzeń psychicznych, przez co jakość życia oraz integracja społeczna osób z zaburzeniami psychicznymi zaczęła się pogarszać. Prawa osób chorujących psychicznie coraz częściej były naruszane, liczba samobójstw w ciągu 10 lat wzrosła niemal dwukrotnie i w ostatnich 2 latach kształtuje się na poziomie 5–6 tys. zgonów rocznie (na podstawie danych Komendy Głównej Policji), co jest liczbą zaniżoną i nie obejmuje zgonów samobójczych w szpitalach w następstwie długoterminowych zachowań autodestrukcyjnych. W Polsce wskaźnik liczby zgonów z powodu samobójstw, przypadający na 100 tys. mieszkańców, znacznie przekracza średnią wartość dla państw Unii Europejskiej. Warto wspomnieć, że na 1 zgon samobójczy w populacji dorosłych przypada ok. 20 prób samobójczych, a wśród nastolatków wskaźnik ten jest 100, a nawet 200 razy większy. Istnieje potrzeba zmiany społecznego bagatelizowania prób samobójczych. Na każde takie zdarzenie należy patrzeć tak jak na ciężką, zagrażającą życiu chorobę lub jak na ofiarę poważnego komunikacyjnego wypadku.

W 2016 r. w Polsce publiczną opieką psychiatryczną było objętych ponad 1,8 mln osób, z czego ponad 226 tys. było leczonych w szpitalach, a ponad 1,580 mln w trybie ambulatoryjnym. Gdy uwzględnimy, że na 1500 podmiotów świadczących usługi psychiatryczne 60 proc. stanowią podmioty prywatne, wskaźnik korzystających z pomocy psychiatrycznej można podwoić. Dane te potwierdza stale rosnąca w Polsce (o ok. 5 proc. w skali roku) sprzedaż leków przeciwdepresyjnych. Przy założeniu, że jedno opakowanie wystarcza na około miesięczną terapię (w 2017 r. sprzedano 21,2 mln opakowań), można przyjąć, że ok. 1,76 mln osób w Polsce codziennie leczy się farmakologicznie z powodu zaburzeń depresyjnych i lękowych. Statystyka rozpowszechnienia zachorowalności według stawianych diagnoz i leczenia wyróżnia: zaburzenia lękowe i związane ze stresem – 26 proc., afektywne zaburzenia nastroju (głównie depresje) – 19 proc., zaburzenia spowodowane używaniem substancji psychoaktywnych – 17 proc., organiczne zaburzenia psychiczne (głównie otępienia) – 13 proc., schizofrenię, zaburzenia typu schizofrenia i zaburzenia urojeniowe – 12 proc., upośledzenia umysłowe (niepełnosprawność intelektualna) i zaburzenia rozwojowe – 10 proc. Pozostały odsetek leczonych (3 proc.) to zaburzenia zachowania związane z czynnikami fizjologicznymi i fizycznymi oraz zaburzenia osobowości. Doświadczanie tych schorzeń, poza zaburzeniami spowodowanymi nadużywaniem substancji psychoaktywnych, niepełnosprawnością intelektualną i zaburzeniami rozwojowymi, niemal dwukrotnie częściej dotyka kobiet. Grupy szczególnie wrażliwe i najbardziej narażone na ujawnianie się zaburzeń psychicznych to aktualnie dzieci i młodzież oraz osoby starsze. Przyjmuje się, że z 9 mln dzieci i młodzieży do 18 r. życia ok. 10 proc. potrzebuje specjalistycznej pomocy psychiatrycznej i psychologicznej. Przyczynami kryzysów psychicznych w tej grupie jest ograniczenie opiekuńczej i wspierającej roli rodziny, eskalujące poczucie zagrożenia dzieci i młodzieży w szkole, zdominowanie komunikacji interpersonalnej przez tożsamość online, życie w podwójnej tożsamości, w której ta wirtualna wygrywa z realną. Codzienne funkcjonowanie zdominowane jest przez oderwane od rzeczywistości automatyczne aktywności. Niewidoczność i anonimowość online sprzyja agresji i hejtowi. Stanie się ofiarą hejtu czy stalkingu (uporczywego poniżania, nękania, języka nienawiści) pozostawia młode i osamotnione osoby w stanie bezradności i zagrożenia. Stąd nieprawidłowe kształtowanie się osobowości – infantylnej, narcystycznej, impulsywnej, z zaburzeniami zachowania, agresją i autoagresją, zaburzeniami łaknienia. Z kolei zagrożenie zaburzeniami psychicznymi w wieku podeszłym dotyka grupę narażoną na stres życia we współchorobowości z chorobami przewlekłymi (otyłością, cukrzycą, chorobą niedokrwienną serca, nadciśnieniem, chorobami nowotworowymi) i z towarzyszącymi konsekwencjami psychicznymi: depresją (40 proc.),

zaburzeniami poznawczymi – otępieniem (65 proc.), skonfrontowaną ze słabością systemu emerytalnego, zanikającą funkcją opiekuńczą państwa, narastającym osamotnieniem.

Przyczyny kryzysu zdrowia psychicznego. Gdy model opieki psychiatrycznej w Polsce stał w miejscu, zagrożenie epidemiologiczne zaburzeniami psychicznymi rosło lawinowo. Tendencję wzrostową zaobserwowano – poza wspomnianym zagrożeniem samobójstwami – w zachorowalności na depresje, psychozy, uzależnienia, zaburzenia psychiczne wśród dzieci i młodzieży. Ostatnie lata to niezaspokojone potrzeby w zakresie ochrony zdrowia psychicznego i równocześnie narastające społeczne odczucie, że dotychczasowy publiczny system opieki nie rozwiąże tych potrzeb. Zdecydowana większość osób z zaburzeniami psychicznymi nie zwraca się o pomoc do placówek służby zdrowia. Stąd znaczący obszar populacyjnych zagrożeń nieujawniający się w oficjalnych statystykach. Ciężar skutecznej opieki psychiatrycznej zaczął przenosić się poza sektor publiczny, co skutkowało równocześnie narastaniem nierówności społecznych w dostępie do efektywnej pomocy. Początek nowego stulecia, bezpośrednia konfrontacja z krajami najwyżej rozwiniętymi spowodowały nie tylko nieunikniony w Polsce rozwój cywilizacyjny, ale też bardziej dynamiczne tempo życia, narażenie na przewlekły stres i brak wypoczynku. Efektem patrzenia przez dziesięciolecia na zdrowie psychiczne jako na mniej ważne w stosunku do zdrowia somatycznego było niedofinansowanie tego obszaru – sięgające w nakładach na zdrowie tylko ok. 3,5 proc. (przy średniej europejskiej 6–7 proc., nie mówiąc o krajach najwyżej rozwiniętych, gdzie nakłady państwa na opiekę psychiatryczną sięgają 9–16 proc.). W konsekwencji doprowadziło to do znaczących niedoborów kadrowych w psychiatrii, dekapitalizacji bazy leczniczej, pogłębienia i utrwalenia negatywnych stereotypów, stygmatyzacji, poniżających warunków udzielanych świadczeń i ograniczonego do nich dostępu. Na koniec 2015 r. w Polsce na 1 mln mieszkańców przypadało 90 lekarzy psychiatrów (sumarycznie jest ich nieco ponad 4 tys. czynnych zawodowo), jest to przedostatnie miejsce wśród krajów UE (mniej ma tylko Bułgaria – 76). Najwyższe wskaźniki odnotowano w Finlandii (236 psychiatrów na 1 mln mieszkańców), Szwecji (232), Holandii (230), Francji (228), na Litwie i w Luksemburgu (po 225), w Niemczech (223) i w Grecji (219). Jeszcze gorsza sytuacja panuje w psychiatrii dziecięcej i młodzieżowej. Psychiatrów dziecięcych, według danych NIL za 2019 r., jest ok. 400, co przekłada się na ok. 40 lekarzy przypadających na 1 mln dzieci i młodzieży do 18. roku życia. Warto zauważyć, że ewidencja posiadanych przez lekarzy specjalizacji obejmuje również specjalistów psychiatrii dziecięco-młodzieżowej będących w wieku emerytalnym i niepraktykujących. Można zatem przeszacowane dane realnie zmniejszyć o 1/3.

Wśród przyczyn pogarszającej się kondycji psychicznej wyróżnia się: trudne warunki pracy i nauki, narastające trudności w komunikowaniu się, zaburzenia więzi społecznych i rodzinnych (współczynnik rozwodów w stosunku do zawieranych małżeństw w 2017 r. przekroczył 36 proc., jest 3-krotnie wyższy w miastach niż na wsi), deficyt wsparcia społecznego i solidarności, starzenie się społeczeństwa i niż demograficzny, utrwalane poczucie zagrożenia egzystencjalnego i lęku utraty oraz choroby somatyczne. Większe zagrożenie zdrowia psychicznego wiąże się z nienadążaniem przetwarzania informacji, rozbieżnymi oczekiwaniami społecznymi i kulturowymi, w zróżnicowanych cywilizacyjnie, materialnie i demograficznie środowiskach. Rodzi to poczucie utrzymywania się w stanie permanentnego emocjonalnego dystresu, braku możliwości indywidualnego wpływu na zmiany, a pod wpływem emocjonalnego pobudzenia prowadzi do zmian w przetwarzaniu poznawczym, zafałszowań w postrzeganiu rzeczywistości, w ocenach i prognozach, do utraty obiektywizmu, nieopartego na własnym doświadczeniu, silniejszego przekazu. Stres pracobiorcy i pracodawcy wiąże się z permanentnym utrzymywaniem się w stanie niezaspokojonych, rozbieżnych oczekiwań: zwiększania dawanych zadań i stopnia ich trudności, a przy niemożności ich pokonania – utrzymywania pracowników w nieracjonalnym przekonaniu o ich niedoskonałości i opieszałości. W relacjach pracowniczych pomija się fakt, że nie wszystkie oczekiwania mogą być spełnione, a utrzymywanie pracownika w narracji „im więcej poświęci czasu na pracę, tym większy osiągnie sukces" prowadzi do pracy przekraczającej normy zdrowotne (kontynuowania pracy w domu kosztem rodziny), wyczerpania, chorób somatycznych, zatrzymania przyrostu długości lat życia (ostatnio według GUS zaobserwowane zjawisko w Polsce), poczucia frustracji i wypalenia, psychicznej niepełnosprawności. Nowym zagrożeniem, którego niedawno

jeszcze nie było, stały się tzw. holizmy. Całościowe, niezredukowane, nawykowe poświęcanie się jednej z aktywności (pracoholizm, seksoholizm, pornoholizm, kinoholizm, ekoholizm, gymoholizm, zakupoholizm, siecioholizm...).

Równolegle do pogarszającej się kondycji psychicznej w zakresie neurologii niewystarczająca stała się dotychczasowa interwencja medyczna, szczególnie w chorobach naczyniowych mózgu, zaburzeniach otępiennych, chorobach degeneracyjnych oraz w zakresie dostępności do rehabilitacji neurologicznej. Możliwość uzyskania skutecznej pomocy w tzw. ultrarzadkich chorobach neurologicznych nie jest wszędzie taka sama, a wiele obszarów kraju jest jej w ogóle pozbawionych.

Konieczność wprowadzenia kompleksowych zmian systemowych. Przyjęty na lata 2017–2022 Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego, by uniknąć błędów poprzedniej edycji, zakładał, że tylko wprowadzenie radykalnych zmian systemowych: organizacyjnych, odpowiedzialności i modelu finansowania, jest w stanie spełnić oczekiwania i poprawić dotychczasowy, nie zawsze skuteczny model opieki psychiatrycznej. Kierunek reformowania psychiatrycznego modelu leczenia odrzuca szpital psychiatryczny jako najważniejszy element systemu. Pacjent mógł w nim przebywać często, przez co znajdował się na prostej drodze do społecznej degradacji i odrzucenia, a sama instytucja lecząca w swoim powszechnym niedofinansowaniu miała stagnacyjną stabilność otrzymywania środków z NFZ. Tego typu model w żaden sposób nie był powiązany z efektywnością leczenia. Rozpoczęta w połowie 2018 r. reforma lecznictwa psychiatrycznego rozpoczęła się od programu pilotażowego. Główny cel reformy to skoncentrowanie opieki psychiatrycznej na pacjencie w sposób jak najbardziej skuteczny, przyjazny, nieuciążliwy i nieopresyjny. Nie mogło się to dokonać w oparciu o model szpitalny, dlatego cały ciężar opieki przeniósł się do środowiska zamieszkania pacjenta. Deinstytucjonalizacja psychiatrii i rozwinięcie opieki środowiskowej, zintegrowanej z podstawową opieką zdrowotną i pomocą społeczną (z powodzeniem sprawdza się w wielu krajach Europy), dawało szansę na eliminowanie zagrożenia kryzysem psychicznym, zanim dojdzie do sytuacji dramatycznych, podejmowania interwencji siłowych, wbrew woli chorego, naruszających jego prawa i godność. Nieodzownym elementem reformy stała się edukacja prozdrowotna nie tylko najbliższej rodziny chorego, ale całej lokalnej społeczności. Gdyby większość sytuacji kryzysowych była rozwiązywana w środowisku pacjenta, to hospitalizacja winna mieć miejsce jedynie w warunkach ostatecznej, bezwzględnej konieczności, a czas jej trwania powinien być jak najkrótszy. Zrealizowanie założonego celu reformy stało się możliwe przy całkowitej zmianie modelu finansowania, odejścia od płacenia za usługę (np. hospitalizację) i przyjęcie budżetu globalnego na całą lokalną wspólnotę. NPOZP wskazał na ministra zdrowia jako odpowiedzialnego za poprawę stanu zdrowotnego populacji.

Zgodnie z projektem NPOZP podstawową opiekę psychiatryczną powinna zapewniać określona przez ministra zdrowia sieć lokalnych, równomiernie rozmieszczonych (środowiskowych) centrów zdrowia psychicznego (CZP). Mają one zapewnić pełną opiekę na całym obszarze działania – powiatu, dzielnicy, miasta. Zadaniem CZP stało się zapewnienie podstawowej środowiskowej opieki psychiatrycznej na ściśle określonym terytorium. Centrum w swoich zadaniach ma nie tylko zapewnić dostęp do profesjonalnej pomocy, ale też jej ciągłość, skuteczność i kompleksowość, dostosowanie do potrzeb, ma gwarantować godziwe warunki udzielania świadczeń. Celem nadrzędnym zmiany stała się pomoc w odzyskiwaniu pozycji społecznej pacjenta, przeciwdziałanie stygmatyzacji i wykluczeniu, poprawa jego jakości życia. Przez umiejscowienie CZP w lokalnej społeczności zaistniała szansa na zmianę klimatu wokół psychiatrii i stworzenie warunków do społecznej integracji z osobami z zaburzeniami psychicznymi. Centrum zdrowia psychicznego, jako realizator i koordynator świadczenia, zapewnia kompleksową opiekę psychiatryczną w formie stacjonarnej (możliwość zawarcia umowy z podmiotem jako podwykonawcą), dziennej, ambulatoryjnej, środowiskowej i doraźnej dla dorosłych na określonym obszarze działania (od 50 do 200 tys. mieszkańców).

Jednym z najbardziej istotnych elementów w CZP jest punkt zgłoszeniowo-koordynacyjny dostępny dla każdego mieszkańca. Centra są czynne od poniedziałku do piątku w godzinach 8–18. W nagłych przypadkach i poza wyznaczonymi godzinami pomoc można uzyskać w izbie przyjęć oddziału realizującego dla CZP opiekę stacjonarną. Są finansowane ze środków publicznych na zasadzie stawki kapitacyjnej wyliczonej na dorosłego mieszkańca obszaru działania centrum. W CZP opracowuje się i koordynuje indywidualny plan leczenia

pacjenta. Zmian tych nie udałoby się wprowadzić, gdyby nie determinacja zarówno indywidualnych pracowników psychiatrii, jak i pacjentów. Kampanie medialne, swoisty lobbing na rzecz reform z udziałem Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego, stowarzyszeń pacjentów i ich rodzin, uchwały I i II Kongresu Zdrowia Psychicznego kończące się przemarszem interesariuszy psychiatrii ulicami Warszawy, w ostatnich latach otwartość na zmiany Ministerstwa Zdrowia i przyjęcie przez nie odpowiedzialności zaczęły skutkować aktami prawnymi i rozporządzeniami wdrażającymi reformę. Niezwykle ważną rolę koordynującą spełnia powołane w Instytucie Psychiatrii i Neurologii Biuro ds. Programu Pilotażowego w Psychiatrii.

Na dzień dzisiejszy można stwierdzić, że zaproponowany model opieki psychiatrycznej się sprawdza. Z początkiem 2020 r. działa w Polsce już blisko 35 centrów zdrowia psychicznego, które obszarem swojego działania obejmują ok. 5 mln. mieszkańców. Wskaźnikiem oceniającym efektywność systemu stał się pomiar satysfakcji pacjenta i jego rodziny poprzez ocenę: liczby podopiecznych, udzielonych porad, interwencji kryzysowych, hospitalizacji i rehospitalizacji, czasu oczekiwania w trybie pilnym i stabilnym, wskaźnik samobójstw, wskaźnik migracji poza CZP.

W obszarze neurologicznym rok 2019 to niewątpliwa satysfakcja z finansowania w ramach programu pilotażowego trombektomii mechanicznej, metody wewnątrznaczyniowego usunięcia skrzepliny wywołującej niedokrwienny udar mózgu. Liczba udarów w Polsce w ostatnich latach ma tendencję wzrostową i sięga ok. 90 tys. rocznie, z czego ponad 90 proc. to udary niedokrwienne. Można mieć nadzieję, że stosowanie tej metody przez ośrodki nadal włączane do programu pilotażowego w jeszcze większym stopniu doprowadzi do znaczącego zmniejszenia śmiertelności z powodu udaru. Już dzisiaj istniejąca sieć takich ośrodków w całym kraju pozwala na zachowanie gotowości sieci placówek wykonujących zabiegi trombektomii mechanicznej przez 24 godziny, 7 dni w tygodniu. Kolejny element w pozytywnej ocenie opieki neurologicznej to stale zwiększająca się liczba programów lekowych dedykowanych chorym zapadającym na rzadkie i ultrarzadkie schorzenia neurologiczne, a wymagające kosztownego leczenia. Programy lekowe prowadzone w chorobach: Pompego, Gauchera, Fabry'ego, zaliczanych do schorzeń ultrarzadkich, ale też w pierwotnie postępującej postaci stwardnienia rozsianego czy chorobie Parkinsona, zapewniają dostęp do finansowanego budżetowo leczenia. Dzięki refundowanym lekom chorzy zaczęli mieć dostęp do terapii, która pozwala im zachować sprawność, zapobiega poważnym powikłaniom i przedłuża życie.

Prof. Zbigniew Lew-Starowicz mówił m.in. o poprawie stanu zdrowia seksualnego Polek i Polaków: „Promocja zdrowia seksualnego, rozwój dostępności świadczeń zdrowotnych w zakresie seksuologii i udział mediów przyczyniły się do poprawy stanu zdrowia seksualnego Polaków, późniejszej i bardziej świadomej inicjacji seksualnej, zwiększenia populacji kobiet świadomych swoich oczekiwań i wymagań w zakresie życia intymnego, otwartości społeczeństwa na sprawy seksu oraz wzrostu populacji związków pozytywnie oceniających relacje partnerskie".

Wymienił także zagrożenia dla dobrostanu Polaków:

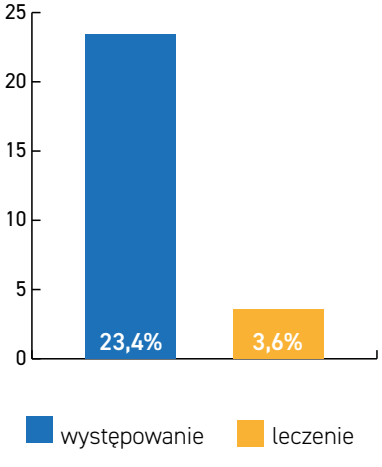
- wzrost populacji osób z uzależnieniami,
- brak systemowego rozwiązania wczesnej interwencji psychiatrycznej – z doświadczeń Wielkiej Brytanii wynika, że wydanie 1 funta zwraca się wielokrotnie po 10 latach,
- wysoki poziom stresu pogarsza stan dobrostanu psychicznego Polaków, co wiąże się z potrzebą upowszechniania edukacji i dostępności pomocy psychologicznej,
- 23 proc. Polaków ma albo będzie mieć zaburzenia psychiczne w swoim życiu, szczególnie narasta zachorowalność na depresję, wzrasta poziom zachowań agresywnych i autoagresywnych, prób samobójczych, zaburzeń lękowych, co wiąże się z koniecznością rozbudowy dostępności do opieki psychiatrycznej,
- w Polsce 600 tys. osób poniżej 18. roku życia wymaga zapewnienia profesjonalnej opieki,
- rośnie wskaźnik zaburzeń głosu u dzieci w wieku przedszkolnym i szkolnym – co 3. dziecko ma problemy artykulacyjne, co 10. ma chrypkę, a co 5. – problemy ze słuchem.

Dr hab. Robert Pudlo: Liczba osób z zaburzeniami psychicznym wyraźnie wzrasta, a ustalane w badaniach populacyjnych liczby są wysokie. Dotyczy to zwłaszcza zaburzeń nastroju, zaburzeń lękowych, zaburzeń snu i zaburzeń związanych z używaniem substancji psychoaktywnych. Dane dotyczące epidemiologii zaburzeń depresyjnych i lękowych są zastraszające. Szacuje się, że 10,6 proc. populacji światowej cierpi z powodu zaburzeń lękowych (Remes i wsp. 2016). W populacji europejskiej zaburzenia depresyjne dotyczą 6,9 proc., a zaburzenia lękowe 14 proc. (Wittchen i wsp. 2011).

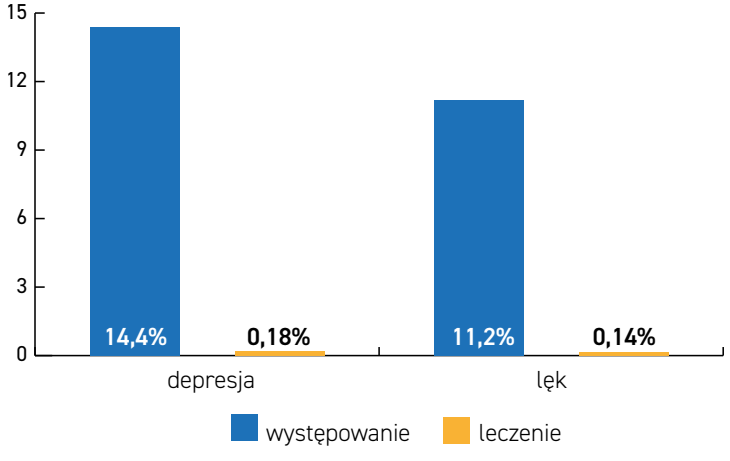
W opublikowanych w 2012 roku badaniach EZOP (Kiejna i wsp.) ujawniono, że 23,4 proc. populacji polskiej spełnia kryteria co najmniej jednego zaburzenia psychicznego. Rocznik statystyczny z tego samego okresu podaje, że w poradniach zdrowia psychicznego zarejestrowanych było 3,6 proc. populacji polskiej. Wynika z tego, że system psychiatrycznej opieki zdrowotnej objął jedynie 15,4 proc. potrzebujących. Badania przesiewowe przeprowadzone w 2017 r. na terenie powiatu żywieckiego ujawniły częstość występowania zaburzeń depresyjnych na poziomie 14,4 proc., a zaburzeń lękowych na poziomie 11,2 proc. W tym samym czasie z opieki psychiatrycznej z rozpoznaniem zaburzeń depresyjnych i lękowych w powiecie korzystało odpowiednio 0,18 proc. i 0,14 proc. populacji.

Przedstawione dane obrazują niedostateczny poziom zaspokojenia potrzeb z zakresie lecznictwa psychiatrycznego w Polsce. W kontekście trwającej reformy systemu opieki psychiatrycznej dane te muszą budzić obawy co do długofalowego funkcjonowania systemu. Założeniem reformy jest bowiem zapewnienie całej opieki psychiatrycznej przez terytorialnie przyporządkowane centra zdrowia psychicznego (CZP) finansowane opłatą kapitacyjną na poziome 80–90 zł rocznie per capita. Przy założeniu że 23,4 proc. populacji wymaga pomocy, daje to ok. 400 zł rocznie na zapewnienie opieki jednemu choremu. Wobec terytorialnej odpowiedzialności CZP za całą populację należy się spodziewać, że środki te zostaną w lwiej części przeznaczone na pomoc najciężej chorym, natomiast osoby dobrze funkcjonujące, bez zagrożenia życia mogą nie znaleźć miejsca w systemie. Może też ujawnić się tendencja do przerzucania odpowiedzialności za te osoby na lekarzy rodzinnych lub praktyki lekarskie finansowane ze środków prywatnych. Doprowadzi to do zaniechania wczesnego wykrywania i wczesnego leczenia zaburzeń psychicznych o pozornie mniejszym ciężarze gatunkowym i opóźniania interwencji w przypadkach niewymagających natychmiastowego działania, więc zakonserwuje obecny podział na „małą" i „dużą" psychiatrię. Co więcej, likwidacja oddzielnego finansowania struktur wysokospecjalistycznych, np. poradni leczenia nerwic, może usunąć z systemu nawet to osoby, które obecnie się w nim mieszczą.

Zaburzenia psychiczne w Polsce w badaniach EZOP a odstetek osób leczonych



Występowanie a leczenie zaburzeń depresyjnych i lękowych (%) w powiecie żywieckim



Żeby zapobiec tym zjawiskom, poza zwiększeniem nakładów, konieczne jest wbudowanie w system zabezpieczeń uniemożliwiających rezygnowanie z leczenia osób na wczesnych etapach zaburzeń psychicznych i lekceważenie tzw. małej psychiatrii. Zabezpieczenia te powinny zostać opracowane w 2020 r., czyli w czasie, który umożliwi ich weryfikację w trakcie trwania programu pilotażowego reformy opieki psychiatrycznej

Dr n. med. Lidia Popek w nawiązaniu do narastających problemów psychiatrii dzieci i młodzieży zaznaczyła: „Zdrowie psychiczne Polaków zależy od rozwoju nauki o zdrowiu psychicznym niemowląt i małych dzieci, ponieważ interwencje podejmowane w pierwszych miesiącach i latach życia mogą zapobiegać problemom ze zdrowiem psychicznym w późniejszym dzieciństwie, a nawet całym życiu. Kształtowanie prawidłowych zdolności rodzicielskich i właściwej więzi między dzieckiem a matką zapobiega poważnym zaburzeniom w funkcjonowaniu psychicznym dzieci. Interwencje podejmowane w pierwszych latach życia zmniejszają koszty społeczne i ekonomiczne związane z opieką nad osobami niepełnosprawnymi".

Fundamentem zdrowia psychicznego w dorosłości są doświadczenia okresu prenatalnego i zdobyte w pierwszych miesiącach życia. Zdrowie psychiczne małych dzieci to wiedza interdyscyplinarna. Problemy pojawiające się we wczesnym dzieciństwie mogą sygnalizować występowanie zaburzeń psychicznych u małych dzieci, trudności w relacji między dzieckiem a opiekunem. Pojawienie się wczesnych objawów ostrzegawczych może zapowiadać występowanie zaburzeń psychicznych w późniejszym dzieciństwie, a także dalszym życiu.

Nauka związana ze zdrowiem psychicznym małych dzieci zaczęła rozwijać się dynamicznie na świecie w drugiej połowie XX w. W 1977 r. w USA powstało ZERO TO THREE, czyli „Od Zera do Trzech: Krajowe Centrum na rzecz Niemowląt, Dzieci w Wieku Poniemowlęcym i Rodzin". Organizacja dostarcza rodzicom i profesjonalistom niezbędnej wiedzy na temat: znaczenia pierwszych lat życia, znaczenia dla rozwoju dziecka jakości relacji z głównymi opiekunami, a także znaczenia profilaktyki zaburzeń rozwoju i zaburzeń psychicznych oraz roli wczesnej interwencji w wypadku wystąpienia tych zaburzeń. Zespół specjalistów powołanych przez tę organizację opracował definicję zdrowia psychicznego małych dzieci (0–3 lat) – jest to rozwijająca się u dziecka w wieku od narodzin do trzech lat zdolność do: doświadczania, regulowania i wyrażania emocji, tworzenia bliskich i ufnych relacji z innymi oraz poznawania otoczenia i uczenia się. Wszystkie te zdolności rozwijają się w kontekście rodziny, społeczności oraz kulturowych oczekiwań wobec małego dziecka [1].

W 1980 r. powstało Światowe Stowarzyszenie na rzecz Zdrowia Psychicznego Niemowląt (World Association for Infant Mental Health, WAIMH). W 1993 r. wydano pierwszy podręcznik *Handbook of Infant Mental Health*, autorstwa Charlesa H. Zeanaha [2,3]. W 2019 r. ukazało się już czwarte wydanie tej książki [4].

W pierwszych latach życia kształtują się znaczące dla dalszego życia funkcje psychiczne. Organizm dziecka zarówno w czasie rozwoju płodowego, jak i w pierwszych latach życia jest niezwykle podatny na urazy i oddziaływania czynników zewnętrznych. Interakcje między matką i dzieckiem są ważnym źródłem budowanego przez dziecko wyobrażenia o świecie.

Opieka rodzicielska traktowana jest jako główny mediator. Jak wykazały badania, polimorfizm w genach kodujących monoamino-oksydazy-A i transportera serotoniny, wchodząc w interakcję z jakością opieki, szczególnie z zaniedbaniem i krzywdzeniem, determinuje ryzyko, że dziecko będzie wykazywało antyspołeczne zachowania z jednej strony i skłonność do depresji z drugiej [5]. Do czynników ryzyka zalicza się również niską wagę urodzeniową, ponieważ wpływa na rozwój funkcji poznawczych i późniejsze zaburzenia zachowania [6].

Problemy w pierwszych miesiącach i latach życia mogą wiązać się z wieloma różnymi trudnościami w ciągu całego życia, takimi jak: zaburzenia zachowania i osobowości, samobójstwa. Jeżeli występuje agresja o wczesnym początku to dziewięciokrotnie rośnie ryzyko zgonu z różnych przyczyn, a koszty społeczne są dziesięciokrotnie wyższe niż

w przypadku rówieśników bez agresywnych zachowań [7].

Piśmiennictwo:

1. The World Association for Infant Mental Health, https://waimh.org [dostęp: 15.01.2020].
2. Zeanah ChH. Handbook of Infant Mental Health. New York: The Guilfor Press; 1993.
3. Zeanah ChH Jr. Handbook of Infant Mental Health. Fourth Edition. New York: The Guilfor Press; 2019.
4. Caspi A, Moffitt T, Morgan J i in. Maternal expressed emotion predicts children's antisocial behavior problems: using monozygotic-twin differences to identify environmental effects on behavioral development. Dev Psychol, 2004; 40(2): 149–61.
5. Olds DL, Sadler L, Kitzman H. Programs for parents of infants and toddlers: recent evidence from randomized trials. J Child Psychol Psychiatr, 2007; 48(3–4): 384–91.
6. Ahamat BR, Minis H. Zdrowie psychiczne małych dzieci: klasyfikacja i znaczenie dla klinicystów. Psychiatria po Dyplomie, 2013; 10(3).

Dr hab. Barbara Remberk, odnosząc się do psychiatrii dzieci i młodzieży z perspektywy krajowego nadzoru specjalistycznego, powiedziała: „W ciągu ostatniego roku podjęto wiele działań mających na celu poprawę opieki psychiatrycznej dzieci i młodzieży. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 14 sierpnia 2019 roku wprowadziło – na razie równolegle do dotychczasowych świadczeń – zmiany w koszyku dotyczące trójpoziomowej opieki nad dziećmi i młodzieżą z zaburzeniami psychicznymi, ze szczególnym uwzględnieniem pracy psychologicznej w środowisku pacjenta. Świadczenia te zostały wycenione przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji. W ocenie większości ekspertów ze środowiska publicznego sektora opieki psychiatrycznej dla dzieci i młodzieży raport AOTMiT jest niesatysfakcjonujący – proponowane zwiększenie stawek być może pozwoli na zmniejszenie długów placówek publicznych, ale na pewno nie wystarczy na rozwój systemu".

Od lat wiemy, że zaburzenia psychiczne u dzieci i młodzieży są częstym problemem. W ostatnich badaniach, opublikowanych na początku XXI w., rozpowszechnienie zaburzeń ogółem wynosiło 17 proc., w tym 9 proc. populacji potrzebowało jakiejś formy opieki specjalistycznej. W 2018 r. przeprowadzono kolejne badanie epidemiologiczne (Ostaszewski i wsp.). Wyniki są w opracowaniu, lecz spodziewamy się, że ogólne rozpowszechnienie zaburzeń psychicznych u dzieci i młodzieży będzie podobne. W celu przypomnienia: w Polsce w 2018 r. było 6,935 mln osób poniżej 18. roku życia, z czego 9 proc., czyli 624 tys. osób, potrzebowało opieki specjalistycznej. Natomiast czynnych zawodowo psychiatrów dziecięcych w naszym kraju jest 437.

W ciągu ostatniego roku podjęto wiele działań. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 14 sierpnia 2019 r. wprowadziło – na razie równolegle do dotychczasowych świadczeń – zmiany w koszyku dotyczące trójpoziomowej opieki nad dziećmi i młodzieżą z zaburzeniami psychicznymi, ze szczególnym uwzględnieniem pracy psychologicznej w środowisku pacjenta. Świadczenia te zostały wycenione przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji. W ocenie większości ekspertów ze środowiska publicznego sektora opieki psychiatrycznej dla dzieci i młodzieży raport AOTMiT jest niesatysfakcjonujący – proponowane zwiększenie stawek być może pozwoli na zmniejszenie długów placówek publicznych, ale na pewno nie wystarczy na rozwój systemu.

Do 18 listopada 2019 r. trwały konsultacje publiczne projektu zarządzenia Prezesa NFZ, który uwzględnia wprowadzone w rozporządzeniu zmiany dotychczasowego systemu. Spodziewamy się wkrótce kontraktowania tychże nowych świadczeń. Natomiast, choć były takie plany, nie doszło do połączenia poradni psychologiczno-pedagogicznych z systemem profilaktyki i wczesnej interwencji w zakresie psychiatrycznej opieki zdrowotnej.

Nowe formy opieki odwołują się także do nowych form kształcenia. W ostatnim czasie została wprowadzona specjalizacja z psychoterapii dzieci i młodzieży, co umożliwia prowadzenie szkoleń przez Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego w tej dziedzinie na podobnych zasadach jak w przypadku specjalizacji w dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia. Wkrótce

ma być możliwe dofinansowanie szkolenia w zakresie tej specjalizacji, a także w zakresie specjalizacji psychologia kliniczna i zawodu terapeuty środowiskowego dla dzieci i młodzieży w ramach projektu „POWER Kompetencje zawodowe i kwalifikacje kadr medycznych". Nabór wniosków złożonych przez podmioty gotowe do poprowadzenia szkolenia w powyższych obszarach został zakończony, czekamy na wyniki konkursów.

Tymczasem jednak kryzys trwa. Latem 2019 r. szerokim echem w mediach odbiły się doniesienia o dwóch sytuacjach, w których doszło do nadużycia seksualnego, a ofiarami padły nastolatki przebywające na oddziale psychiatrycznym dla dorosłych z powodu braku miejsc na oddziale młodzieżowym. Natomiast kilka dni temu wszyscy lekarze pracujący na dziecięco-młodzieżowym oddziale psychiatrycznym – jedynym na północy województwa pomorskiego – złożyli wypowiedzenia. O ile mi wiadomo, powodem tej decyzji była duża liczba pacjentów wciąż napływających do oddziału – na tyle duża, że zapewne wkrótce przestanie być możliwe zapewnienie opieki medycznej chorym dzieciom przebywającym w szpitalu. Zatem pomimo pojawiających się perspektyw dotyczących przyszłości, obecnie borykamy się z licznymi dramatycznymi niedostatkami systemu.

W związku z tym wciąż zastanawiam się, czy kiedyś przysłowie: „Nim słońce wzejdzie, rosa oczy wyje", przestanie dotyczyć psychiatrii dzieci i młodzieży.

Dr hab. Bernadetta Izydorczyk, prof. UJ: „Zdrowie to istotny kapitał oraz największa inwestycja na przyszłość dla małoletnich, jak i dorosłych Polaków. Definiując pojęcie zdrowia, musimy uwzględnić tezę, że nie ma zdrowia bez dobrostanu psychicznego polskich dzieci, nastolatków, osób dorosłych, nie wykluczając spośród nich seniorów".

Stan obecny dotyczący oceny epidemiologii zaburzeń psychicznych wyraźnie potwierdza stale pogarszającą się i słabą kondycję psychiczną Polaków chociaż wiadomo, że posiadany przez nich dobrostan psychiczny to istotny wskaźnik pozytywnej/negatywnej oceny jakości życia człowieka. Szybkie tempo życia, niedostatek ruchu, złe odżywianie, skażenie środowiska oraz stale obecny stres w życiu przeciętnego Polaka, małoletniego i dorosłego, to ważne czynniki ryzyka rozwoju różnorodnych zaburzeń psychicznych oraz psychosomatycznych. Spośród zachodzących w środowisku współczesnego Polaka codziennych, psychospołecznych zjawisk (niemożność zwolnienia codziennego tempa pracy i odpoczywania, np. „nerwica niedzielna", stały pośpiech, nadmierny perfekcjonizm, prokrastynacja, czyli patologiczne zwlekanie w wykonywaniu i kończeniu zadań, chroniczny stres i doświadczane liczne kryzysy emocjonalne oraz zdarzenia traumatyczne) wiele staje się czynnikami ryzyka rozwoju zaburzeń psychicznych: depresji, zachowań samobójczych, syndromu stresu pourazowego, zaburzeń nerwicowych i osobowości, uzależnień, także behawioralnych, zaburzeń psychosomatycznych oraz epizodów psychotycznych. Większość zaburzeń natury psychicznej rozpoczyna się w okresie dzieciństwa i dorastania (World Health Organization, 2018). Biorąc pod uwagę współczesną wiedzę i opartą na dowodach praktykę kliniczną w medycynie i psychologii (*evidence-based psychological practice,* EBPP; *APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice*, 2006), jako psychologowie kliniczni obserwujemy w ochronie zdrowia liczne problemy i wzrastające różnorodne zaburzenia psychiczne prezentowane przez współczesną populację polskich dzieci, młodzieży, po młodych i dojrzałych dorosłych (nie wykluczając seniorów). Istotnym wyzwaniem na przyszłość jest ograniczenie lub wręcz zatrzymanie szybkiego tempa rozwoju – poza depresją i już zdiagnozowanymi zaburzeniami psychicznymi – powszechnych obecnie w populacji zaburzeń agresywnych/autoagresywnych, uzależnień od środków psychoaktywnych, a szczególnie różnych uzależnień behawioralnych u dzieci, młodzieży oraz młodych dorosłych. Zła kondycja psychiczna i kryzys w opiece psychiatryczno-psychologicznej, w tym niedobór i niedoszacowanie kadr w zakresie zabezpieczenia opieki psychologicznej (ich odpływ do prywatnego sektora służby zdrowia), to trudność istotna do pokonania, a zarazem wyzwanie na przyszłość, aby skuteczniej zadbać o wzrost dobrostanu psychicznego polskiego dziecka, nastolatka i dorosłego oraz ich rodzin.

Inne specjalności

Prof. Ryszard Słomski, podkreślając, że postęp w genetyce jest ogromny, prognozował: „W najbliższych latach będziemy świadkami dalszego burzliwego rozwoju diagnostyki molekularnej, jednakże będzie ona bardziej specyficzna. Powstaną centra wyposażone w najnowocześniejszy sprzęt, jakim nie dysponują szpitale".

W dzisiejszych czasach są nieporównywalnie większe możliwości badań niż 50 lat temu, kiedy rozpoczynałem swoją drogę zawodową. Badania genetyczne możemy obecnie prowadzić na poziomie DNA, chromosomów, białek. Możliwe stało się badanie DNA na poziomie zasad, co pozwala sprawdzić, czy jego budowa jest prawidłowa. W ostatnich latach w laboratoriach rozpoczęto stosowanie wielu nowych technologii – rewolucyjną jest nowe sekwencjonowanie genomu. Ta technologia umożliwiła rozpoznawanie zmian, których wykrycie kiedyś u chorych nie było możliwe albo zajęłoby wiele lat. Obecnie czas takiego badania mierzy się w tygodniach. W najbliższych latach będziemy świadkami dalszego burzliwego rozwoju diagnostyki molekularnej, jednakże będzie ona bardziej specyficzna. Powstaną centra wyposażone w najnowocześniejszy sprzęt, jakim nie dysponują szpitale.

Rozwój technologii oczywiście niesie za sobą wiele kwestii do rozwiązania. W Polsce wciąż brakuje ustawy o badaniach genetycznych. Tymczasem oferta dla pacjenta jest bardzo duża – część badań wykonywana jest na wyrost, niepotrzebnie, przy zaangażowaniu dużych środków. Na rynku powstało wiele firm diagnostycznych, które podejmą się każdego zadania. Pojawiają się pytania: W jakich laboratoriach owe firmy wykonują badania (niektóre wysyłają próbki do badania za granicę)? Jakie uprawnienia i sprzęt mają te laboratoria? Niewiadomych jest więc dużo. Niewiadome są też losy samych próbek – czy są one przechowywane, czy też wykorzystywane, np. w celu rozpoznania struktury genów Polaków. Koszty takich badań są znaczne, w wielu przypadkach można by je obniżyć, aby badania stały się bardziej dostępne.

Prof. Leszek Królicki, zaznaczając, że medycyna nuklearna rozwija się wyjątkowo prężnie, zauważył: „Dawniej medycyna miała charakter intuicyjny, doświadczenie lekarza decydowało o dalszym sposobie leczenia. Następnie praktykowana była medycyna oparta na faktach, potem medycyna personalizowana, a obecnie żyjemy w erze medycyny precyzyjnej".

Mówiąc o postępie w medycynie nuklearnej, warto odnieść się do takich osiągnięć jak: otrzymywanie radioizotopów (w badaniach PET coraz częściej cyklotrony zastępujemy generatorami, niezwykle popularny jest obecnie generator galowy), synteza radiofarmaceutyków (preparaty medyczn zawierające izotopy promieniotwórcze, które stosuje się w diagnostyce i radioizotopowej terapii schorzeń), nowe rozwiązania w obrazowaniu. Na pokreślenie zasługuje czułość stosowanych obecnie metod. PET i SPECT pozwalają wykryć bardzo niewielkie zmiany (10^{-11} mola) w stężeniu substancji biologicznych na poziomie zmian patologicznych.

Dawniej medycyna miała charakter intuicyjny, doświadczenie lekarza decydowało o dalszym sposobie leczenia. Następnie praktykowana była medycyna oparta na faktach, potem medycyna personalizowana, a obecnie żyjemy w erze medycyny precyzyjnej, która zaczęła się w 2015 r., kiedy Barack Obama przeznaczył pierwsze środki na jej rozwój. Medycyna precyzyjna zakłada, że terapia musi być skuteczna – każdy pacjent odniesie z niej wymierne korzyści. Wyklucza się sytuację, w której np. 30 czy 70 proc. pacjentów zyska na terapii, a 20 proc. będzie miało powikłania. Aby zrealizować to założenie, niezbędne są narzędzia, które nazywamy rodziną OMIX, czyli: **metabolomika** (dziedzina, w ramach której określa się profile biochemiczne oraz ich funkcje w całym organizmie poprzez analizę płynów ustrojowych lub poszczególnych organów), **genomika** (dziedzina zajmująca

się analizą genomu organizmów, jej głównym celem jest poznanie sekwencji materiału genetycznego, mapowanie genomu oraz określenie zależności i interakcji wewnątrz genomu), jak również **radiogenomika** (metody obrazowe, które pozwalają przede wszystkim na lepsze zrozumienie choroby i stopnia jej zaawansowania oraz ustalenie właściwego leczenia) i obrazowanie metaboliczne, w ramach którego możemy rejestrować zmiany w metabolizmie cukrów typowe na przykład dla zmian nowotworowych.

Bardzo ważnym trendem jest też **teranostyka**, czyli ścisłe połączenie diagnostyki i terapii w celu dobrania do potrzeb konkretnego pacjenta leczenia celowanego – bezpiecznego i skutecznego. Teranostyka to przyszłość m.in. medycyny nuklearnej. W dziedzinie tej zawsze obowiązywała zasada „Najpierw zdiagnozuj, a jeśli stwierdzisz, że lek będzie skuteczny, to wtedy go zastosuj". W myśl tej zasady możemy obecnie podać lek w postaci radiofarmaceutyku, sprawdzić, czy łączy się on np. z komórkami nowotworowymi, a jeśli tak, to podać go w postaci przeznaczonej do terapii. Zebraliśmy wiele dowodów na to, że taki sposób postępowania przynosi bardzo dobre efekty w wielu schorzeniach, m.in. neuroendokrynnych i onkologicznych.

W przypadku guzów mózgu, leczonych obecnie z zastosowaniem radiofarmaceutyków, podejmuje się próby miejscowej chemioterapii (chemioterapeutyki podaje się w obrębie guza przez zaimplantowany cewnik). Pierwsze próby takiego leczenia wskazują na to, że może ono znaleźć praktyczne zastosowanie.

Postęp w medycynie nuklearnej to także coraz lepsza aparatura – do najbardziej innowacyjnych należą cyfrowe aparaty pozytonowej tomografii emisyjnej i dynamiczne badanie PET, dzięki któremu można uzyskać krzywe przebiegu radioaktywności, na podstawie których możliwa jest ocena zużycia glukozy w tkankach w wartościach bezwzględnych, a także PET-MR – metoda obrazowania medycznego z jednoczesnym zastosowaniem pozytonowej tomografii emisyjnej i rezonansu magnetycznego, dostarczająca informacji anatomicznej, czynnościowej i metabolicznej, niezwykle przydatna w diagnozowaniu i leczeniu wielu schorzeń. Na razie metoda ta jest stosowana w nielicznych polskich ośrodkach.

Prof. Wiesław Nowiński, podsumowując swój niezwykły dorobek naukowy, mówił o roli naukowców przyczyniających się do postępu w medycynie. „Jeśli lekarz pomaga tysiącom pacjentów, a naukowiec może pomóc tysiącom lekarzy, to prowadzenie medycznych badań naukowych jest najbardziej satysfakcjonującym zajęciem" – podkreślił i dodał: „My, naukowcy, nie leczymy pacjentów, ale możemy to robić pośrednio, pracując dla lekarzy, studentów. Jednocześnie to, co robimy, powinno służyć całemu społeczeństwu – nie powinniśmy zatem skupiać się tylko na publikacjach, ale zająć się wdrożeniami".

Mój dorobek to nie tylko odkrycia, nowe koncepcje, publikacje, lecz także patenty, technologie i komercjalizacje w formie produktów, start-upów, licencji. Jeśli chodzi o obszary działań, to są to: tworzenie nowych metod, rozwój systemów i narzędzi, budowa modeli ciała ludzkiego – głównie atlasów mózgu – i nowe rozwiązania oparte o atlasy, nowe akcesoria chirurgiczne i zabiegowe. Pracowałem w różnych obszarach związanych z medycyną – od edukacji, poprzez badania, po aplikacje kliniczne, głównie w neurochirurgii, neuroradiologii, neurologii, udarze mózgu. Systemy, które zbudowaliśmy, służą do symulacji medycznej, do planowania chirurgii, systemy kadowskie, głównie systemy do udaru, systemy telemedycyny i wiele narzędzi na przykład do walidacji algorytmów. Opublikowaliśmy ponad 500 publikacji, przyznano nam 71 patentów, w tym 23 w Stanach Zjednoczonych, 11 w Europie, 68 mamy zgłoszonych. Stworzyliśmy 35 atlasów mózgu – dystrybucja w około 100 krajach i licencje do 90 różnych firm i instytucji. Zostało to docenione przez czołowe towarzystwa medyczne, dwa razy wygraliśmy podczas Radiological Society of North America – to jest największe spotkanie medyczne, w którym udział wzięło 60 tys. osób, zdobyliśmy dwa razy drugie miejsce na American Society of Neuroradiology, cztery razy wygraliśmy podczas European Congress of Radiology, największego spotkania europejskiego. Nasza praca została

również doceniona z punktu widzenia innowacyjności w Europie, w Azji, w Stanach Zjednoczonych. Zdobyliśmy tytuł Europejski Wynalazca Roku za całokształt działalności, głównie za atlasy mózgu, neurotechnologie, Azjatycką Nagrodę Innowacyjności za udar mózgu, tytuł Pioniera Medycyny w Stanach Zjednoczonych. W Polsce wyszedł znaczek na 100-lecie Urzędu Patentowego z naszym atlasem mózgu.

Zbudowaliśmy dużo różnych atlasów: serca, wątroby, orbity, klatki piersiowej, brzucha, a nawet atlas akupunktury, ale głównie znane są atlasy mózgu. Zakres zrealizowanych atlasów to atlasy mózgu zdrowego, struktura naczynia, połączenia rozszerzone do głowy i szyi, atlas wariantów, atlas wad rozwojowych, ośrodkowego układu nerwowego, zaburzeń neurologicznych, atlas funkcjonalny, probabilistyczny, udarowy. Całe spektrum zastosowania pokrywa neuroedukację, neuroradiologię, neurochirurgię, mapowanie mózgu, analizę obrazów, neurologię, udar mózgu, badania kliniczne (schizofrenia) i edukację laików. Atlasy były głównie wydawane przez wydawcę z Nowego Jorku. Pierwsza i druga generacja są to głównie atlasy trójwymiarowe, rozszerzone do głowy i szyi łącznie z wersjami mobilnymi. Wkładem do neuroedukacji są atlasy mózgu do samoedukacji, nauczania w sali lekcyjnej, przygotowania materiałów dydaktycznych, nowe metody automatycznego testowania. Dużym wkładem do neurochirurgii, jeśli chodzi o koncepcję, jest budowa stylów taktycznych atlasów, wprowadzenie atlasów elektronicznych do chirurgii, probabilistyczny czas funkcjonalny, portal internetowy oparty o atlas funkcjonalny. Dwadzieścia lat temu było to coś nowego, dzisiaj tego typu rozwiązania, jak: stereotaksja śrubowa, chirurgia wirtualna, neurochirurgia „zrób to sam", sala operacyjna przyszłości, są szeroko stosowane. Atlasy stały się podstawą, wprowadziliśmy je do praktyki klinicznej. Aby tego dokonać, trzeba było znaleźć odpowiednie sposoby i opublikować je w czasopismach chirurgicznych. Atlas został wylicencjonowany do 13 firm chirurgicznych, m.in. Medtroniki czy Electry, zainstalowany w około 2 tys. stacji chirurgicznych – setki tysiące leczonych pacjentów, probabilistyczny atlas funkcjonalny jest używany głównie do leczenia choroby Parkinsona. Jest jeden produkt, patent amerykański, steotaksja śrubowa. Klasyczne urządzenia są liniowe, stosując akcesoria śrubowe, otrzymujemy bardzo dużo korzyści. Dwadzieścia pięć lat temu zaproponowaliśmy neurochirurgię wirtualną z tak zwanym środowiskiem – dekstoskop z trójwymiarową dwuręczną interakcją, wyświetlaniem stereoskopowym, rejestrowaniem wielomodalnym – to jest wersja komercyjna dekstoskopu. Była stosowana w ponad 2 tys. operacji na całym świecie. Łącząc atlas i dekstoskop zaproponowałem również neurochirurgię „zrób to sam", która została opublikowana w książce „Textbook of Stereotactic and Functional Neurosurgery". Główne ośrodki chirurgiczne prezentowały swoje rozwiązania na następne 5–10 lat. Atlas zaburzeń neurologicznych zdobył pierwszą nagrodę na American Society of Neuroradiology. Sporo też było prac na temat udaru mózgu – naczyniowy atlas udarowy, badanie własności ognisk, szybka automatyczna diagnoza w izbie przyjęć, badania przesiewowe, detekcja udaru niedokrwiennego z TK bez kontrastu, ilościowe wsparcie decyzji w trombolizie, leczenie trombolityczne w udarze krwotocznym. Była to próba kliniczna III stopnia z Johns Hopkins University.

Prof. Andrzej Marszałek, odnosząc się do patomorfologii z perspektywy krajowego nadzoru specjalistycznego, powiedział: „Ministerstwo Zdrowia rozpoczęło program przygotowania standardów postępowania z materiałem do badań patomorfologicznych oraz określenia warunków lokalowych koniecznych do wykonywania badań w odpowiedni sposób".

Trwają prace nad wprowadzeniem bezpośredniego finansowania badań patomorfologicznych przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Do tej pory to szpital ponosił koszty związane z naszą działalnością, dlatego często placówki szpitalne likwidują zakłady patomorfologii, zwłaszcza te, które mają złą sytuację finansową. Odbywa się to niestety kosztem prawidłowej diagnostyki. Zaproponowane rozwiązania mają na celu racjonalizację procesu badań oraz zapewnienie jak najlepszych diagnostyk od momentu pobrania materiału do chwili otrzymania przez pacjenta raportu histopatologicznego.

Prof. Wiesława Grajkowska jako specjalista krajowego nadzoru podkreśliła: „Neuropatologia jest dziedziną unikatową, zajmującą się trudną diagnostyką chorób ośrodkowego i obwodowego układu nerwowego. Szczególnie ważna jest diagnostyka nowotworów układu nerwowego, która w świetle klasyfikacji WHO 2016 wymaga uwzględnienia elementów histopatologicznych i molekularnych".

W Polsce i na świecie odnotowuje się ciągły wzrost zachorowalności na nowotwory mózgu. U dzieci nowotwory te znajdują się na drugim miejscu, po rozrostach z układu chłonnego. Najczęstszym złośliwym nowotworem pierwotnym ośrodkowego układu nerwowego (OUN) u dorosłych jest glejak wielopostaciowy (*glioblastoma*) – choroba śmiertelna w XXI w. Najczęstszym nowotworem złośliwym mózgu u dzieci jest rdzeniak (*medulloblastoma*). Współczesna diagnostyka rozlanych glejaków wymaga uwzględnienia mutacji genów *IDH1* i *IDH2* oraz określenia kodelecji 1p/19q, jak i metylacji promotora *MGMT*. Diagnostyka neuropatologiczna *medulloblastoma* wymaga określenia typów histologicznych i podgrup molekularnych, takich jak: WNT, SHH, grupa 3 i 4, w celu właściwej stratyfikacji pacjentów do leczenia. W niektórych typach nowotworów, takich jak: *ependymoma RELA fusion-positive*, *diffuse midline glioma H3K27M-mutant*, *embryonal tumor with multilayered resettes, C19MC-altreted*, wyniki badań molekularnych są niezbędne do postawienia rozpoznania. Jednocześnie diagnostyka molekularna pozwala na wdrożenie terapii celowanej. Z drugiej strony problemem współczesnej diagnostyki nowotworów OUN w Polsce jest brak dostępu do badań molekularnych, obserwowany w wielu ośrodkach, jak i brak możliwości konsultacji w multidyscyplinarnych zespołach. Poważnym problemem jest również ograniczona liczba wykwalifikowanych neuropatologów. W województwach: dolnośląskim, kujawsko-pomorskim, lubuskim, opolskim, podkarpackim, podlaskim, śląskim, świętokrzyskim i warmińsko-mazurskim nie ma żadnego neuropatologa.

Dr hab. Anna Krakowiak, prof. IMP, reprezentująca krajowy nadzór specjalistyczny w dziedzinie toksykologii klinicznej, skupiła się na problemie nowych narkotyków (NN), które stanowią bezpośrednie zagrożenie dla zdrowia i życia ich użytkowników. Jak zaznaczyła: „W Polsce świadomość społeczeństwa na temat negatywnych skutków zdrowotnych związanych z używaniem NN jest niewystarczająca, w związku z czym instytucje zajmujące się tą tematyką realizują różnorodne inicjatywy o charakterze m.in. informacyjno-edukacyjnym czy naukowym".

Nowe narkotyki (NN) stanowią duże zagrożenie dla zdrowia publicznego, ponieważ nie mają pełnej dokumentacji farmakologicznej, toksykologicznej oraz udowodnionego bezpieczeństwa stosowania. Nieznane działanie tych substancji stanowi bezpośrednie zagrożenie dla zdrowia i życia ich użytkowników. NN sprzedawane są na wiele sposobów, pod mnogością postaci, a ich użytkownikami są różne grupy społeczne. Wzorce ich zażywania są odmienne w zależności od kraju i regionu świata. Szczególną trudność stanowi identyfikacja NN, ich diagnostyka i leczenie ostrych zatruć. W Europie do końca 2018 r. Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, EMCDDA) monitorowało ponad 730 nowych substancji psychoaktywnych, z których 55 wykryto po raz pierwszy w 2018 r. W Polsce w latach 2015–2018 największa liczba przypadków zatruć została zgłoszona z województw śląskiego i łódzkiego. Warto podkreślić, że liczba zgłoszeń z tych województw stanowiła prawie 59 proc. wszystkich zgłoszeń w tym okresie. Zwiększa się liczba przypadków zatruć NN w grupie wiekowej 30–39 lat.

W Polsce świadomość społeczeństwa na temat negatywnych skutków zdrowotnych związanych z używaniem NN jest niewystarczająca, w związku z czym realizowane są różnorodne inicjatywy przez instytucje zajmujące się tą tematyką o charakterze m.in. informacyjno-edukacyjnym czy naukowym. Jedną z takich inicjatyw jest w Polsce projekt DOPMED, czyli System Rejestracji i Identyfikacji Zatruć Nowymi Substancjami Psychoaktywnymi jako

kluczowe źródło szybkiego reagowania na niepożądane skutki ich używania. Wyniki tego projektu wskazują, że:

- głównymi odbiorcami NN są: osoby młode, mężczyźni, osoby z podstawowym wykształceniem, osoby uzależnione,
- zdecydowana większość pacjentów prezentowała objawy kliniczne mogące odpowiadać ostrej toksyczności NN,
- zidentyfikowane substancje psychoaktywne (katynony, syntetyczne kannabinoidy, fenetyloaminy, opioidy) mogły być odpowiedzialne za szeroki zakres objawów obserwowanych u hospitalizowanych pacjentów,
- wzrasta liczba pacjentów sięgających po ww. środki w środowisku pracy.

Przyszłe działania instytucji zajmujących się tematyką NN powinny być ukierunkowane na:

- zwiększenie dostępności pomocy terapeutycznej i psychiatrycznej dla osób od nich uzależnionych,
- w ramach resortu zdrowia konieczne wydaje się wyznaczenie laboratoriów posiadających doświadczenie oraz zaplecze sprzętowe pozwalające na identyfikację tych związków – pozyskane w ten sposób dane o wynikach analiz chemicznych mogłyby być natychmiast przekazywane do instytucji zajmujących się zwalczaniem problemu NN w Polsce,
- niezwykle istotne jest finansowanie działań z zakresu profilaktyki i promocji zdrowia skierowanych w szczególności do młodzieży i ich opiekunów,
- przyszłe działania powinny być również ukierunkowane na stworzenie systemu wymiany informacji o zagrożeniach pomiędzy sektorem zdrowia publicznego a organami ścigania,
- niezwykle istotna jest stała kooperacja służb oraz instytucji upoważnionych do ograniczania zagrożeń powodowanych przez NN, w tym również instytucji analizujących przepisy prawne regulujące problematykę wytwarzania i wprowadzania do obrotu tych substancji.

Prof. Maciej Szmitkowski jako przedstawiciel krajowego nadzoru specjalistycznego mówił o znaczeniu i problemach diagnostyki laboratoryjnej: „Diagnostyka laboratoryjna pracuje dla wszystkich dziedzin medycyny – mówi się obecnie, że diagnoza lekarska w 60–70 proc. oparta jest na badaniach laboratoryjnych. Niestety, dyrektorzy szpitali traktują laboratoria jako ośrodki kosztów. 40 proc. szpitali publicznych oddało swoje laboratoria zewnętrznym wykonawcom. W Polsce wydaje się na badania laboratoryjne 9,8 euro na obywatela, za nami są tylko: Rumunia, Węgry, Bułgaria i Cypr".

W polskiej medycynie funkcjonuje obecnie 1521 medycznych laboratoriów diagnostycznych. Laboratoria te wyposażone są w wysokiej klasy analizatory diagnostyczne dostarczone przez znanych na świecie producentów aparatury i odczynników. W laboratoriach tych w znacznej większości pracują absolwenci kierunkowych studiów medycznych – analitycy medyczni (diagności laboratoryjni), którzy są wykształceni do pracy w szeroko pojętej medycynie laboratoryjnej. Aktualnie 1975 diagnostów posiada specjalizację z laboratoryjnej diagnostyki medycznej. Jakość pracy wszystkich laboratoriów jest co kwartał kontrolowana przez Centralny Ośrodek Badania Jakości w Diagnostyce Laboratoryjnej i jeśli laboratorium szpitalne uzyskuje świadectwo wysokiej jakości pracy, szpital dostaje o 0,5 proc. wyższy budżet z NFZ. Dodatkowe 0,5 proc. szpital może uzyskać z wysokiej jakości pracy laboratorium mikrobiologicznego.

Według danych międzynarodowych w Polsce wydaje się na badania laboratoryjne 9,8 euro rocznie na obywatela (w Czechach 15,8 euro). Tak niska wartość badań laboratoryjnych jest wynikiem bardzo małej ilości badań zlecanych przez lekarzy rodzinnych (POZ) i braku listy obowiązkowych badań profilaktycznych w określonych okresach życia obywatela. Badań, które pozwoliłyby np. na wczesne rozpoznanie cukrzycy, niewydolności nerek, zagrożenia zawałem czy nowotworami. Należy też podkreślić, iż środowisko diagnostów laboratoryjnych prowadzi starania o nieodpłatny system specjalizacji, taki jaki dotyczy lekarzy, urzędową wycenę badań laboratoryjnych, a nawet kontraktowanie laboratoriów przez płatnika oraz

o powołanie Generalnego Inspektoratu Medycyny Laboratoryjnej, który sprawowałby pełny nadzór na wszystkimi medycznymi laboratoriami diagnostycznymi w Polsce.

Prof. Katarzyna Dzierżanowska-Fangrat, reprezentująca krajowy nadzór specjalistyczny w dziedzinie mikrobiologii lekarskiej, zaznaczyła: „W Polsce przeżywamy obecnie kryzys w obszarze zakażeń i chorób zakaźnych związany m.in. ze stale narastającą lekopornością drobnoustrojów na leki".

Szacuje się, że w naszym kraju ponad 40 tys. osób rocznie ulega zakażeniom wywoływanym przez patogeny lekooporne, a ponad 2 tys. z nich umiera. Antybiotykooporność patogenów szpitalnych w Polsce należy do największych w Europie. Coraz częściej mamy do czynienia z zakażeniami wywoływanymi przez patogeny oporne na niemal wszystkie lub wszystkie dostępne antybiotyki, a w wielu szpitalach występują ogniska epidemiczne takich zakażeń. Opisywany kryzys jest wynikiem niewłaściwego stosowania antybiotyków zarówno w lecznictwie otwartym, jak i zamkniętym oraz braku nowych leków aktywnych wobec najbardziej opornych drobnoustrojów. Wprawdzie w ostatnich latach pojawiły się na rynku nowe preparaty przeciwbakteryjne, jednak wszystkie one stanowią jedynie modyfikację już istniejących leków. Brak natomiast antybiotyków o nowych, unikalnych mechanizmach działania zdolnych do przełamania istniejącej oporności bakterii.

W związku z powyższym konieczna jest intensyfikacja działań zmierzających do ograniczenia narastania lekooporności drobnoustrojów i wywoływanych przez nie zakażeń. W tym celu potrzebna jest narodowa strategia walki z zakażeniami, obejmująca kluczowe obszary, tj. kontrolę zakażeń szpitalnych i racjonalną antybiotykoterapię. Powyższy program wymaga dobrze skoordynowanych rozwiązań systemowych (obejmujących wiele aspektów dotyczących m.in. skutecznego nadzoru i monitorowania zakażeń szpitalnych, infrastruktury szpitali, zapewnienia wykwalifikowanego personelu, dostępu do szybkiej i wiarygodnej diagnostyki mikrobiologicznej etc.), co z kolei wymaga czasu i znacznych nakładów finansowych.

Stosunkowo prostym działaniem, które mogłoby doprowadzić do poprawy stosowania antybiotyków, a tym samy ograniczyć wzrost oporności drobnoustrojów, wydaje się powszechna i intensywna kampania edukacyjna kierowana do wszystkich lekarzy (zarówno specjalizujących się, jak i specjalistów) w postaci kursu e-lerningowego. W trakcie debaty konsultantów ustalono, że konsultant krajowy w dziedzinie mikrobiologii przygotuje kurs dotyczący profilaktyki, diagnostyki i leczenia zakażeń, który będzie dostępny na platformie CMKP.

Prof. Henryk Skarżyński podkreślił, jak wielką rolę odgrywają nowe technologie w diagnostyce i leczeniu wad słuchu i zaburzeń innych narządów zmysłów. „Dzięki postępowi w technologiach medycznych i otochirurgii można dziś pomóc prawie każdemu pacjentowi z wadą słuchu. Mamy do dyspozycji różne typy urządzeń wszczepialnych i aparatów słuchowych nowej generacji. W przypadku częściowej i całkowitej głuchoty system implantu można dopasować w taki sposób, aby zaproponowane rozwiązanie wykorzystujące nowe technologie oraz oryginalną technikę minimalnie inwazyjnej mikrochirurgii przyniosło efekty najlepsze dla konkretnego pacjenta".

W leczeniu częściowej głuchoty dysponujemy wieloma metodami, w konkretnych przypadkach możemy zaproponować: uzupełnienie akustyczne zachowanego słuchu poprzez wzmocnienie za pomocą aparatów słuchowych i implantów ucha środkowego (stymulacja akustyczna), elektryczne wspomaganie dla efektywnego słyszenia elektryczno-naturalnego (stymulacja elektronaturalna), elektryczne uzupełnienie zachowanego dobrego słuchu tylko na niskich częstotliwościach (uzupełnienie elektryczne), połączenie stymulacji elektrycznej i akustycznej z aparatem słucho-

wym i implantem ślimakowym (stymulacja elektroakustyczna), tylko stymulacjaę elektryczną z zachowaniem struktury ucha wewnętrznego i niefunkcjonalnych resztek słuchowych, które nie dają pacjentowi szans na swobodny rozwój mowy i opanowanie języka (stymulacja elektryczna), ale ich zachowanie oznacza szansę na to, by pacjent mógł skorzystać z nowych technologii, które staną się dostępne za 15 czy 20 lat.

Postęp był efektem wielu działań, m.in. współpracy z prof. Andrzejem Czyżewskim z Politechniki Gdańskiej, która zaowocowała powstaniem programu „Słyszę, Mówię, Widzę". Program ten pokazał, że można zbadać każdego pacjenta w celu orientacyjnego sprawdzenia, czy jego słuch jest prawidłowy, czy też trzeba wykonać dalsze badania kliniczne. To był wielki postęp w szeroko rozumianej profilaktyce w zakresie narządu zmysłu słuchu i mowy, a pośrednio również przyczyniliśmy się do rozpowszechnienia badań wzroku, chociaż nie jesteśmy ekspertami w tej dziedzinie. Platforma Badań Zmysłów (wraz z programem „Słyszę, Mówię, Widzę") jest urządzeniem przenośnym, które służy do przeprowadzania badań przesiewowych słuchu, wzroku i mowy u dzieci, młodzieży oraz osób ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi

Dużym sukcesem IFPS jest przeprowadzenie badań przesiewowych słuchu u dzieci rozpoczynających edukację szkolną. Łącznie wykonano około 1,5 mln badań, z których powstał obszerny materiał naukowy zawierający wnioski do przygotowania m.in. nowej aparatury badawczej. Model badań przesiewowych wdrożony w Instytucie Fizjologii i Patologii Słuchu stał się wzorem dla innych krajów UE. W ramach polskiej prezydencji w Radzie Unii Europejskiej w 2011 r. opracowano, pod przewodnictwem ekspertów z Instytutu Fizjologii i Patologii Słuchu i z udziałem przedstawicieli Europejskiej Federacji Towarzystw Audiologicznych, Europejski Konsensus Naukowy „Badania przesiewowe słuchu u dzieci w wieku przedszkolnym i szkolnym". Dokument został przyjęty i podpisany w Warszawie 22 czerwca 2011 r. przez 35 ekspertów z 27 krajów. Równolegle przyjęto także Europejski Konsensus Naukowy „Badania przesiewowe słuchu, wzroku i mowy u dzieci w wieku przedszkolnym i szkolnym". Wnioski z prac nad przygotowaniem Konsensusów posłużyły do opracowania projektu Konkluzji Rady UE na temat wczesnego wykrywania i leczenia zaburzeń komunikacyjnych u dzieci z uwzględnieniem zastosowania narzędzi e-zdrowia i innowacyjnych rozwiązań. Dokument, przyjęty 2 grudnia 2011 r. w Brukseli na posiedzeniu Rady Unii Europejskiej ds. Zatrudnienia, Polityki Społecznej, Zdrowia i Spraw Konsumenckich, zachęcał przedstawicieli rządów w krajach członkowskich do podjęcia działań na rzecz wykrywania i leczenia zaburzeń słuchu, wzroku i mowy u dzieci, m.in. poprzez programy badań przesiewowych. W ramach realizacji postanowień tej konkluzji rozpoczęliśmy m.in. pilotażowe badania przesiewowe słuchu na czterech kontynentach.

Mówiąc o postępie w leczeniu narządów zmysłów, nie sposób nie wspomnieć o zaprojektowanej w ramach programu NCBR Kapsule Badań Zmysłów, systemie multimedialnym służącym do wykonywania badań przesiewowych słuchu, wzroku, węchu, smaku, równowagi, mowy oraz funkcji przetwarzania słuchowego. Kapsuła Badań Zmysłów może zostać wykorzystana w profilaktyce – jeśli stanie w miejscach publicznych, każdy z pacjentów będzie mógł samodzielnie wykonać w niej badania poszczególnych zmysłów. Takie badania to szansa na wcześniejsze wykrycie wielu chorób, zwłaszcza chorób rozwijających się na podłożu neurodegeneracyjnym i – co za tym idzie – szansa na skuteczniejsze leczenie.

Prof. Grażyna Mielnik-Niedzielska, odnosząc się do postępowania w leczeniu narządów zmysłów, podkreśliła, że u dzieci narząd słuchu i równowagi odgrywa szczególną rolę. Dlatego wczesne rozpoznawanie zaburzeń tych zmysłów oraz ich rehabilitacja jest w wieku rozwojowym niezwykle istotna.

Badania przesiewowe słuchu noworodków spełniają te zadania. Jednakże okazało się, że ok. 20 proc. dzieci rozpoczynających naukę szkolną ma problemy z prawidłowym słyszeniem. Uważamy zatem, że badania przesiewowe słuchu u dzieci w wieku wczesnoszkolnym powinny być przeprowadzane celem wyłonienia dzieci z niedosłuchem, które mają problemy z procesem edu-

kacyjnym, społecznym i behawioralnym. Problem niedosłuchu, głównie u dzieci i młodzieży, to problem nie tylko medyczny, lecz także społeczny, dlatego wczesne wykrywanie zaburzeń słuchu, ich leczenie i rehabilitacja są niezwykle ważne.

W obecnych czasach istotna jest profilaktyka. Powstaje zatem pytanie, jak zapobiegać niedosłuchowi w okresie rozwojowym. Poznanie przyczyn niedosłuchu może prowadzić do właściwej prewencji. Jedną z metod poszukiwania przyczyn są badania genetyczne, które pozwalają na identyfikację genów odpowiadających za powstanie niedosłuchu oraz ewentualnych skutków ekspresji poszczególnych genów. Badania genetyczne mogą prowadzić także do opracowania w przyszłości terapii genetycznej.

Prof. Andrzej Czyżewski przedstawił jeden z autorskich projektów Zespołu Katedry Systemów Multimedialnych Politechniki Gdańskiej – system Cyber-Oko®, innowacyjne rozwiązanie integrujące trzy różne technologie: śledzenia wzroku, komputerowej emisji zapachów oraz analizy bioelektrycznej aktywności mózgu pacjenta. Jednocześnie przedstawił plan opracowania jeszcze bardziej zaawansowanych rozwiązań umożliwiających m.in. komunikowanie się z osobami o obniżonej świadomości. „Mamy obowiązek dać tym ludziom szansę na wyrażanie swoich myśli, uczuć, potrzeb bez względu na sposób komunikacji", podkreślił prof. A. Czyżewski.

Należy zaznaczyć, że innowacyjnym aspektem systemu Cyber-Oko® jest również jego przeznaczenie. System jest wykorzystywany zarówno w procesie diagnozy, jak i terapii (stymulacji) pacjentów uważanych za osoby znajdujące się w śpiączce lub w stanie wegetatywnym.

Pierwszą innowacyjną funkcjonalnością Cyber-Oka® było wspieranie procesu diagnozy pacjenta oraz jego rehabilitacji neurologicznej poprzez stymulowanie odpowiednich funkcji poznawczych. Drugą funkcjonalnością systemu jest zaś możliwość nawiązania przez pacjenta bezpośredniego kontaktu z terapeutą i członkami rodziny.

Dzięki śledzeniu wzroku, a przed wszystkim specjalnemu oprogramowaniu, którego zasada działania jest owocem kilkuletnich badań prowadzonych w sześciu ośrodkach opiekuńczo-leczniczych z udziałem pacjentów, opracowany system umożliwia nawiązywanie kontaktu z otoczeniem przez osoby unieruchomione i niezdolne do komunikacji werbalnej lub gestowej. Zastosowanie systemu śledzenia punktu fiksacji wzroku w określaniu stopnia świadomości stanowi innowacyjne podejście na tle badań prowadzonych w tej dziedzinie w różnych ośrodkach naukowo-badawczych.

Część zaproponowanej metodologii związana z rehabilitacją stanowi jej istotny element. Głównym celem rehabilitacji jest stymulowanie ośrodków odpowiedzialnych za procesy poznawcze z wykorzystaniem systemu śledzenia wzroku oraz stymulacja polisensoryczna, w szczególności wzrokowo-słuchowa z wykorzystaniem komputera multimedialnego. Dodatkowo stymulowany jest również zmysł powonienia z wykorzystaniem opracowanego w Katedrze Systemów Multimedialnych interfejsu aromatowego.

W terapii pacjentów zdiagnozowanych jako osoby w śpiączce lub w utrwalonym stanie wegetatywnym oprócz standardowych czynności rehabilitacyjnych istotną rolę odgrywa bodźcowanie zmysłów pacjenta za pomocą opracowanego komputerowego interfejsu aromatowego, umożliwiającego precyzyjne dozowanie substancji lotnych w ściśle określonych momentach. W przypadku niektórych pacjentów stosowana jest także analiza przebiegów elektroencefalograficznych z użyciem opracowanego oprogramowania kasku EEG.

Już w fazie badań pilotażowych potwierdzono eksperymentalnie możliwość różnicowania stopnia świadomości pacjentów niekomunikujących się.

Celem badawczym było ponadto zbadanie umiejętności czytania ze zrozumieniem u pacjentów wybudzonych ze śpiączki, ale pozostających w stanie obniżonej świadomości. Do realizacji tego celu również została zastosowana technologia śledzenia wzroku. W toku opracowywania potrzebnego oprogramowania przygotowane zostały różne zadania sprawdzające umiejętność czytania ze zrozumieniem sylab, słów i zdań. Uzyskane wyniki wykazały, że w większości przypadków osoby wybudzone ze śpiączki, pozostające w stanie obniżonej świadomości, zachowały w dużym stopniu

umiejętność czytania ze zrozumieniem, ale miały trudności z rozpoznawaniem błędów w tekście pisanym. Uzyskane wyniki pozwoliły na sformułowanie zaleceń dotyczących rozwoju interfejsów człowiek–komputer, opartych na śledzeniu wzroku, przeznaczonych dla osób z deficytami świadomości.

Część spośród zrealizowanych w projekcie prac badawczych miała na celu przebadanie sposobów parametryzacji i klasyfikacji sygnałów EEG pod kątem maksymalizacji skuteczności rozpoznawania intencji ruchu. Wykorzystano znane wcześniej z literatury obserwacje wykazujące zależność pomiędzy aktywnością elektryczną w różnych partiach mózgu a czynnością wykonywania rzeczywistego ruchu (np. uniesienia ręki). Ponadto analogiczna aktywność nerwowa pojawia się także w sytuacji wyłącznie wyobrażania sobie ruchu przez osobę badaną. W związku z powyższym jeden z celów badawczych w projekcie polegał na zaproponowaniu i przebadaniu nowych metod parametryzacji oraz klasyfikacji sygnałów EEG, które ostatecznie zaowocowały stworzeniem klasyfikatora o wysokiej skuteczności rozpoznawania ruchów rzeczywistych i wyobrażonych na podstawie rejestrowanej aktywności nerwowej. Rozpoznanie intencji ruchu jest szczególnie istotne w interfejsach człowiek–komputer dedykowanych osobom sparaliżowanym, które dzięki temu uzyskują możliwość m.in. sterowania położeniem kursora na ekranie i zatwierdzania wskazywanych opcji, analogicznie do sposobów obsługi aplikacji za pomocą ekranu dotykowego. W celu potwierdzenia powyższej tezy o wysokiej skuteczności proponowanego podejścia przeprowadzono szereg eksperymentów, których celem było wykorzystanie i porównanie różnych metod uczenia maszynowego zastosowanych do klasyfikacji wyobrażonego ruchu. W efekcie badań udowodniono, że wyniki subiektywnej oceny stanu pacjentów stosowane w neurologii (GCS) korelują z wynikami uzyskiwanymi za pomocą opracowanych interfejsów człowiek–komputer (EGT i EEG), dzięki czemu możliwa jest obiektywizacja ocen pacjentów z porażeniami mózgowymi z użyciem nowoczesnych technologii informatycznych. Wykazano również, że sieci neuronowe (autoenkodery) mogą służyć do skutecznej analizy sygnałów EEG i EGT, prowadzonej w celu ustalenia stopnia świadomości osób po ciężkich urazach mózgu. Wyniki badań przedstawiono w monografii „Komputerowe oko świadomości" w 12 publikacjach w czasopismach naukowych.

Aktualne światowe trendy w badaniach nad świadomością dotyczą detekcji i analizy aktywności w wielu partiach mózgu w zakresie bardzo wysokich częstotliwości, tj. pasmach gamma (30–100 Hz), wysokim gamma (50–125 Hz), zafalowaniach (ang. *ripple,* 125–250 Hz) i szybkich zafalowaniach (250–500 Hz). Ponieważ nie istnieje możliwość przezczaszkowej rejestracji tych częstotliwości, to stosowana jest rejestracja wewnątrzczaszkowa z użyciem elektrod umieszczanych bezpośrednio w strukturach mózgu. Czołowe badania (Kucewicz 2014, Katedra Systemów Multimedialnych PG) wykazują, że świadome aktywności: percepcji, zapamiętywania i przywoływania z pamięci obrazów, związane są ze wzrostem wysokoczęstotliwościowych oscylacji w regionach wzrokowym (*primary visual*), limbicznym (*limbic*) oraz wyższych rzędach korowych (*higher order cortical*), w kolejności zgodnie z kierunkiem przetwarzania bodźców wzrokowych. Badania w tym zakresie są aktualnie prowadzone w celu przebadania obecności sygnałów związanych z procesami świadomości – zapamiętywania oraz przywoływania bodźców i informacji: wzrokowej, słuchowej, werbalnej (słownej), na podstawie współpracy z pacjentami z głęboko implantowanymi elektrodami w strukturach hipokampu, ciała migdałowatego oraz w pobliżu kory wzrokowej, słuchowej i ruchowej – średnio do 100 elektrod u osoby. Zakres badań obejmuje sprawdzenie reakcji partii mózgu i obecności charakterystycznych sygnałów w wysokich częstotliwościach gamma (do 500 Hz), w zależności od podawanych elektrycznie bodźców: sygnały o dostosowywanej amplitudzie (0,25–3,0 mA), czasie trwania stymulacji (500, 750, 1000 ms), częstotliwości (10, 25, 50, 100, 200 Hz) oraz odnosi się do sposobu pobudzania wybranych par elektrod sygnałem prostokątnym (przeciwsobnie dwubiegunowo, symetrycznie). Oczekuje się, że zweryfikowane zostanie, w jaki sposób mózg ludzki odpowiada na te stymulacje, szczególnie aktywności gamma (30–150 Hz) świadczące o procesach poznawczych.

Dane zarejestrowane przez pracowników Katedry Systemów Multimedialnych PG w Mayo Clinic (Rochester, USA) pochodzą z 30-minutowych eksperymentów przeprowadzonych u około 60 pacjentów, którzy mają elektrody implantowane na korze mózgu oraz głęboko w strukturach hipokampu,

ciała migdałowatego i innych. Celem tych eksperymentów jest znalezienie parametrów stymulacji mózgu, które wywołają zmiany w aktywności iEEG (intracranial EEG/ECoG/LFP). Podczas tych 30 minut pacjent leży w łóżku, a co 3 s stymulowana jest wybrana para elektrod. W trakcie jednej sesji aplikowanych jest około 400 różnych parametrów stymulacji. Jednocześnie nagrywany jest sygnał ze wszystkich implantowanych elektrod w różnych częściach mózgu (daleko i blisko od elektrod stymulujących) – średnio 100 elektrod u każdego pacjenta. Niezbędne stało się opracowanie metod filtrowania artefaktów stymulacji w zarejestrowanych sygnałach, obecnych nawet przez pewien czas po stymulacji. W Politechnice Gdańskiej podjęto się usuwania wspomnianych wyżej artefaktów oraz poszukiwania ukrytych współzależności pomiędzy parametrami stymulacji mózgu a zmianami w aktywności iEEG oscylacjami mózgu. Filtracja i analiza sygnałów uzupełnia zatem ogólny schemat układu, w którym prowadzone są eksperymenty.

Metody analizy sygnałowej uzupełniane są także metodami statystycznymi. Ma to na celu wyeliminowanie z sygnałów z elektrod składników pochodzących z aktywności elektrycznej pobliskich mięśni i przepływu krwi w naczyniach. Między innymi stosowana jest analiza składowych głównych, analiza składowych niezależnych, analiza korelacyjna, projekcja sygnałowo-przestrzenna (ang. *signal-space projection*, SSP), polegająca na rozkładaniu sygnału na komponenty i określaniu, które z nich zawierają niepożądane artefakty. Podstawą działania tych metod jest spostrzeżenie, że sygnał aktywności mięśniowej pochodzi ze ściśle określonego miejsca, np. z żuchwy, powiek, i propaguje się do wielu pobliskich elektrod oraz jest rejestrowany z charakterystycznymi opóźnieniami i tłumieniami na tle właściwych sygnałów EEG. Wzorzec opóźnień i tłumień może zostać użyty do eliminacji niepożądanych artefaktów. Odpowiednio wyselekcjonowane cechy sygnałów wykorzystywane są następnie w procesie wykrywania i oceny zależności między bodźcami a reakcją kluczowych partii mózgu. W tym celu stosowane są eksperymentalnie metody inteligentne, np. klasyfikacja rozmyta, modelowanie za pomocą zbiorów przybliżonych, nadzorowany i nienadzorowany trening sztucznych sieci neuronowych, klasyfikacja za pomocą maszyny wektorów nośnych. W rezultacie możliwe staje się określenie, jakie bodźcowanie zastosować w celu uzyskania pożądanej, korzystnej aktywności nerwowej.

W perspektywie oczekuje się, że wyniki tego typu badań pozwolą dokładniej diagnozować poziom świadomości oraz opracować metody aktywnego, nieinwazyjnego, przezczaszkowego stymulowania osób z zaburzeniami świadomości w celu poprawy aktywności odpowiednich partii mózgu i poprawy możliwości i zdolności komunikowania się pacjentów po udarach mózgu lub cierpiących na różnego typu zaburzenia (nasilona epilepsja, afazja, depresje i in.).

Planowanym efektem dalszego rozwoju prac jest stworzenie innowacyjnych rozwiązań pod nazwą *Cyber-Bed* (Cyber-Łóżko), a także Cyber-Sala i Cyber-Oddział. Zaletą opracowanych rozwiązań będzie ich uniwersalne przeznaczenie. Rozwiązanie systemowe o nazwie *Cyber-Bed* będzie mogło być stosowane w celu prowadzenia diagnozy i terapii pacjentów doświadczonych uszkodzeniem mózgu (pacjenci w stanie wegetatywnym/apalicznym, w stanie minimalnej świadomości), a także w celu poprawy komfortu życia pacjentów, którzy są świadomi, ale nie komunikują się lub komunikują się z trudem ze światem zewnętrznym. Pierwsza grupa pacjentów (z zaburzeniami świadomości) – to liczne podgrupy odbiorców, ponieważ problem zaburzonej świadomości najczęściej dotyczy osób, które doświadczyły urazów mózgowo-czaszkowych (głównie wskutek wypadków komunikacyjnych), udarów mózgu, zmian w mózgu (głównie tętniaki, guzy), niedotlenienia (wskutek podtopienia, nagłego zatrzymania krążenia – NZK, czy próby samobójczej). Z kolei druga grupa pacjentów to osoby świadome, znajdujące się w zespole zamknięcia (LIS) lub chorujące na stwardnienie rozsiane (SM) czy stwardnienie zanikowe boczne (SLA), a także liczne grupy pacjentów z dużymi niedowładami kończyn. Poza wsparciem komunikacji pacjentów należących do drugiej, wyżej scharakteryzowanej grupy, rozwiązanie będzie wpływało na poprawę komfortu życia pacjentów poprzez umożliwienie im sterowania łóżkiem i innymi urządzeniami zewnętrznymi za pomocą wzroku. Dodatkowo przewiduje się rozszerzenie funkcjonalności rozwiązania o moduł wirtualnej rzeczywistości, umożliwiający zanurzenie się pacjenta w wirtualnym środowisku. Zgodnie z najnowszym trendem rozwojowym w informatyce, jakim jest rozwój internetu rzeczy, rozwiązanie zostanie zaprojektowane także jako

element sieciocentrycznego środowiska sensorowego *(ang. sensor network),* umożliwiającego osobie z niedowładami zwiększenie możliwości otrzymywania informacji z otoczenia i oddziaływania na otoczenie. Elementy powyższego rozwiązania będą mogły być ponadto wykorzystywane również na rzecz innego rodzaju pacjentów hospitalizowanych, którzy w trakcie pobytu w szpitalu na ogół tracą lub mają bardzo ograniczone możliwości komunikowania się z użyciem nowoczesnych technologii ICT, do których wykorzystywania w życiu codziennym wielu z nich jest przyzwyczajonych.

W wyniku realizacji kolejnych etapów prac spodziewane są następujące efekty:

1. Otrzymanie wyników poszerzonych badań podstawowych prowadzonych z wykorzystaniem opracowanego w ramach projektu zintegrowanego rozwiązania diagnostyczno-rehabilitacyjnego – badania te będą stanowiły podstawę naukową dla opracowywanej metodologii opartej na stosowaniu w diagnozie i rehabilitacji przenośnego i stosunkowo łatwo dostępnego dla placówek opieki zdrowotnej rozwiązania systemowego, które powstanie w ramach projektu.
2. Powstanie kolejnego produktu stanowiącego zintegrowany system interfejsów multimodalnych oraz urządzeń peryferyjnych przeznaczonych do diagnozy i terapii pacjentów z zaburzoną świadomością, a także na co dzień poprawiających jakość życia pacjentów porażonych czterokończynowo z afonią.
3. Utworzenie modułu kinezyterapii umożliwiającego organizowanie i nadzorowanie ćwiczeń rehabilitacyjnych dla pacjentów neurologicznych, kardiologicznych i ortopedycznych pod nadzorem zautomatyzowanego systemu śledzenia ruchu i wirtualnego terapeuty (awatara).
4. Utworzenie modułu multimedialnej komunikacji telemedycznej, umożliwiającego nadzór lekarski, terapeutyczny, pielęgniarski, a także ułatwiony kontakt pacjenta ze światem zewnętrznym (rodzina, RTV, publikatory).

Celem planowanego projektu pod roboczą nazwą Cyber-Oddział jest opracowanie i wdrożenie innowacyjnych rozwiązań usprawniających interakcję z otoczeniem, rehabilitację oraz opiekę nad osobami z zaburzeniami ruchu i komunikacji w oddziałach przystosowanych dla pacjentów w stanie minimalnej świadomości.

Ideą projektu jest rozwój i integracja innowacyjnych metod i technik wykrywania, rejestracji i analizy aktywności elektrycznej mózgu (elektroencefalografia) oraz technologii i narzędzi wykorzystujących interfejsy multimodalne (wzrok, słuch, powonienie, ewentualnie wibracje, zimno, ciepło) w procesie diagnostyki, terapii i rehabilitacji osób w śpiączkach pourazowych z minimalnym poziomem świadomości czy osób po wybudzeniu z tego rodzaju stanów z utrzymującymi się problemami w zakresie komunikowania się i niedowładów.

Rezultatem będzie cyber-oddział – instalacja pilotażowa zespołu urządzeń składających się na innowacyjny system diagnostyczno-rehabilitacjno-opiekuńczy. Instalacja pilotażowa pozwoli na właściwe przetestowanie poszczególnych rozwiązań i technologii w kontakcie z rzeczywistym pacjentem. Przy tak złożonym problemie jedynie umiejscowienie rozwiązań w warunkach rzeczywistych pozwoli na osiągnięcie pewności co do ich prawidłowego działania. Docelowo cyber-oddział będzie funkcjonował jako w pełni samodzielna jednostka w ramach zakładów opieki medycznej.

Jednym z wyzwań współczesnej medycyny powinno być zatem sprostanie potrzebom osób, które z pozoru są pozbawione logicznego kontaktu z otoczeniem. Uzyskane wyniki są wskazówką do tworzenia specjalnych programów terapeutycznych i diagnostycznych dla tych osób. Chcielibyśmy jednak zwrócić uwagę na jeszcze jeden bardzo istotny kierunek dalszych badań, czyli na komunikację. Tak jak zostało już wspomniane, nie możemy być pewni, czy zaburzenia w komunikacji osób z obniżoną świadomością wynikają ze stanu sprawności układu językowego (dyzartia), czy może z zaburzeń sensorycznych lub motorycznych utrudniających budowę bądź odbiór wypowiedzi słownej (afazja).

Zastanówmy się, co czuje osoba, która jest całkowicie sparaliżowana, ma afonię (bezgłos), wszyscy wokół traktują ją, jakby nic nie słyszała, nie rozumiała, a ona jest świadoma, słyszy, czuje, żyje! Chce przekazać, że coś ją boli, a nie może! Chce, posłuchać swojej ulubionej muzyki, ale jak ma o nią poprosić? Wszyscy za nią decydują, wszyscy wiedzą lepiej, co dla niej jest dobre, tylko czy na pewno?

W toku wieloletniej pracy z osobami z obniżoną świadomością, które otrzymały szansę na nawiązywanie interakcji z otoczeniem poprzez cyber-oko, zebraliśmy wiele dowodów na to, jak ważna jest możliwość komunikacji. Każdego dnia obserwujemy,

jak osoby zmieniają się pod kątem emocjonalnym. Tutaj nowego znaczenia nabiera powiedzenie, że oczy są zwierciadłem duszy. Na podstawie najczęściej wskazywanych komunikatów stworzyliśmy listę tego, co chcą nam przekazać osoby w stanach minimalnej świadomości bądź zdiagnozowane (często błędnie) jako będące w stanie wegetatywnym. Każda z osób wybierała pytanie lub samodzielnie pisała na wirtualnej klawiaturze: „Czy będę jeszcze mówił/a?". Trudne pytanie dla nas, ale zarazem istotna wskazówka, co jest dla tych osób najważniejsze. Mamy obowiązek dać tym ludziom szansę na wyrażanie swoich myśli, uczuć, potrzeb bez względu na sposób komunikacji.

Prof. Wojciech Golusiński, mówiąc o problemach związanych z leczeniem nowotworów, m.in. głowy i szyi, zaznaczył: „W zakresie badań molekularnych nie możemy mówić o postępie, lecz głębokiej stagnacji".

Mamy w tym zakresie wiele do zrobienia. W Polsce badania molekularne są limitowane, często nie można ich zrobić m.in. ze względów finansowych. Chcę podkreślić, że nie są wykonywane nawet zwykłe badania immunohistochemiczne, które kosztują 40, a nie kilkaset złotych. Na przykład w przypadku nowotworów głowy i szyi jest to bardzo ważne, czy mamy guz HPV ujemny, czy HPV dodatni, czy możemy zastosować klasyfikację TNM 8. Wynik decyduje o rodzaju leczenia. Tymczasem z mojej wiedzy wynika, że tylko nieliczne ośrodki w Polsce takie badania wykonują. Nie możemy więc w tym przypadku mówić o jakimkolwiek postępie, ale o głębokiej stagnacji.

Prof. Tadeusz Pałko, reprezentujący krajowy nadzór specjalistyczny w dziedzinie inżynierii medycznej (konsultant krajowy), przypominał, że właśnie w Polsce, jako pierwszym kraju na świecie, wprowadzono specjalność kształcenia akademickiego w tym zakresie wiedzy. Ponadto prof. T. Pałko podkreślił: „Nowe instrumentalne metody i technologie, które obecnie opracowujemy na Politechnice Warszawskiej, w przyszłości mogą mieć duże zastosowanie w badaniu zmysłów".

Polska posiada dobre i długie tradycje w rozwoju inżynierii medycznej. Właśnie w Polsce w 1946 r., jako pierwszym kraju na świecie, wprowadzono na Politechnice Warszawskiej kształcenie w inżynierii medycznej, tworząc specjalność o nazwie elektrotechnika medyczna i radiologia, która zapoczątkowała kształcenie zawodowe specjalizacyjne dla potrzeb ochrony zdrowia. Inicjatorem tego przedsięwzięcia był prof. Cezary Pawłowski, asystent Marii Skłodowskiej-Curie. Od lat 70. wprowadzono szerszą specjalność kształcenia pn. „Inżynieria biomedyczna", która stanowi połączenie wiedzy i techniki, biologii i medycyny. Obecnie inżynieria biomedyczna jest także kierunkiem kształcenia na uczelniach, a ostatnio wyodrębniono także dyscyplinę naukową, wprowadzoną na wielu polskich uczelniach. Ukończenie studiów magisterskich z tego zakresu uprawnia i stwarza preferencje do pracy w jednostkach ochrony zdrowia. Po dodatkowym kształceniu podyplomowym i zdobyciu odpowiedniego stażu klinicznego lub z udokumentowanym doświadczeniem zawodowym oraz po zdaniu egzaminu państwowego osoby takie uzyskują tytuł specjalisty inżyniera medycznego. Do głównych zadań inżyniera medycznego należą: doskonalenie jakości ochrony zdrowia poprzez właściwy nadzór nad eksploatacją nowoczesnych instrumentalnych technologii medycznych, obiektywna ocena aspektów technologiczno-eksploatacyjnych aparatury medycznej i zapewnienie jej właściwego wykorzystania, prowadzenie analizy wyników pomiarowych, zapewnienie bezpieczeństwa używania aparatury i systemów aparaturowych w warunkach klinicznych. Ważne jest prowadzenie analizy: koszt – ryzyko – efekt. Zawód ten wymaga również wysokiego poziomu etycznego.

Wykonywane na Politechnice Warszawskiej (Wydział Mechatroniki) prace na rzecz badań zmysłów dotyczą analizy sygnałów uzyskanych metodą magnetoencefalografii, przy użyciu nowoczesnych magnetometrów atomowych o wysokiej rozdzielczości

i czułości, z wielu odprowadzeń i z wielu cykli odpowiedzi na odpowiednio dobrane bodźce. Prace te są prowadzone w kooperacji z Państwowym Instytutem Fizyki Technicznej (PTB) w Berlinie. Na Politechnice Warszawskiej, we współpracy z prof. Henrykiem Skarżyńskim, została opracowana protezka strzemiączka jako element zastępczy w narządzie słuchu.

Dr inż. Łukasz Bruski zaznaczył: „W telemedycynie upatrujemy przyszłość nowoczesnej, otwartej na pacjenta medycyny. W dobie wszechobecnego internetu może stać się ona najbardziej pożądanym przez pacjentów źródłem dostępu do usług medycznych".

Telemedycyna – jako nieustannie rozwijająca się gałąź usług medycznych – jest najnowocześniejszą technologią umożliwiającą przeprowadzenie m.in. konsultacji specjalistycznej bez konieczności odbycia przez pacjenta wizyty w gabinecie lekarskim. Podstawową korzyścią wynikającą z zastosowania tej technologii jest przełamanie barier geograficznych, a co za tym idzie – umożliwienie pacjentom łatwego dostępu do usług medycznych przy jednoczesnym wyeliminowaniu kosztów związanych z podróżą. Telemedycyna to także sposób na utrzymanie najwyższej jakości usług medycznych – nie tylko wpływa na poprawę satysfakcji pacjenta, dla którego zwiększa się łatwość i częstotliwość w kontaktach ze specjalistą, lecz także pozwala na efektywniejsze wykorzystanie czasu pracy lekarzy specjalistów.

Ośrodki Medincus, znajdujące się na terenie całego kraju, a także poza jego granicami, dzięki doświadczeniu Instytutu Fizjologii i Patologii Słuchu i współpracy z zespołem IFPS oferują dostęp do telemedycyny, dzięki czemu obserwujemy wśród naszych pacjentów ogromny wzrost zadowolenia ze świadczonych przez nas usług medycznych. Specjaliści także cenią tę formę kontaktu z pacjentem. W ośrodkach Medincus pacjenci mogą skorzystać z telemedycyny w różnych obszarach. Jednym z nich jest **telefitting** – umożliwiający zdalne dopasowanie procesora mowy implantów słuchowych. Dzięki temu pacjenci po operacji wszczepienia implantu słuchowego nie muszą ponownie przyjeżdżać do szpitala w celu dopasowania procesora mowy. Jest to wygodne zwłaszcza dla pacjentów spoza granic Polski, dla których ponowny przyjazd byłby nie tylko obciążeniem finansowym, lecz także czasowym.

Kolejnym obszarem jest **telediagnostyka** ABR – badanie wykonuje się w celu określenia progu słyszenia pacjenta. Rozpoznanie niedosłuchu za pomocą tego badania daje możliwość zastosowania różnych urządzeń poprawiających słyszenie w zależności od rodzaju niedosłuchu. Taka wstępna diagnostyka przeprowadzona w ramach **telekonsultacji** pozwala zaoszczędzić czas związany z oczekiwaniem na wizytę u specjalisty, a tym samym przyspiesza moment poprawy słyszenia, co jest niezwykle ważne zwłaszcza w przypadku dzieci, które dopiero rozwijają mowę.

Ważnym elementem naszej telemedycyny jest także **telerehabilitacja**, czyli zdalne prowadzenie procesu rehabilitacji słuchu i mowy, także w warunkach domowych, pod nadzorem specjalistów i przy wykorzystaniu specjalnie do tego opracowanych urządzeń. Zostało to wprowadzone przez prof. Henryka Skarżyńskiego już w 2004 r. w ramach tzw. Domowej Kliniki Rehabilitacji.

Teleserwis to także prężnie rozwijający się dział świadczonych przez nas usług telemedycznych. Pacjenci implantowani mają możliwość diagnozowania usterek sprzętu, z którego korzystają, zdalnej jego naprawy oraz konsultacji w tym zakresie. Jest to jedna z najbardziej docenianych przez naszych pacjentów usług medycznych, ponieważ pozwala na szybkie i sprawne zdiagnozowanie problemów związanych z użytkowaniem implantów.

Działania w obszarze telemedycyny przynoszą nie tylko wymierne korzyści dla pacjentów. Ta nowoczesna technologia jest także wykorzystywana w **teleedukacji** lekarzy. Przykładem jest współpraca w ramach sieci LION (Lion International Otolaryngology Network, lion-web.org) realizowana przez prof. H. Skarżyńskiego i prof. Piotra H. Skarżyńskiego. Pozwala ona na transmitowanie zabiegów chirurgicznych na żywo, co jest nieocenionym walorem edukacyjnym dla szkolących się lekarzy.

W telemedycynie upatrujemy przyszłość nowoczesnej, otwartej na pacjenta medycyny. W dobie

wszechobecnego internetu telemedycyna może stać się najbardziej pożądanym przez pacjentów źródłem dostępu do usług medycznych. Zainteresowanie tego typu usługami medycznymi stale rośnie, na co wpływ ma łatwy i szybki dostęp do porady medycznej. Warto także podkreślić, że działalność telemedyczna może być realizowana dzięki zespołowi specjalistów przygotowanemu do tego typu współpracy z pacjentem. Wiele wskazuje na to, że korzyści płynące z telemedycyny będą w szybkim tempie przyczyniać się do rozpowszechniania tej usługi medycznej na rynku polskim.

Dr hab. Paweł Balsam (z zespołu prof. Grzegorza Opolskiego – red.) obszernie przedstawił zasady telemonitoringu pacjentów kardiologicznych i zaznaczył, że jego zastosowanie w przypadku osób z niewydolnością serca pozwala na redukcję rehospitalizacji o 30 proc.

Obecnie jest w Polsce około 800 tys. pacjentów, a w ciągu najbliższych 10 lat będzie ich ok. 25 proc. więcej. Są to osoby przewlekle chore, które w większości przypadków wymagają dobrej opieki ambulatoryjnej. Na tę chwilę nie istnieje opieka ambulatoryjna dla tej grupy pacjentów. Dzieje się tak, ponieważ w Polsce 92 proc. budżetu Narodowego Funduszu Zdrowia jest przeznaczane na hospitalizację pacjentów z niewydolnością serca, natomiast pozostałe 8 proc. dzieli się na pół – na rehabilitację i opiekę ambulatoryjną. Powinno być odwrotnie, ponieważ większość opieki nad pacjentami przewlekle chorymi powinna być świadczona w trybie ambulatoryjnym. W ten sposób istnieje możliwość kontrolowania czynników ryzyka i parametrów, dzięki czemu nie ma zaostrzeń, nie ma rehospitalizacji. Każde zaostrzenie niewydolności serca powoduje, że pacjent nigdy nie wraca do stanu wcześniejszego i znajduje się w grupie większego ryzyka zgonu. Nasza rola w trybie ambulatoryjnym – z wykorzystaniem telemedycyny – jest taka, żeby jak najdłużej utrzymać fazę plateau, czyli stały poziom objawów. W którym momencie powinniśmy podjąć interwencję u pacjentów z zaostrzeniem niewydolności serca? Najpierw rośnie ciśnienie napełniania i ciśnienie w obrębie krążenia płucnego, później następuje wzrost impedancji w obrębie klatki piersiowej poprzez przewodnienie pacjenta, a dopiero na koniec pojawiają się objawy i wzrost masy ciała. W związku z tym, jeżeli zaczniemy interwencję na wczesnym etapie, czyli wzrostu ciśnienia napełniania lewej komory, wówczas możemy odpowiednio wcześnie zapobiegać zaostrzeniom niewydolności serca.

Obecnie postępujemy zgodnie z wytycznymi. Wypis pacjenta z oddziału z rozpoznaniem niewydolności serca jest najpóźniejszym momentem, w którym możemy go poinstruować: jeżeli masa ciała przyrasta, to pacjent powinien się codziennie ważyć oraz zgłosić do lekarza. Od dekompensacji dzieli chorego już naprawdę niewiele. Jeśli pacjent przegapi 1–2 dni, to może dojść do tego, że trafi do szpitala już z niewydolnością złożoną, a nie w chwili, kiedy możemy temu zapobiec. W związku z tym warto pomyśleć o zdalnym monitoringu, począwszy od bardzo prostego monitoringu telefonicznego, gdzie udzielane jest wsparcie pielęgniarskie polegajce na przypomnieniu o zażyciu leków, konieczności pomiaru wagi, jak również na instruowaniu w zakresie edukacji prozdrowotnej. Takie działania znacznie zmniejszą liczbę rehospitalizacji pacjentów. Pamiętajmy o tym, że znacznej większości pacjentów z niewydolnością serca wszczepia się urządzenia do resynchronizacji oraz kardiowertery-defibrylatory, aby zmniejszyć ryzyko nagłego zgonu sercowego. Obecnie możemy te urządzenia zdalnie monitorować. Posiadamy systemy, które łączą się ze wszczepionym kardiowerterem albo urządzeniem do resynchronizacji. Dodatkowo otrzymujemy wiele danych, między innymi dotyczących aktywności fizycznej, wyładowań rytmu serca, tego, jak pacjent śpi, jaką ma zmienność rytmu serca podczas doby i w ciągu nocy. Możemy też wszczepić pacjentowi urządzenie do pomiaru ciśnienia bezpośrednio w tętnicy płucnej i kontrolować ten element, który zmienia się najszybciej. Zapisujemy wiele danych, w związku z czym rodzą się pytania: Co z tymi danymi później zrobić? Kto powinien je monitorować? Jakie są punkty odcięcia? Kto powinien podejmować konkretne decyzje? Jeśli weźmiemy pod uwagę zbyt dużo parametrów, to będzie zbyt skomplikowany proces i nie będziemy wiedzieli, gdzie dokładnie są punkty odcięcia oraz kiedy

należy podjąć interwencję. Konsekwencją będzie zwiększenie liczby hospitalizacji, tak jak to miało miejsce podczas badań nad telemonitoringiem, w którym źle ustalono parametry odcięcia. Natomiast uzasadnienie stosowania telemonitoringu jest takie, że pozwala on na szybką interwencję, i to wykazano w badaniach, w których monitorowano urządzenia wszczepialne.

Wyobraźmy sobie pacjenta z niewydolnością serca, który dotychczas nie miał rozpoznanego migotania przedsionków. Jeżeli pacjentowi wszczepialiśmy urządzenie i zapraszaliśmy go na kontrolę za pół roku, to dopiero po pół roku wykrywaliśmy migotanie przedsionków. Natomiast jeśli ten pacjent dostał urządzenie do monitoringu, był stale monitorowany i miał migotanie przedsionków, to po sześciu dniach można było podjąć decyzję o włączeniu leczenia przeciwkrzepliwego. W ten sposób zmniejszamy ryzyko udaru mózgu tego pacjenta, czyli jest to wczesna interwencja. Dodatkowo jest to również edukacja pacjenta i jego wsparcie, dzięki czemu wzrasta jego jakość życia, ponieważ ma on poczucie bycia w stałym kontakcie ze swoim zespołem prowadzącym.

Obecnie monitorowanie urządzeń wszczepialnych polega na tym, że pacjent dostaje do domu urządzenie do telemonitoringu wielkości telefonu komórkowego. Ma ono wbudowaną baterię oraz modem GSM, tak więc pacjent może przemieszczać się po całej Europie, a dane są na bieżąco transmitowane. Dzięki temu pacjenci nie muszą przychodzić na wizytę do punktu kontroli stymulatorów, ponieważ odbywa się to zdalnie. W rezultacie możemy dużo wcześniej wychwycić zmiany.

Kolejną korzyścią jest redukcja liczby wizyt w punktach kontroli stymulatorów, które powoli stają się przeciążone (w Polsce wszczepia się takich urządzeń kilkadziesiąt tysięcy rocznie). Ponadto skrócenie czasu wizyty, bo nie jest tak, że pacjenci zupełnie nie przychodzą do lekarza. Zawsze podkreślam, mówiąc o telemedycynie, że ona nie ma zastąpić kontaktu z lekarzem. Zadaniem telemedycyny jest usprawnienie tego kontaktu. Zarówno pacjent nadal chce widzieć swojego lekarza, jak i lekarz chce widzieć swojego pacjenta. Usprawnienie bądź skrócenie czasu wizyty polega na tym, że pacjent przychodzi na wizytę z pewnym zestawem danych. Co więcej, dzięki lepszym ustawieniom urządzenia możemy wydłużyć czas jego pracy oraz osiągnąć znacznie wyższy *compliance* w zakresie wizyt. Możliwe jest także wcześniejsze diagnozowanie zaburzeń rytmu serca oraz wykrywanie zaburzeń pracy układu stymulującego. Wykazano, że telemonitoring jest zdecydowanie mniej kosztowny i bardziej efektywny. Mamy również doniesienia, że takie rozwiązania zmniejszają śmiertelność. Obecnie mamy dwie prace, które pokazały redukcję śmiertelności, kilka o braku wpływu na śmiertelność. Jedno jest pewne – ten system na pewno nie pogarsza rokowań.

Istnieje problem z tym, jakie parametry powinniśmy monitorować. Trwają prace nad algorytmem jednej z firm, która produkuje urządzenia do resynchronizacji oraz kardiowertery-defibrylatory. Na chwilę obecną FDA zarządziła badanie randomizowane. U tych pacjentów zastosowano algorytm HeartLogic, który uwzględnia jedną z podstaw badania przedmiotowego pacjenta – tony serca i obecność trzeciego tonu serca. Jednym słowem, medycyna, która ma być nowoczesnym rozwiązaniem, wraca do podstaw badania przedmiotowego pacjenta, do podstaw chorób wewnętrznych i okazuje się, że ten parametr ma najwyższą wartość prognostyczną. Na podstawie parametrów, które rejestrujemy w tym algorytmie – takich jak impedancja klatki piersiowej, częstość oddechów czy mniejsza aktywność fizyczna – mamy możliwość wyłonienia osób, u których może dojść do zaostrzenia z powodu niewydolności serca. W Polsce to rozwiązanie nie jest refundowane, podobnie jak i monitorowanie urządzeń wszczepialnych. W USA oraz w Europie Zachodniej obecnie urządzenie to jest refundowane, jest niesamowicie „koszto-efektywne" u pacjentów z niewydolnością serca. Urządzenie, które na bieżąco monitoruje ciśnienie, wszczepia się do tętnicy płucnej podczas zabiegu trwającego około 15–20 minut. Badanie CHAMPION, które było podstawą certyfikacji FDA oraz znakiem wyrobu medycznego CE w Europie, wykazało redukcję rehospitalizacji o 30 proc. z powodu niewydolności serca.

Wprowadzenie telemonitorowania niewydolności serca powinno być zrobione między innymi ze względu na jakość życia pacjentów. Odnośnie poprawy rokowania to na chwilę obecną mamy rozbieżne dane, więc potrzebujemy większej liczby badań, ale na pewno redukujemy liczbę wizyt. Dodatkowo zwiększamy poczucie pewności wśród pacjentów.

Mówimy o dorosłych pacjentach z niewydolnością serca, ale urządzenia wszczepiamy również dzieciom. Doświadczenie w monitorowaniu urządzeń wszczepialnych ma ośrodek w Zabrzu, który wszczepia systemy do zdalnego monitorowania dzieciom i to daje poczucie pewności rodzicom, którzy mają dziecko z zaburzeniami przewodzenia. Ponadto zespół opiekujący się pacjentem może być bardziej zaangażowany w opiekę i dzięki temu może też wcześniej weryfikować sprawność implantowanych urządzeń.

Prof. Ryszard Piotrowicz zaznaczył, że rehabilitacja kardiologiczna jest metodą kompleksowej terapii, której zaniechanie należy rozpatrywać jako błąd w sztuce lekarskiej. Jednocześnie z satysfakcją poinformował: „W Polsce stworzyliśmy nowy model domowej rehabilitacji – telerehabilitację hybrydową".

Rehabilitacja kardiologiczna to metoda, która jest w klasie pierwszej wszelkich zaleceń towarzystw kardiologicznych na świecie. To pozwala stwierdzić, że rehabilitacja kardiologiczna jest metodą kompleksowej terapii, której zaniechanie należy rozpatrywać jako błąd w sztuce lekarskiej. Jaki jest w Polsce dostęp do tej procedury? Można powiedzieć krótko – niezadowalający i są rażące dysproporcje regionalne. Na Śląsku i w województwie opolskim jest zupełnie przyzwoicie – średnia 24 proc. dostępu do rehabilitacji kardiologicznej, najgorzej jest w województwie mazowieckim, gdzie jest tylko 6 proc. Jest to problem całej Europy – dostępność do rehabilitacji kardiologicznej przy różnych schorzeniach jest mniej więcej taka jak w Polsce.

Propozycję zmiany tej sytuacji stanowi m.in. program „Home-based cardiac rehabilitation, using telemedicine, may help overcome same barriers". W Polsce podjęliśmy się tego zadania, stworzyliśmy nowy model domowej rehabilitacji – telerehabilitację hybrydową. Oceniliśmy tę metodę pozytywnie pod względem efektywności, wpływu na jakość życia oraz na współpracę z pacjentem. Wyniki zostały opublikowane w prestiżowych czasopismach, nie tylko europejskich. Telerehabilitacja hybrydowa jest to proces realizacji rehabilitacji, który składa się z dwóch etapów: przygotowawczego i głównego. Etap przygotowawczy jest bardzo ważny, trwa od 5 do 10 dni. Powinien być realizowany albo w oddziale dziennym albo w ośrodku stacjonarnym. W trakcie tego etapu oceniamy stan kliniczny i wydolność fizyczną pacjenta, opracowujemy indywidualny program monitorowanej rehabilitacji, programujemy aparaty monitorujące, oceniamy stan psychiczny i, co najważniejsze, właściwie edukujemy pacjentów. Pacjent będzie znajdował się od nas kilkaset kilometrów, natomiast rehabilitacja kardiologiczna powinna przebiegać tak, jakby pacjent przebywał w Narodowym Instytucie Kardiologii. W związku z tym praktyczna realizacja takich szkoleniowych treningów jest bardzo ważna. Dzięki zespołowi, który tworzą: lekarz, technik, fizjoterapeuta i psycholog, jest to wszechstronna rehabilitacja. Etap drugi to telerehabilitacja, czyli rehabilitacja „pod strzechą". Pacjent codziennie łączy się z centrum. Mamy do dyspozycji aparat, który monitoruje EKG, a jednocześnie steruje treningiem, pozwala przekazać wartości ciśnienia, masy ciała, oksymetrię. Mamy też procedurę dopuszczenia pacjenta do ćwiczeń, która składa się z: informacji o samopoczuciu, przyjętych lekach, ciśnieniu tętniczym, cyfrowym zapisie EKG oraz masie ciała, zwłaszcza u pacjentów z niewydolnością serca. Centrum monitorujące dopuszcza lub nie pacjenta do procedury treningu fizycznego. Pod dyktando aparatu pacjent realizuje trening, natomiast centrum analizuje i ocenia bezpieczeństwo oraz wyciąga wnioski. Procedura ta możliwa jest do przeprowadzenia z każdego miejsca na świecie, a transmisja może być przesłana do każdego centrum, jeśli tylko jest tam zasięg telefonii komórkowej. W Instytucie Kardiologii wykonaliśmy taką procedurę u ponad 1100 pacjentów, co daje 34 tys. teletreningów oraz ponad 140 tys. teletransmisji. Nie napotkaliśmy na problemy w trakcie wykonywania procedur, prawie jedną trzecią stanowią pacjenci z niewydolnością serca.

Telerehabilitacja jest standardem klasy pierwszej, czyli najwyższej klasy wskazań do realizacji, z którym można się zapoznać w dokumentach Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego z 2016 r. W piśmiennictwie światowym podkreślano, że telerehabilitacja jest obiecującą procedurą, ale opublikowane analizy pochodzą jedynie z jednego ośrodka

w Polsce. W związku z tym przeprowadzono zrandomizowane, wieloośrodkowe badanie TELERE-HF, spełniające wszelkie kryteria badania klinicznego, którego wyniki po raz pierwszy zaprezentowano w Paryżu na corocznym kongresie Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego oraz opublikowano w „JAMA Cardiology" (Piotrowicz E, Pencina MJ, Opolski G, et al. Effects of a 9-Week Hybrid Comprehensive Telerehabilitation Program on Long-term Outcoms in Patients With Heart Failure: The Telerehabilitation in Heart Failure Patients »TELEREH-HF« Randomized Clinical Trial. JAMA Cardiol, 2019; 5(3): 300-308). Wnioski, które wyciągnęliśmy z tego badania, są następujące: dziewięciotygodniowa kompleksowa telerehabilitacja hybrydowa jest efektywna, istotnie poprawia wydolność krążeniowo-oddechową i jakość życia. Telerehabilitacja hybrydowa pacjentów kardiologicznych jest polskim standardem, czy będzie międzynarodowym? Na obecną chwilę spełniliśmy wszystkie wymogi, które pozwalają na wprowadzenie jej na rynek międzynarodowy.

Dr hab. Paweł Krzesiński, przedstawiając jedno z wyzwań kardiologii, jakim jest leczenie niewydolności serca, poinformował jednocześnie, że ze środków Narodowego Centrum Badań i Rozwoju realizowany jest program Amulet, mający na celu stworzenie nowego modelu opieki ambulatoryjnej nad chorymi z niewydolnością serca z wykorzystaniem nowoczesnych narzędzi diagnostycznych oraz telemedycyny.

Niewydolność serca jest społecznym problemem zdrowotnym XXI w., przybiera rozmiary epidemii. Chciałbym podkreślić szczególne fakt, że hospitalizowani pacjenci często powracają do szpitala z zaostrzeniem choroby. Co trzeci z nich wróci do szpitala w ciągu 30 dni, połowa trafi ponownie do szpitala w ciągu roku, 10 proc. umrze. Rocznie z powodu niewydolności serca umiera w Polsce 50 tys. osób. I nie ma wątpliwości co do tego, że jedną z przyczyn jest niewystarczający poziom opieki ambulatoryjnej.

Zapytaliśmy chorych, którzy byli hospitalizowani w naszej klinice z powodu zaostrzenia niewydolności serca, jak często odwiedzili kardiologa w ostatnim roku przed tym zdarzeniem. 1/3 z tych pacjentów powiedziała, że ani razu, kolejne 40 proc. odwiedziło kardiologa jedynie raz. Jaki mamy więc problem? Leczymy pacjentów w szpitalach bardzo dobrze, potrafimy wyprowadzić pacjenta ze stanu zaostrzenia do względnej stabilizacji. Stosujemy nowoczesną diagnostykę, terapię i oczekujemy, że opieka ambulatoryjna będzie tak samo dobrze funkcjonować, że lekarze specjaliści, lekarze podstawowej opieki zdrowotnej będą optymalizować leczenie, będą tych pacjentów edukować oraz szybko interweniować. Ale realia są inne. Pacjent, otrzymuje skierowanie do poradni kardiologicznej i szuka poradni, w której będzie miał wizytę w terminie krótszym niż rok. Najczęściej pacjenci trafiają do lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, który widzi kartę wypisową z dużego ośrodka czy szpitala i bardzo rzadko jest w stanie wykonać następny krok w optymalizacji leczenia. Przyczyną jest przede wszystkim niedobór zasobów i na ten problem należy znaleźć jakieś rozwiązanie. Jeżeli go nie znajdziemy, to pacjenci nadal będą trafiać do nas z powodu zaostrzenia choroby. Pacjenci niejednokrotnie żyją w swoich domach w poczuciu ciągłego zagrożenia, braku wsparcia i możliwości radzenia sobie ze swoją chorobą. Próbą rozwiązania tego problemu jest opracowany program Amulet realizowany ze środków Narodowego Centrum Badań i Rozwoju. Liderem tego programu jest Wojskowy Instytut Medyczny. Jego celem jest stworzenie nowego modelu opieki ambulatoryjnej nad chorymi z niewydolnością serca z wykorzystaniem nowoczesnych narzędzi diagnostycznych oraz telemedycyny. Systemu opieki ambulatoryjnej – teleopieki, który rozwiązałby problem ograniczonych zasobów i dostępności pacjentów do opieki specjalistycznej. Dzięki temu zwiększyłaby się częstość kontroli stanu zdrowia pacjentów, a co za tym idzie, poprawiłoby się rokowanie i jednocześnie nastąpiłaby redukcja kosztów związanych z hospitalizacjami. W Polsce jest 9 ośrodków, które realizują ten projekt, zrekrutowano w nich ponad 600 pacjentów. Są to zarówno szpitale uniwersyteckie, instytuty, jak i trzy poradnie, które bardzo dobrze radzą sobie z realizacją tego programu. W badaniu randomizowanym, prospektywnym i kontrolowanym będziemy starali się znaleźć dowody naukowe na to, że ta

metoda działa, oraz wykazać, że poprawia rokowania naszych pacjentów.

Jak w dużym uproszczeniu wygląda realizacja tej koncepcji? Amulet opiera się przede wszystkim na ocenie pielęgniarskiej, wsparciu, edukacji, ale również wykorzystaniu nowoczesnych badań diagnostycznych i telekonsultacji. Centralną osobą w takim punkcie jest pielęgniarka niewydolności serca. Musi być ona wyposażona w dodatkowe narzędzia, które zwiększą wiedzę o pacjencie. Oprócz danych klinicznych, które pozyskiwane są od pacjenta, rodziny, również wykonywane są badania, które oceniają podstawowe parametry życiowe, szczególnie wolemię pacjentów, czyli zawartość wody zarówno w klatce piersiowej, jak i w całym organizmie. Lekarzowi konsultującemu pozwala to holistycznie ocenić pacjenta i przesłać zalecenia, które są następnie przekazywane pacjentowi i wyznaczana jest kolejna wizyta. Posługujemy się tutaj opracowanym algorytmem, który wspiera podejmowanie decyzji. Specjaliści z doświadczeniem mają dość dużą łatwość w podejmowaniu decyzji o tym, jak zmienić leczenie, ale to narzędzie ma służyć również mniej doświadczonym kardiologom w leczeniu chorych z niewydolnością serca oraz lekarzom innych specjalności, w tym lekarzom podstawowej opieki zdrowotnej. Oczywiście zdajemy sobie sprawę, że to rozwiązanie nie może zastąpić wszystkich wizyt, ale pierwsze nasze doświadczenie – a zrealizowaliśmy już kilka tysięcy takich wizyt – mówi, że często taka telekonsultacja, która średnio trwa pięć–dziesięć minut, wystarcza. Jakie są dodatkowe obserwacje – taki model opieki da się zorganizować i wdrożyć. Realizują go z powodzeniem zarówno ośrodki duże, jak i mniejsze. Pacjent jest zadowolony, przywiązuje się do pielęgniarki. Projekt ten jest dowodem na to, że pacjent poszukuje osoby kompetentnej, ale przede wszystkim takiej, która poświęci mu czas i uwagę. Lekarz w tym aspekcie jest zastępowany przez pielęgniarkę. Bardzo ważne jest, że sprawdzają się również zastosowane metody diagnostyczne. Zgodność tego algorytmu, który podpowiada na podstawie parametrów hemodynamicznych, jakich zmian leczenia dokonać, z oceną kliniczną jest bardzo wysoka.

Oczywiście zdajemy sobie sprawę, że jest wielu pacjentów chwiejnych klinicznie, których stan pomiędzy wizytami ambulatoryjnymi może się zaostrzyć, choćby z powodu infekcji. Dla takich pacjentów opracowujemy w tym projekcie urządzenie, które pozwoli monitorować parametry życiowe w warunkach domowych, a wartością dodaną w porównaniu do istniejących urządzeń na rynku jest możliwość oceny wolemii w zakresie klatki piersiowej, tak żeby wychwycić zaostrzenie niewydolność serca. Wypożyczamy pacjentom takie urządzenie i po krótkim instruktażu są oni w stanie takie badanie w swoich domach wykonać. Jeśli są mniej sprawni, mogą potrzebować pomocy kogoś z rodziny. Wyniki w czasie rzeczywistym trafiają do bazy danych, są ocenione przez lekarzy i na podstawie zarówno wartości bezwzględnych, jak i zmiany tych parametrów można podjąć decyzję o dalszym sposobie leczenia.

Chciałbym podkreślić, że w mojej ocenie dla rozwoju telemedycyny ważne jest to, abyśmy odpowiednio selekcjonowali pacjentów do określonych procedur medycznych i telemedycznych, jak również dokonywali customizacji monitorowania. Dlaczego? W telekardiologii opracowano bardzo dużo parametrów, które możemy monitorować, ale wydaje się, że żaden system nie udźwignie ich monitorowania u wszystkich pacjentów. Dlatego opracowanie sposobów wybierania pacjentów, okresu monitorowania oraz częstości kontroli jest w tym aspekcie niezbędne, żebyśmy rzeczywiście powszechnie wdrożyli to jako procedury.

Prof. Jerzy Szaflik skoncentrował się na dużym problemie w okulistyce, jakim jest wczesna diagnostyka i leczenie jaskry. Jednocześnie poinformował: „Od dwóch lat realizujemy program badań przesiewowych w kierunku jaskry".

W pierwszym okresie jaskry nie występują objawy, które mogą niepokoić pacjenta, nie ma dolegliwości bólowych, ale zostaje nieodwracalnie uszkodzony nerwy wzrokowy. Dodatkowo nie ma profilaktyki tego schorzenia. W związku z tym ważne jest wczesne wykrycie jaskry i jak najszybsze podjęcie leczenia. Tylko wczesne rozpoczęcie leczenia daje szansę na powstrzymanie postępu choroby i zachowanie wzroku u chorego. Jaskra dotyka ludzi w różnym wieku, ale przede wszystkim ludzi starszych. W odniesieniu do badań przesiewowych – są czynniki, które mogą wskazywać na jej

występowanie, m.in. przypadki jaskry w rodzinie, choroby układu krążenia czy wiek. Obecnie w sposób drastyczny zmienia się rozkład procentowy ludności na świecie pod względem wieku. Rozkład demograficzny w Polsce – mamy 9 mln obywateli po 55 roku życia, a 6,5 mln – po 60. Te grupy powinniśmy zdiagnozować pod kątem jaskry, ale z oczywistych względów jest to prawie niemożliwe. Wykonywanie kosztownej diagnostyki u lekarza specjalisty nie jest racjonalne z ekonomicznego punktu widzenia. W związku z tym zaistniała potrzeba znalezienia metody przesiewowej z wykorzystaniem nowoczesnych technik informatycznych: obrazowych i uczenia maszynowego.

Problem jaskry w Polsce jest ogromny – szacuje się, że jest około miliona osób chorych na jaskrę. Leczymy około 470 tys., a więc około 500 tys. osób wymaga pilnej diagnostyki. Aby znaleźć te osoby, trzeba byłoby zrobić około 6,5 mln badań. Tradycyjne przeprowadzenie badań przesiewowych przez lekarza okulistę przy tej skali potrzeb jest praktycznie niemożliwe. Dlatego konieczne jest wykorzystanie nowych metod badania z użyciem sztucznej inteligencji, pozwalających na realizację badań bez udziału lekarzy i personelu medycznego. Takim programem jest opracowany przez nas program e-jaskra, który po dwóch latach właśnie wdrożyliśmy. Program ten pozwala na wykonanie badań bez udziału lekarza i pielęgniarki w oparciu o technikę maszynową analizy barwnego zdjęcia dna oka i badanie ciśnienia wewnątrzgałkowego. Algorytm kwalifikacji działa w oparciu o jedną z metod sztucznej inteligencji – uczenie maszynowe realizowane w sieci neuronowej. Wykorzystano jedną z metod głębokiego uczenia, opierając się na architekturze sieci o skomplikowanej strukturze konwolucyjnej (konwolucyjna sieć neuronowa AlexNet), opracowanej na Uniwersytecie Kalifornijskim w Berkeley. Podczas badania wykonywane są zdjęcia dna oka fundus kamerą, następnie dzielone przez lekarzy na dwie grupy: zdrową i chorą. Podział obrazów: przyjęliśmy zbiór trenujący 85 proc. i zbiór testowy 15 proc. W naszych badaniach użyliśmy 2500 zdjęć pacjentów, których wcześniej zbadaliśmy. Wynik, jeżeli chodzi o czułość metody, to prawie 82 proc., a swoistość – 63 proc. Działanie samej platformy, za pomocą której przebadaliśmy już 1000 pacjentów w Siedlcach i w Warszawie, a od 2 grudnia będziemy prowadzić dalsze masowe badania w Warszawie, najprościej można opisać tak: jest sekretariat, w którym zostają wpisane dane pacjenta, następnie wypełnia on krótką ankietę; później pacjent przechodzi do diagnostycznej części platformy, w której są fundus kamera i pneumotonometr. Wynik opracowany wstępnie idzie do serwera. Serwer przekazuje go sztucznej inteligencji, gdzie oceniane jest procentowo zagrożenie jaskrą, a następnie wynik odsyłany jest do serwera. Wynik jest kwalifikowany do jednej z czterech grup, następnie wysyłany w ciągu mniej więcej 10 minut do pacjenta w formie SMS-a albo maila. Odpowiedź, jaką otrzymuje pacjent, sugeruje, czy należy zgłosić się do lekarza okulisty na szczegółowe badania i ewentualnie podjąć leczenie, czy też ponownie zbadać się za rok.

Jan Grzybowski przekonywał, iż telemedycyna jest ważnym narzędziem profilaktyki także w onkologii. Jednocześnie poinformował: „Polski Komitet Inżynierii Biomedycznej SEP, którego byłem współzałożycielem ponad 30 lat temu, podjął inicjatywę stworzenia ogólnokrajowego zintegrowanego systemu badań profilaktycznych zagrożenia rakiem piersi wśród kobiet".

W większości niewątpliwie bardzo ciekawych wystąpień zaproszonych panelistów były prezentowane osiągnięcia we wdrażaniu telemedycyny w reprezentowanych przez nich dziedzinach, głównie związanych z leczeniem i profilaktyką chorób stanowiących najistotniejsze zagrożenia społeczne. Wśród tych wystąpień nie było jednak szerszego pokazania zastosowań telemedycyny w leczeniu chorób onkologicznych, które niewątpliwie stanowią jedno z największych zagrożeń społecznych. O tym mówi się już w naszym kraju od kilku lat – ponad 3 lata temu Polskie Towarzystwo Telemedycyny i e-Zdrowia zorganizowało poświęcone temu spotkanie przedstawicieli polskich towarzystw naukowych mających ścisłe powiązania z onkologią, w tym: Polskiego Towarzy-

stwa Onkologicznego, Polskiego Towarzystwa do Badań nad Rakiem Piersi, Polskiego Towarzystwa Diagnostyki Termograficznej w Medycynie, Polskiego Towarzystwa Ginekologii Onkologicznej, Polskiego Towarzystwa Ultrasonograficznego, Polskiego Lekarskiego Towarzystwa Radiologicznego i in. Z wypowiedzi na tym spotkaniu wynikało, że właśnie telemedycyna może i powinna mieć szczególne znaczenie w doskonaleniu systemu opieki onkologicznej, a także powinna przyczynić się do bardzo istotnego złagodzenia problemów kadrowych w tym systemie oraz do zdecydowanie łatwiejszego i szybszego dostępu do leczenia specjalistycznego, jak również do znacznego uproszczenia nadzoru lekarskiego nad stanem zdrowia pacjentów po przebytym leczeniu.

Telemedycyna powinna mieć również istotny udział w profilaktyce onkologicznej. Przykładem może tu być prezentowany na tym spotkaniu, a do dziś jeszcze zbyt słabo spopularyzowany w praktyce, oryginalny polski wynalazek wykorzystujący termografię kontaktową i rozwiązania telemedyczne do badania zagrożenia rakiem piersi (bezpośrednio przez pacjentkę w swoim domu bądź w gabinecie lekarskim), a następnie zdalnie przesyłający wyniki badania do centrum telemedycznego, gdzie dokonywana jest analiza otrzymanego obrazu. Istotą tego, mającego zapewne wielką przyszłość, wynalazku jest specjalna matryca ciekłokrystaliczna i wspomniane centrum telemedyczne, które do analizy wyników wykorzystuje unikatowe algorytmy sztucznej inteligencji pozwalające na automatyczną interpretację otrzymywanych obrazów. Trzeba mieć nadzieję, że ten wynalazek prędko się upowszechni.

W naszym kraju dramatycznie zwiększa się zarówno zachorowalność, jak i umieralność na raka piersi wśród kobiet: w ciągu roku wykrywanych jest około 18–19 tys. przypadków zachorowań i rejestrowanych około 6 tys. zgonów z tego powodu. Najbardziej niepokojące jest jednak to, że w wielu krajach z roku na rok maleją te liczby, podczas gdy w Polsce rosną. Plasujemy się na niechlubnym, jednym z ostatnich miejsc w Europie pod tym względem. Niepokojąco przesuwa się także dolna granica wiekowa zagrożenia. Dotychczas uważano, że największe zagrożenie rakiem piersi dotyczy kobiet między 50 a 69 rokiem życia. Jednak od dłuższego czasu obserwuje się znaczący wzrost wskaźnika zachorowań w populacji wiekowej 30–49 lat (wzrost o ok. 33 proc.), a także znaczny wzrost w populacji młodych kobiet (20–29 lat). Zawodzi, niestety, profilaktyka. Składa się na to wiele przyczyn, w tym również o charakterze psychologicznym. Jest to bardzo poważny wielowątkowy temat, którego nie będę jednak tutaj rozwijał. Chcę tylko zaznaczyć, że właśnie w przypadku profilaktyki raka piersi dużą rolę może i powinna odegrać telemedycyna, tak mało dotychczas widoczna w tym obszarze. Mając to właśnie na względzie, Polski Komitet Inżynierii Biomedycznej SEP, którego byłem współzałożycielem ponad 30 lat temu, podjął inicjatywę stworzenia ogólnokrajowego zintegrowanego systemu badań profilaktycznych zagrożenia rakiem piersi wśród kobiet. System ten powinien obejmować wykorzystanie metod radiologicznych, a zwłaszcza: mammografii, metod ultrasonograficznych, metod termograficznych z wykorzystaniem telemedycyny, a także innych metod (wśród nich być może także badań genetycznych?), które będą wskazane przez specjalistów z różnych dziedzin w trakcie opracowywania zasad funkcjonowania tego systemu. Rozpoczęły się już prace nad stworzeniem propozycji takiego systemu, który następnie będzie przedstawiony Ministerstwu Zdrowia z sugestią jego wdrożenia w skali całego kraju. Prace te są prowadzone przez Polski Komitet Inżynierii Biomedycznej SEP pod przewodnictwem prof. dr hab. inż. Tadeusza Pałko, światowej sławy naukowca, konsultanta krajowego przy ministrze zdrowia w dziedzinie inżynierii medycznej. Taki system powinien w znacznym stopniu przyczynić się do wykrywania zagrożenia rakiem piersi we wczesnym stadium, a tym samym stworzyć możliwość skutecznego wyleczenia znaczącego odsetka kobiet potencjalnie zagrożonych rakiem piersi i do znacznego zmniejszenia wskaźnika umieralności pacjentek w pięcioletnim okresie od momentu wykrycia tej strasznej choroby. Wiele instytucji i organizacji zadeklarowało już gotowość współpracy przy tworzeniu tego zintegrowanego systemu. Liczymy na dalsze zgłoszenia. Mamy też nadzieję, że ta niewątpliwie ważna i potrzebna społecznie inicjatywa doskonale wpisze się w ramy zainicjowanego przez prof. Henryka Skarżyńskiego wielospecjalistycznego programu przeciwdziałania chorobom cywilizacyjnym i wsparcia zdrowia Polaków „Po Pierwsze Zdrowie".

Prof. Krzysztof Kochanek przypomniał, że historia teleaudiologii obejmuje zaledwie 20 lat i że jej rozwój w Polsce był efektem współpracy dwóch jednostek naukowych – Instytutu Fizjologii i Patologii Słuchu oraz Politechniki Gdańskiej. Jednocześnie sprecyzował, że teleaudiologia obejmuje cztery procesy: telescreening, telediagnostykę, telerehabilitację oraz e-learning.

Pierwszej w Polsce telekonsultacji w tym obszarze medycyny udzielił w 2000 r. prof. H. Skarżyński. Częstość występowania zaburzeń słuchu jest duża, dlatego warto wdrażać programy, które pozwolą wykryć te zaburzenia jak najwcześniej. Umożliwia to tzw. telescreening. W Instytucie Fizjologii i Patologii Słuchu wdrożyliśmy program, który pozwala na wykonywanie tanich badań przesiewowych słuchu u uczniów w szkołach. Koszt badania jednego dziecka wynosi około 20 zł, co w przypadku badań przesiewowych realizowanych w placówkach służby zdrowia jest niemożliwe do osiągnięcia. Efekty telescreeningu są spektakularne – np. w 2008 r. w ciągu zaledwie trzech miesięcy objęto badaniami (ok. 140 badaczy) populację ponad 100 tys. dzieci ze szkół podstawowych.

Osiągnięcie takiego wyniku było możliwe dzięki możliwości szybkiego przesyłania dużej ilości danych przez internet. Umożliwia on także kontrolę jakości badań wykonywanych w szkołach. Jednym z kontrolowanych parametrów jest czas badania. Urządzenie do badania słuchu automatycznie rejestruje datę i godzinę rozpoczęcia badania oraz całkowity czas pomiaru, który jest przekazywany do centralnej bazy danych. Jeśli ten czas jest zbyt krótki w porównaniu ze średnim czasem badania, jaki został wcześniej określony podczas badań przesiewowych na bardzo dużych populacjach, badanie jest eliminowane i powtarzane, natomiast badacz zostaje usunięty z programu.

Organizacja badań przesiewowych u noworodków i dzieci w wieku szkolnym nie stanowi problemu – badania te wykonywane są na oddziałach noworodkowych lub w szkole. W przypadku osób dorosłych sytuacja jest znacznie trudniejsza, ponieważ nie ma miejsca, gdzie można by organizować badania przesiewowe. Dlatego rozwijane są telefoniczne i internetowe testy słuchu. Przyszłością badań przesiewowych słuchu u dzieci w wieku szkolnym oraz u osób dorosłych są aplikacje z testami przesiewowymi na smartfony, tablety, wyposażone w dedykowane słuchawki. Pierwsza na świecie Krajowa Sieć Teleaudiologii zaproponowana przez prof. H. Skarżyńskiego i Międzynarodowa Sieć Teleaudiologii tworzona przez prof. Piotra H. Skarżyńskiego nadają obecnie największe na świecie tempo dla rozwoju różnych obszarów telemedycyny.

Dr inż. Miłosz Jamroży, odnosząc się do niedomagań służby zdrowia, stwierdził: „Telemedycyna zwiększa dostępność usług i procedur dla pacjentów, co stawia ją w roli remedium na owo niedomaganie".

W pierwszej kolejności należy przyjrzeć się barierom i mechanizmom sprawiającym, że telemedycyna może służyć jako rozwiązanie systemowe. Pierwszą taką barierą jest koszt świadczeń zdrowotnych. Dzięki rozwiązaniom telemedycznym powstają oszczędności na wielu różnych poziomach – oszczędza się środki potrzebne na: wynajem pomieszczeń, dojazdy, zakup materiałów itd. Wymieniam go na pierwszym miejscu w związku z istotną debatą o poziomie finansowania ochrony zdrowia w Polsce.

Drugą barierą, moim zdaniem równie istotną jak pierwsza, jest czas dostępności specjalisty. Ten zasób jest szczególnie cenny ze względu na ogromny nakład środków i czasu, jaki ponosi społeczeństwo, aby go posiadać. Sposób, w jaki go wykorzystujemy, jest kluczowy w procesie „niedomagania" ochrony zdrowia i telemedycyna idealnie wręcz rozwiązuje ten problem. Wraz z niedoborem wykwalifikowanych kadr pojawia się ograniczenie w postaci dostępu do narzędzi – wyrobów medycznych – których wykorzystanie jest uzależnione od pracy specjalistów. Telemedyczny wyrób medyczny jest projektowany do pracy w takich warunkach.

Kolejne bariery są bezpośrednio związane z pacjentem i tym, w jaki sposób on może je pokonywać. W sytuacji niedoborów i niedomagania cena, jaką musi płacić pacjent, to jego czas,

zdrowie i energia. Często musi podjąć wysiłek dostania się do miejsca świadczenia usług, poświęcić czas na oczekiwanie oraz zaryzykować własne zdrowie w drodze po pomoc. Nie mogę zapomnieć obrazu około 80-letniej kobiety czekającej w mroźny zimowy poranek od 5.30 w kolejce do jednej z warszawskich poradni. Drzwi otworzyły się planowo o 7.00. Gdy system ochrony zdrowia nie jest w stanie ponieść większego kosztu, koszt ponosi zawsze pacjent.

Telemedycyna daje szansę na pokonanie barier dzięki temu, że jest zorganizowana w postaci wyrobów medycznych. Ta grupa produktów podlega kontroli za pomocą systemów zarządzania jakością i jest projektowana z uwzględnieniem analizy ryzyka – są to bardzo silne mechanizmy wymuszające wysoką jakość i niezawodność produktów. Jednocześnie wymuszają uwzględnianie wszelkich możliwych przyczyn niepowodzeń i zagrożeń. Dodatkowo, jako produkty rynkowe, muszą być osadzone w realiach ekonomicznych systemu ochrony zdrowia. To sprawia, że z założenia muszą obejmować kompleksowo zagadnienia dotyczące: sprzętu, oprogramowania, zasobów ludzkich i organizacji procesu korzystania z produktu. Z tego powodu możemy mówić o systemie telemedycznym będącym wyrobem medycznym.

System telemedyczny może spełnić pokładane w nim nadzieje, jeśli na etapie projektowania zostanie prawidłowo dokonana integracja wszystkich elementów produktu. Polega ona na zastosowaniu takich rozwiązań technicznych, aby produkt od wszystkich jego użytkowników wymagał jak najmniejszej liczby czynności, jak najmniejszych umiejętności, wiedzy czy sprawności i jednocześnie działał bezbłędnie. Realizuje się to na przykład przez brak wymagania od użytkownika jakichkolwiek czynności potrzebnych do uzyskania połączenia i transmisji danych z urządzenia do oprogramowania czy też przez projektowanie intuicyjnych interfejsów użytkownika, niewymagających instrukcji obsługi. Kolejnym istotnym elementem jest takie projektowanie wyrobu, aby unikać wiązania produktu ze stałą lokalizacją. Gdy oprogramowanie nie musi znajdować się w konkretnym szpitalu, pomieszczeniu czy też korzystać z danej stacji komputerowej, to umożliwiamy tworzenie stanowiska pracy w dowolnym miejscu na świecie, a pacjent może mieć dostęp bez konieczności podróżowania. Pozwala to również na dystrybucję urządzeń w sposób rozproszony, co mocno skraca czas wykorzystania urządzenia przez jednego pacjenta i istotnie zmniejsza koszt korzystania z produktu.

Najistotniejszym aspektem integracji jest takie projektowanie wyrobu, aby wymuszał optymalne korzystanie z zasobów ludzkich. Nie mam tu na myśli korzystania ze sztucznej inteligencji, choć ma ona coraz szersze i uzasadnione zastosowanie. Wystarczy, że produkt telemedyczny będzie wymagał tylko niezbędnego minimum najcenniejszych zasobów ludzkich i tworzył przy tym nowe stanowiska pracy o węższym zakresie kompetencji, organizował przepływ informacji, czas pracy i harmonijne korzystanie z produktu dla każdej osoby, która ma z nim styczność. Produkt zintegrowany pozwala wziąć odpowiedzialność za jego percepcję przez klienta, a w ten sposób zapewnia poczucie bezpieczeństwa, troski i opieki, której pacjenci oczekują i na którą zasługują.

Przykładem takiej integracji może być produkt firmy Infoscan SA – platformy telemedycznej do diagnostyki bezdechu sennego. Produkt – stworzony dla lekarzy specjalistów i pacjentów – umożliwia diagnostykę w warunkach domowych. Lekarz specjalista proponuje pacjentowi badanie polegające na całonocnej obserwacji jego parametrów fizjologicznych w celu wykrycia i wdrożenia ewentualnego leczenia zaburzeń oddychania podczas snu. Jeśli pacjent wyraża zgodę, lekarz wprowadza dane pacjenta do systemu telemedycznego za pośrednictwem przeglądarki internetowej, a jeśli nie ma na to czasu, wydaje pacjentowi karteczkę, dzięki której badanie zostanie założone w systemie przez rejestrację przychodni. Ten etap zajmuje do 2 minut. Pacjent wraca do domu, a w tym czasie urządzenie jest już wysyłane do niego kurierem. W dniu badania pacjent samodzielnie przygotowuje się do procedury według wskazówek zawartych w prostej, jednostronicowej instrukcji. Jeśli popełni błąd i cokolwiek podłączy niewłaściwie, nie musi tego samodzielnie wykryć – centrum obsługi klienta zauważy ten fakt i w pierwszej kolejności nawiąże kontakt, by pomóc mu rozwiązać problem. W trakcie snu pacjenta dane rejestrowane przez urządzenie są wysyłane online przez sieć komórkową. Rano, gdy badanie dobiegnie końca, dane są już w centrum opisu, gdzie zespół techników opracowuje raport – potrzebuje na to około 40

minut. Następnie lekarz pracujący w centrum opisu weryfikuje treść raportu i przygotowuje wynik dla specjalisty, który zamówił badanie. Specjalista otrzymuje informację, że badanie jest już opisane i potrzebuje 5 minut, aby zapoznać się z jego wynikiem. Poza może 7 minutami produkt nie wymaga żadnego udziału lekarza specjalisty, dzięki czemu nie wpływa negatywnie na organizację. Płatność odbywa się tylko za skutecznie przeprowadzoną diagnostykę.

Można mnożyć przykłady zintegrowanych produktów telemedycznych w Polsce, które stanowią innowacje na skalę światową i skutecznie pomagają pokonać bariery. Tempo ich wprowadzania rośnie z każdym rokiem, co daje nadzieję na szybkie zakończenie „niedomagania" w ochronie zdrowia.

Piotr Zakrzewski podczas swojego wystąpienia zauważył: „Jako sukces zostało przedstawione wdrożenie zagadnień związanych z e-receptą i e-zdrowiem. Ponad 5 mln wydanych e-recept świadczy już o komercyjnym sukcesie wdrażanego rozwiązania, ale to nie jest wszystko. Oprócz e-recept, również e-skierowania i narzędzia informatyczne dotyczące refundacji lekarstw są podstawowymi narzędziami, które ułatwiają komunikację w relacji pacjent – farmaceuta, lekarz – pacjent".

We wrześniu 2019 r. Ministerstwo Zdrowia opublikowało interesujący raport dotyczący oceny bieżącego stanu wdrożenia zagadnień związanych z e-zdrowiem. De facto raport ten koncentruje się na podsumowaniu dotyczącym wdrożenia systemów informatycznych związanych z internetowym kontem pacjenta, które umożliwia zapoznanie się i wymianę informacji na temat bieżącej opieki zdrowotnej. O ile każdy z nas do tej pory miał w większym bądź mniejszym stopniu styczność z internetowym kontem pacjenta, o tyle bardzo ciekawe jest to, w jakim kierunku musi pójść strategia Ministerstwa Zdrowia, aby doprowadzić do wdrożenia pełnej funkcjonalności tego konta. Jako sukces zostało przedstawione wdrożenie zagadnień związanych z e-receptą i e-zdrowiem. Ponad 5 mln wydanych e-recept świadczy już o komercyjnym sukcesie wdrażanego rozwiązania, ale to nie jest wszystko. Oprócz e-recept również e-skierowania i narzędzia informatyczne dotyczące refundacji lekarstw są podstawowymi narzędziami, które ułatwiają komunikację w relacji pacjent – farmaceuta, lekarz – pacjent. Jeżeli mówimy o nowych funkcjonalnościach wdrażanych z poziomu internetowego konta pacjenta, które będą testowane w najbliższym czasie, to są to: ocena świadczeń i wybór lekarza, dość istotne z punktu widzenia zarówno pacjenta, jak i Narodowego Funduszu Zdrowia. Dodatkowo planuje się wdrożenie powiadomień, głównie dla lekarzy i farmaceutów, o możliwości wycofania leków, jak również przekazywanie informacji dotyczących Europejskiej Karty Ubezpieczenia. Prowadzi to do tego, że opieka zdrowotna z punktu widzenia pacjenta może być świadczona z poziomu internetowego, również w sposób transgraniczny.

Bardzo ważnym elementem integrującym internetowe konto pacjenta z systemami informatycznymi wdrażanymi przez Ministerstwo Spraw Wewnętrznych jest potwierdzenie tożsamości pacjenta z poziomu aplikacji obywatel.gov.pl oraz włączenie aplikacji pacjent.gov.pl. Ten sposób umożliwia identyfikację każdego pacjenta z poziomu jednego logowania do konta.

Najbliższe wyzwania związane z informatyzacją konta pacjenta to upowszechnianie tych narzędzi w środowisku medycznym – ponad 170 tys. lekarzy i 300 tys. pielęgniarek oraz 40 tys. farmaceutów. Ponadto rozbudowa systemu internetowego konta pacjenta, systemu rejestrów medycznych w kierunku budowy sztucznej inteligencji, komunikacji baz danych, czyli wymiany danych pomiędzy bazami danych medycznych. W tym aspekcie potrzebne jest zastosowanie nowych technologii, a także blockchain. Na obecną chwilę tego typu działania wdrożeniowe ze strony centrum technologii medycznych nie są jeszcze podejmowane, aczkolwiek są planowane. Myślimy również o projektowaniu i wdrażaniu systemów wspomagania decyzji związanych z diagnozą lekarską.

Jeżeli popatrzymy na oczekiwania pacjentów związane z wdrażaniem systemów e-zdrowia do służby zdrowia, to widzimy, że bieżące potrzeby determinują oczekiwania pacjentów. Internetowe umawianie wizyt, odbieranie wyników badań online oraz informacja o dostępności leku w aptece to są główne potrzeby pacjentów związane z e-zdrowiem.

Serię paneli i debat poświęconych sukcesom i wyzwaniom medycyny podsumował **dr Witold Cieśla**, pełniący funkcję przewodniczącego Komitetu Zakażeń Szpitalnych Instytutu Fizjologii i Patologii Słuchu. Zwrócił on uwagę na pomijane w dyskusjach zagrożenia dla zdrowia i życia Polaków wynikające z katastrof, epidemii czy wypadków masowych. Jednym z najistotniejszych zadań – jak podkreślił dr W. Cieśla – jest przygotowanie systemu ochrony zdrowia do takich niespodziewanych zdarzeń.

Szanowni Państwo, jestem pod dużym wrażeniem możliwości i osiągnięć współczesnej medycyny, jakie były prezentowane podczas Kongresu przez przedstawicieli poszczególnych dziedzin. Odnoszę jednak wrażenie, że ten bogaty dorobek i omawiane rozwiązania nie uwzględniają sytuacji nadzwyczajnych, nagłych zagrożeń i wypadków masowych, które w historii naszej cywilizacji zdarzały się częściej niż okresy stabilizacji i spokoju.

Oczywiście, istnieje pojęcie „medycyna katastrof" definiowanej jako: działania mające na celu optymalizowanie medycznych czynności ratowniczych w zdarzeniach masowych, by ograniczyć ryzyko niepotrzebnej śmierci. Przez wypadek masowy rozumie się zdarzenie, w którym występuje duża liczba ofiar i które generuje problemy medyczne niemożliwe do rozwiązania w pełni przy wykorzystaniu lokalnych służb ratowniczych. Charakterystyczna dla wypadków masowych jest szczególnie duża liczba poszkodowanych oraz ciężkość obrażeń. Organizacja pomocy medycznej opiera się na zasadzie tzw. łańcucha przeżycia i obejmuje: udzielenie pierwszej pomocy na miejscu wypadku, system alarmowania, leczenie przedszpitalne, transport poszkodowanych i leczenie szpitalne („Atest", 2010, nr 9, s. 4–5, Zbigniew Kopański, Lucyna Wentrys, Aneta Cichosz, Joanna Jonek-Lewandowska).

Niestety ten temat nie był poruszany, przynajmniej podczas paneli, w których uczestniczyłem. Nikt też nie odniósł się do walki z bioterroryzmem (bardzo prawdopodobnym w czasach swobodnego przemieszczania się między krajami i kontynentami) czy zwykłych epidemii, takich jak SARS albo ptasia grypa. Zaznaczam, że nie mówię tu o zagrożeniu epidemiami wyjątkowo niebezpiecznymi dla ludzkiego zdrowia i życia, wywołanymi przez wirusy takie jak Ebola czy Marburg, których opanowanie, ze względu na niebezpieczeństwo wysokiej śmiertelności, jest jednak – jak sądzę – łatwiejsze niż opanowanie epidemii zwykłej grypy.

Podobnymi zagadnieniami nie powinny zajmować się jedynie wyspecjalizowane służby, jak wojsko czy policja. Konkretne procedury postępowania na wypadek katastrof, ataków bioterrorystycznych czy epidemii powinny być opracowane w każdej dziedzinie i dyscyplinie medycznej.

Katastrofę kojarzymy jako zjawisko nagłe, ale ograniczone w czasie i przestrzeni, w związku z tym możliwe do opanowania w krótkim czasie. Zdarzały się jednak takie katastrofy (Czarnobyl, Fukuszima), których czas trwania nie był wcale krótki, a obszar występowania – ograniczony. W przypadku czynników takich jak promieniowanie radioaktywne albo bakterie czy wirusy o dużej zakaźności obszar skażenia stale się powiększa i powinniśmy być na to przygotowani.

W grudniu 2004 r. po tsunami, najpotężniejszym w historii ludzkości, spowodowanym trzęsieniem ziemi o sile 9,3 stopnia w skali Richtera, poniosło śmierć ponad 290 tys. ludzi u wybrzeży Oceanu Indyjskiego, głównie w Indonezji. Ponad 1,5 mln mieszkańców tego rejonu świata zostało pozbawionych domów i środków niezbędnych do egzystencji. Obserwowaliśmy wówczas tę wielką katastrofę z wygodnej pozycji Europejczyka – emocjonowaliśmy się losami ocalałych rodaków, nie interesując się zbytnio losami ludzi mieszkających w regionie dotkniętym kataklizmem. Nie zastanawialiśmy się nad tym, jak dotrzeć po katastrofie do ofiar z pomocą medyczną, jakie podjąć działania w następnych etapach. Nie ocenialiśmy, jakie były wymierne, bezpośrednie i odległe efekty pracy grup ratowniczo-medycznych przysłanych do Indonezji z całego świata w odniesieniu do stanu zdrowia tamtejszej populacji. Nie śledziliśmy, czy poszczególne kraje pośpieszyły z organizacją opieki specjalistycznej dla poszkodowanych.

Przypominając tragiczne wydarzenia z 2004 r., warto się zastanowić, na jaką pomoc my, Polacy, moglibyśmy liczyć w przypadku wielkiej katastrofy? Tsunami nam raczej nie grozi, ale epidemia na pewno – zdarza się ona co 4–5 lat. Być może będziemy zmuszeni zmierzyć się nawet z pandemią. W odniesieniu do takiej sytuacji pytania możemy zadawać bez końca. Jak w takim przypadku ma wyglądać opieka

podstawowa nad pacjentem? Jak zorganizować opiekę specjalistyczną? Jakie są realne potrzeby naszego społeczeństwa w takich sytuacjach? Czy mamy rezerwy leków, środków medycznych, aparatury i sprzętu na wypadek takich tragicznych zdarzeń? Czy istnieją odpowiednie procedury zalecane medykom w nadzwyczajnych okolicznościach? W jaki sposób diagnozować schorzenia, proponować leczenie w przypadku braku możliwości osobistej konsultacji z pacjentem, braku internetu (wbrew przekonaniu młodszego pokolenia dostęp do sieci nie zawsze był i nie zawsze będzie), przy braku leków, miejsc w szpitalach, personelu? Jak w takich warunkach zorganizować efektywną opiekę medyczną? Czy w nadzwyczajnej sytuacji możemy mówić o wprowadzeniu zasad eliminacji w leczeniu pewnych grup chorych albo pewnych schorzeń?

Nie wiem, czy są w naszym kraju eksperci gotowi rozstrzygnąć podobne kwestie. Po wysłuchaniu wystąpień różnych specjalistów, jestem przekonany, że nikt nie zwrócił się do nich z takimi pytaniami. W epoce GLOBALIZACJI musimy spodziewać się GLOBALNYCH ZAGROŻEŃ. Czy spodziewamy się ich i czy jesteśmy na nie przygotowani?

1.2.

Służba zdrowia w oczach pacjentów – ich doświadczenia i oczekiwania

Z sondażu CBOS wynika, że prawie 70 proc. Polaków negatywnie ocenia służbę zdrowia w naszym kraju. Deficyt zaufania nie zawsze ma uzasadnione powody. Według ekspertów jest on między innymi skutkiem prowadzonej od dłuższego czasu dyskusji o ochronie zdrowia, na temat której pojawia się wiele skrajnych opinii, a polemiki budzą różne emocje. Jeśli zapytać bowiem o opiekę medyczną pacjentów, którzy ostatnio korzystali z leczenia, większość z nich jest zadowolona.

Podczas Kongresu, a zwłaszcza panelu dyskusyjnego „Zdrowie Polaków – oczekiwania pacjentów", pod przewodnictwem dr. Grzegorza Juszczyka i dr. Macieja Piróga, wskazywano wiele niedobrych rozwiązań czy nieprawidłowości, które zrażają pacjentów do obecnego systemu służby zdrowia. Za bulwersujący uznano na przykład fakt, że niektórym lekarzom z racji podpisanych umów z pracodawcą nie opłaca się wypisywać skierowań na badania specjalistyczne (im lekarz wypisze ich mniej, tym jego wynagrodzenie jest wyższe). Rozwiązanie tego problemu w ciągu kilku najbliższych miesięcy zapowiadał uczestniczący w dyskusji Grzegorz Błażewicz. Wiele miejsca poświęcono nieprawidłowościom systemu podstawowej opieki zdrowotnej – o tym problemie mówił m.in. dr Witold Cieśla. Wskazywano także, że zmniejszenie zaufania to także efekt słabej komunikacji z lekarzem: 55 proc. pacjentów onkologicznych nie rozumie informacji przekazywanych w gabinecie, zwracała uwagę Beata Ambroziewicz. Tymczasem właśnie dobra komunikacja, a także empatia ze strony lekarza mają kluczowe znaczenie dla samopoczucia pacjenta. Nowoczesne technologie są ważne, ale robot nie wybudzi dziecka ze śpiączki, podsumował dr M. Piróg. Traktujcie pacjenta tak, jakby był członkiem waszej rodziny, radził dr M. Piróg, zwracając się do specjalistów uczestniczących w debacie i obecnych na sali. Właśnie przyjazne traktowanie (albo jego brak) przesądza często o opinii pacjenta na temat służby zdrowia.

Do najczęściej wymienianych w dyskusji oczekiwań pacjentów należały: skrócenie kolejek do specjalistów oraz dostęp do informacji medycznej, świadczeń medycznych wysokiej jakości, refundowanych leków i rehabilitacji. To oczekiwania, na które – jak stwierdził Stanisław Maćkowiak – system ochrony zdrowia powinien w najbliższym czasie znaleźć odpowiedź.

Doświadczenia oraz problemy pacjentów związane z pobytem w czasie diagnostyki lub leczenia w największych specjalistycznych placówkach służby zdrowia omawiano na przykładzie Instytutu „Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka". Jak wykazały badania Kantar Millward Brown, prawie wszyscy pacjenci tego ośrodka napotykają na problemy związane ze znalezieniem właściwej przychodni/gabinetu oraz załatwieniem formalności związanych z wizytą. Tym samym chcieliby oni lepszego sposobu nawigacji po szpitalu oraz ułatwień na etapie rezerwowania wizyty i oczekiwania na nią w kolejce. Już proste rozwiązania, takie jak na przykład bardziej przemyślany układ nawigacji czy bardziej przejrzysta strona internetowa Instytutu, mogłyby stać się znaczącym ułatwieniem, zwłaszcza dla tych chorych dzieci i ich rodziców, którzy do CZD przyjeżdżają z odległych rejonów kraju.

Panel dyskusyjny poświęcony oczekiwaniom pacjentów był wyjątkowy – oprócz ekspertów wzięli w nim udział przedstawiciele organizacji pacjenckich. Jak zauważył prowadzący dyskusję dr M. Piróg, organizacje te nie zawsze uczestniczyły w podobnych debatach. Nie mówiły też jednym głosem, co niekorzystnie

przekładało się na odbiór ich postulatów przez środowisko medyczne oraz decydentów. Debata podczas Kongresu „Zdrowie Polaków" 2019 stała się forum ułatwiającym wymianę poglądów pomiędzy organizacjami reprezentującymi pacjentów a przedstawicielami zawodów medycznych.

Mówiąc o oczekiwaniach pacjentów, zwracano jednocześnie uwagę na to, że ich prawa nie mogą być nieograniczone, co podkreślił m.in. dr Marcin Mikos. Jeśli na przykład rodzic odmawia szczepienia dziecka, nie ma prawa oczekiwać od lekarza, że będzie on gwarantem jego zdrowia. Jak konkludowała B. Ambroziewicz, pacjent, który wiele wymaga od systemu opieki zdrowotnej, powinien mieć świadomość, że przynajmniej część odpowiedzialności za własne zdrowie przejmuje on sam.

Dr n. med. Grzegorz Juszczyk: Dla usprawnienia systemu ochrony zdrowia kluczowe jest szczegółowe, dogłębne poznanie oczekiwań pacjentów, a także wszystkich obywateli.

Mamy już sporo informacji z badań społecznych oraz prowadzonych przez organizacje pacjenckie, także instytucje publiczne i ochrony zdrowia, jak np. urzędy Rzecznika Praw Pacjenta czy Rzecznika Praw Dziecka. Raporty dotyczące sytuacji zdrowotnej Polek i Polaków pokazują pewne paradoksy – z jednej strony wiemy, że 3/4 Polaków ma dobrą lub bardzo dobrą samoocenę stanu zdrowia i że ponad 70 proc Polaków deklaruje, że o zdrowie dba. Tymczasem organizacje pacjenckie informują, że wielu pacjentów nadal nie jest przekonanych do korzystania z dobrodziejstw badań profilaktycznych, badań przesiewowych. Oznacza to, że nasz system opieki zdrowotnej jest w stanie dostarczyć więcej usług, niż oczekują tego nasi obywatele.

Dr n. med. Maciej Piróg: Trudny temat, jakim są oczekiwania pacjentów, warto rozszerzyć o oczekiwania rodzin pacjentów i opiekunów pacjentów, zwłaszcza tych najbardziej poszkodowanych, najbardziej chorych. Oni też potrzebują opieki, jeśli bowiem choruje pacjent, choruje cała jego rodzina.

Dopiero w ciągu ostatnich 20 lat organizacje pacjenckie upominają się o prawa pacjentów poszkodowanych czy dotkniętych chorobą, którzy oczekują bardzo realnych działań. Czy te oczekiwania są rozbieżne z tym, co decydenci w służbie zdrowia mogą im oferować? Jak się okazuje, najczęściej tak (chociażby z tego powodu, że natychmiastowa i pełna realizacja tychże oczekiwań nie jest możliwa). Dodatkowy problem polega na tym, że organizacje pacjenckie zwykle nie mówią jednym głosem, a często są między sobą skonfliktowane. Niestety, bardzo przeszkadza to w dobrych kontaktach z tą stroną, która miałaby realizować słuszne oczekiwania.

Oczekiwania te należałoby przeanalizować pod kątem oczekiwań globalnych. Jak wynika z badań, polski pacjent (w znaczeniu 38 milionów Polaków) oczekuje dostępu do świadczeń zdrowotnych, skrócenia czasu oczekiwania na wizytę, dostępu do diagnostyki, a przede wszystkim (co jest ostatnio widoczne) zwiększenia dostępu do technologii medycznych, technologii lekowych i nielekowych, z których tylko część jest dostępna dla polskich pacjentów. I wreszcie najbliższy mi temat – oczekiwania opiekunów czy rodziców dzieci dotyczące hospitalizacji. Jeszcze 25–30 lat temu rodzice nie mieli dostępu do chorego dziecka w szpitalu. W tej chwili toczą się rozmowy, czy należy za ten dostęp płacić, czy nie. Pamiętajmy jednak, jak traumatyczny dla rodziców i ich dzieci był brak możliwości wejścia do szpitala przez rodzica, dotknięcia swojego chorego dziecka. Wielu z nas do tej pory pamięta te traumatyczne przeżycia, zachowały się one także w pamięci naszych dzieci. Na szczęście dawne praktyki to już przeszłość. Obecność rodziców przy łóżku chorego dziecka nie jest niczym wyjątkowym. To jest wielki postęp.

Jednym z członków Rady Kongresu jest pani Ewa Błaszczyk, prezes i założycielka fundacji „Akogo?". Jako matka będąca w sytuacji skrajnie trudnej spróbowała (i to się udało!) stworzyć miejsce, procedury, których jej, jako opiekunce i matce dziecka,

brakowało. Dzięki jej staraniom powstała Klinika Budzik. Natomiast kończące się sukcesem działania organizacji pacjenckiej powinny być kontynuowane przez państwo. Jeżeli obiektywnie stwierdzono, że ośrodek zbudowany ze środków publicznych, taki jak Klinika Budzik, jest potrzebny, to jego funkcjonowanie, a także pobyt dziecka w takim ośrodku, powinny być finansowane ze środków publicznych. W tym przypadku rzeczywiście tak jest. NFZ finansuje działania Budzika.

Grzegorz Błażewicz: Podczas spotkań, konferencji i sympozjów mówimy o dobrych praktykach i wysokich standardach, jednak gdzieś obok są także stosowane praktyki, które nie powinny mieć miejsca.

Oprócz postępowań wyjaśniających indywidualnych Rzecznik Praw Pacjenta prowadzi postępowania w sprawach praktyk naruszających zbiorowe prawa pacjentów, jednocześnie rzecznicy praw pacjenta szpitala psychiatrycznego stale prowadzą postępowania wyjaśniające w podmiotach psychiatrycznych. Z naszych doświadczeń wynika, że pacjenci oczekują świadczeń zdrowotnych łatwo dostępnych, kompleksowych i wysokiej jakości, przy czym te wszystkie elementy muszą być spełnione łącznie (co z tego, że świadczenie będzie łatwo dostępne, kompleksowe, ale nie będzie wysokiej jakości albo będzie wysokiej jakości, kompleksowe, ale będzie trudno dostępne). Pacjent chce poczuć się otoczony dobrą opieką przez system ochrony zdrowia. Bardzo ważna dla niego komunikacja z personelem medycznym – z lekarzem, z pielęgniarką, z położną.

Wskazujemy na główne założenia, idee, jednak obok nas lekarze podpisują umowy z klauzulą, że ich wynagrodzenie zależne jest od ilości zleconych badań profilaktycznych, diagnostycznych. W naszej opinii jest to praktyka nieuczciwa. Rzecznik Praw Pacjenta ustalił już szeroki krąg podmiotów, które stosują umowy z takimi niedozwolonymi klauzulami. W ciągu najbliższych 4–5 miesięcy chcielibyśmy ten temat zakończyć.

Dr n. med. Konstanty Radziwiłł: Coraz ostrzej widoczna jest sprawa braku realizacji konstytucyjnej zasady powszechnego prawa do opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych (pod tym względem coraz wyraźniej Polska odstaje od standardu europejskiego).

Należałoby wprowadzić jednoznaczne uprawnienie do opieki zdrowotnej każdego będącego w potrzebie. Coraz pilniejsza jest sprawa wprowadzenia przepisów gwarantujących jakość opieki zdrowotnej i bezpieczeństwo pacjenta (w oparciu o wprowadzanie powszechnie obowiązujących standardów organizacyjnych opieki oraz silnych rekomendacji w zakresie wytycznych postępowania diagnostycznego i terapeutycznego).

Dr n. med. Marcin Mikos: Oczekiwania pacjentów i personelu medycznego są zbieżne. Odnosząc się do praw pacjenta, trzeba jasno powiedzieć, że nie są one nieograniczone.

Mówimy o bezpieczeństwie pacjenta, zarówno w subiektywnym poczuciu (wszyscy wiemy, co to znaczy mieć poczucie bezpieczeństwa w kręgu rodzinnym, w pracy, także w kontaktach z personelem medycznym), jak i bezpieczeństwie rozumianym jako dostęp do służby zdrowia. A to poczucie bezpieczeństwa jest naruszone na pewno u pacjenta, który musi oczekiwać 600 dni na konsultację kardiologiczną czy laryngologiczną, albo który słyszy – w komunikacie Ministerstwa Zdrowia – o ograniczonej dostępności w aptekach blisko 500 leków. Poczucia bezpieczeństwa nie buduje rekompensata w wysokości jednego złotego, jaką Wojewódzka Komisja ds. Zdarzeń Medycznych

proponuje pacjentowi, który doznał uszczerbku na zdrowiu, a nie było to związane z naturalnym przebiegiem choroby. Pacjenci oczekują, że ta sytuacja się zmieni.

Z kolei personel medyczny chce wykonywać swój zawód w sposób bezpieczny dla pacjenta, tzn. zgodnie z aktualną wiedzą medyczną, mając dostęp do wszystkich terapii, metod diagnostycznych finansowanych ze środków publicznych. Osoby wykonujące zawody medyczne chcą pracować w poszanowaniu własnej godności, w sposób dobrze opłacany, zapewniający odpoczynek – tylko wtedy personel medyczny będzie działał w sposób bezpieczny dla pacjenta.

Oczekiwania pacjentów i personelu medycznego są więc zbieżne. Mówiąc natomiast o prawach pacjenta, trzeba jasno powiedzieć, że nie są one nieograniczone. W odniesieniu do ochrony zdrowia warto zastosować zasadę, którą stosuje sąd, rozpatrując sprawę dotyczącą oskarżenia o spowodowanie szkody przez inną osobę – w takiej sytuacji sąd zawsze sprawdza, czy osoba, której wyrządzono szkodę, nie przyczyniła się w jakiś sposób do tego, że tę szkodę jej wyrządzono. Sam sporządziłem kiedyś opinię prawną dotyczącą prawa do odmowy leczenia dziecka przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, jeśli rodzic mimo braku wskazań medycznych odmawia jego szczepienia. Taki rodzic, nie przestrzegając prawa (bo przecież mamy tutaj do czynienia z obowiązkiem prawnym), nie może żądać od lekarza POZ, że będzie on gwarantem bezpieczeństwa i zdrowia jego dziecka. Można podać wiele innych przykładów, w których oczekiwaniom pacjenta musi towarzyszyć jego zaangażowanie w leczenie czy ochronę zdrowia i udział w realizacji praw. A muszę przyznać ze smutkiem, że czasami oczekiwania pacjentów przybierają wręcz absurdalny wymiar. Nie tak dawno spotkałem się z roszczeniem pacjenta wobec jednego ze szpitali, którego powodem było umieszczenie go na sali z umierającym pacjentem, który – umierając - zakłócał dobrostan skarżącego. Wspominam o tym dla podkreślenia, że czasami te absurdalne czy – jak we wspomnianym przypadku – niegodziwe oczekiwania pacjentów muszą mieć też swoje granice.

Jakub Gołąb: Organizacje pozarządowe to soczewka skupiająca potrzeby pacjentów.

Wszyscy jesteśmy pacjentami bądź nimi będziemy. Dlatego konieczne jest, by istniały organizacje, które definiują potrzeby chorych i ich rodzin. W zależności od tego, czym się zajmują, działają na rzecz pacjentów cierpiących na to samo schorzenie albo są to tzw. organizacje parasolowe. Wszystkie te organizacje potrzebują partnerów, którzy mogliby przyczynić się do rozwiązania problemów pacjentów i ich rodzin.

Dr Witold Cieśla: Czy podstawowa opieka zdrowotna odgrywa w systemie opieki zdrowotnej rzeczywiście podstawową rolę?

Aktualny system ochrony zdrowia w Polsce nie jest jednolity. Reforma z końca lat 90. wprowadziła odrębne obszary finansowania: podstawową opiekę zdrowotną (POZ), ambulatoryjną opiekę specjalistyczną (AOS), leczenie szpitalne, leczenie uzdrowiskowe, opiekę długoterminową itp. Zdecydowano wtedy o różnym sposobie ich finansowania: uznano, że większość świadczeń w zakresie AOS, hospitalizacji, leczenia uzdrowiskowego itp. będzie finansowana na zasadzie *fee-for-service* – czyli za wykonaną usługę. Wyjątek zrobiono dla obszaru świadczeń w zakresie POZ, w ramach którego przyjęto zasadę stałego finansowania w przeliczeniu na jednego pacjenta objętego opieką przez praktykę lekarską.

Przyjęcie tego systemu spowodowało, że z jednej strony podmiotom opłacanym za wykonaną usługę zaczęło się opłacać wykonywanie świadczeń bez konieczności objęcia pacjenta stałą opieką, przy czym podmioty wybierają świadczenia lepiej płatne albo mniej kosztowne. Jednak z drugiej strony lekarz POZ nie był zainteresowany leczeniem pacjenta, ponieważ diagnozując go, ponosił straty ze stawki kapitacyjnej. Najbardziej opłacalne dla lekarza POZ stało się

wypisywanie skierowań do lekarza AOS, dlatego też powstał problem długich kolejek do lekarzy specjalistów, nieznany w innych państwach UE. Oczywiście nie należy przez to rozumieć, że lekarz POZ jest winny wszystkim kłopotom w naszej ochronie zdrowia.

Na początku reformy idea opracowania systemu POZ zakładała również stworzenie lekarzowi wielu możliwości diagnostyczno-leczniczych. Miał on być wyposażony (już w latach 90.) w szereg niezbędnych urządzeń: aparat USG, aparat EKG, oftalmoskop wraz z podstawowymi tablicami do badań wzroku, otoskop, analizator podstawowych danych biochemii krwi itd. Tak wyposażony lekarz POZ mógł stać się oczekiwanym lekarzem rodzinnym – znającym swoich pacjentów, leczącym ich długoterminowo i kierującym ich do AOS tylko w wyjątkowych przypadkach, a nie codziennie. Według mojej wiedzy nigdy nie doszło do powstania, przyjęcia i zastosowania takiego standardu praktyki lekarza POZ. Następne regulacje prawne lekarzowi POZ ograniczyły: możliwości zlecania laboratoryjnych badań diagnostycznych do ok. 50 (stan obecny), możliwość przepisywania większości leków specjalistycznych bez corocznych informacji od lekarza specjalisty (sam system wymuszał tworzenie się kolejek!), zlecania zaawansowanych badań obrazowych i endoskopowych (dopiero w 2019 r. częściowo zmienione). Jak możemy więc mówić, że w systemie jest to opieka podstawowa, mając przy tym świadomość, że 52 proc. środków NFZ przeznaczonych jest na leczenie szpitalne, a więc najdroższy sposób diagnostyki i leczenia. Dziś zdecydowaną większość diagnostyki można przeprowadzić w warunkach ambulatoryjnych i niekoniecznie musi to być lekarz AOS. Praktyki lekarzy POZ przeniosły też obowiązek całodobowej opieki nad pacjentem (lekarz rodzinny?) na innych – nocna pomoc lekarska (NPL) została praktycznie przeniesiona do już przepełnionych SOR-ów w szpitalach. Około 60–70 proc. pacjentów zgłaszających się na taki dyżur nie powinna w ogóle na niego trafić, tymi chorymi powinni zająć się lekarze POZ lub NPL.

Dziś niestety nie możemy mówić o stworzeniu funkcji lekarza rodzinnego, a raczej lekarza pierwszego kontaktu. Profesor Jarosław Drobnik, prezes Polskiego Towarzystwa Medycyny Rodzinnej, w 2016 r. powiedział: „Polski system opieki zdrowotnej nigdy nie był przygotowany do idei wprowadzenia lekarza rodzinnego, który holistycznie podchodzi do pacjenta, jego problemy zdrowotne traktuje kompleksowo, tworzy fundament opieki nad pacjentem i jako specjalista medycyny rodzinnej jest partnerem w dyskusji dla innych specjalistów. Stał się więc lekarzem skupionym na leczeniu infekcji, wypisywaniu recept i skierowań na badania lub do specjalisty. Dobrze wykształcona i przygotowana kadra lekarzy rodzinnych do pracy w POZ nie spełnia funkcji, jaka im została przypisana, ponieważ nie stworzono do tego warunków i nie dano narzędzi, które pozwoliłyby w sposób odpowiedzialny realizować założenia medycyny rodzinnej. Powiem więcej, system wcale tego nie oczekiwał (...).

W podstawowej opiece zdrowotnej miały dominować praktyki lekarzy rodzinnych, a dominują niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej, głównie oparte o lekarza internistę i pediatrę. Nazywamy się lekarzami rodzinnymi, a tak naprawdę jesteśmy, jak cały POZ, lekarzami pierwszego kontaktu. Mówimy o specjalistyce ambulatoryjnej, o specjaliście kardiologu, endokrynologu, a kto mówi o lekarzu rodzinnym jako o specjaliście? Nikt. (...) Kraje EU, budując taki system, włożyły w niego ogromne pieniądze. Obecnie średnia europejska, jeśli chodzi o wartość nabywczą składki zdrowotnej, wynosi około 3 tys. dol. od osoby, a w Polsce wartość ta nie przekracza 2 tys. dol. Czyli jesteśmy znacznie ubożsi. Czy u nas, w Polsce, badanie tomograficzne, pobranie krwi, analiza moczu kosztują inaczej? Nie. A więc za te pieniądze można tylko zabezpieczać podstawowe potrzeby zdrowotne pacjenta".

Odrębnym ważnym problemem jest kwestia kształcenia ustawicznego wszystkich lekarzy, w tym lekarzy POZ, które w Polsce praktycznie nie funkcjonuje. Pomysł stworzenia specjalizacji lekarza rodzinnego na początku reformy był dobry i taka specjalizacja jest potrzebna, ale czy wszyscy lekarze rodzinni muszą być specjalistami? Biorąc pod uwagę średnią wieku lekarza w Polsce, czy nie lepszym rozwiązaniem byłoby stworzenie i egzekwowanie systemu egzaminów co 3–5 lat weryfikujących wiedzę lekarza POZ? Postęp w medycynie i technologiach medycznych jest tak szybki, że wiedza nabyta na studiach przed 15–20 laty jest już zupełnie nieaktualna, a uzyskana podczas specjalizacji dezaktualizuje się najdalej po 10 latach. To jest wielkie wyzwanie dla wszystkich pracowników ochrony zdrowia, nie tylko lekarzy.

Wydaje się, że takie rozwiązania, jak możliwość skorzystania z telekonsultacji, telediagnostyki, telenadzoru, osobistych systemów oceniających stan

zdrowia (aplikacje w smartfonach), powinny ułatwić kontakt lekarza z pacjentem i w dużej części wyeliminować konieczność osobistych konsultacji, ale pod warunkiem wprowadzenia ich do świadczeń refundowanych przez NFZ.

Taki sam problem stoi przed upowszechnieniem badań przesiewowych. Z wielu wypowiedzi panelistów Kongresu wynika, że takie systemy są już gotowe dla wielu dyscyplin medycznych, tylko nie ma woli ich finansowania. A przecież profilaktyka, w szczególności oparta na wynikach porównywalnych badań zdrowotnych, jest najtańszą formą opieki nad pacjentem.

Jeszcze większe zadania stoją przed edukacją zdrowotną, która, moim zdaniem, systemowo w Polsce nie istnieje. Są jakieś pojedyncze akcje realizowane przez pasjonatów: „Po Pierwsze Zdrowie", „Dzień Serca i Chorób Krążenia", badania mammograficzne, dni otwarte organizowane przez uczelnie medyczne, a także wiele innych działań oderwanych od siebie i nieskoordynowanych. Czy ma ktoś w Polsce wiedzę, dlaczego ok. 50 proc. kobiet nie zgłasza się na oferowane bezpłatne badania mammograficzne? Dlaczego jest podobnie wysoki odsetek osób niezgłaszających się na badania kolonoskopowe? Państwo powinno stworzyć program działań obejmujących wszystkie grupy wiekowe: przedszkolaków, uczniów szkół, studentów, osoby pracujące, rencistów i emerytów. Trzeba pokazywać i przypominać obywatelom, jakie przyzwyczajenia i nałogi, jaka dieta i jaki styl życia negatywnie wpływają na stan zdrowia i jakie są rzeczywiste koszty leczenia: badania obrazowego RTG, TK, MR, USG, protezy stawu, naczyń krwionośnych, pobytu w szpitalu. Pacjenci nie mają pojęcia, że doba w szpitalu to zwykle koszt 400–600 zł, nie licząc leków i diagnostyki, a na oddziale intensywnej terapii (OIT) – 10 tys. zł. Nie wiedzą tego, że leczenie ostrego zapalenia trzustki po nadużyciu alkoholu to często koszt powyżej 1 mln zł, a pobyt pacjenta na oddziałach kardiologii, nefrologii i wielu innych to faktyczny koszt idący w dziesiątki tysięcy. Bez tej wiedzy pacjent nie ma szans na porównanie wielkości swojej składki na ubezpieczenie zdrowotne z rzeczywistymi kosztami swojego leczenia, często związanymi z paleniem papierosów, nadwagą, lekceważeniem badań okresowych itp. Nigdy też nie doceni tego, co gwarantuje mu system publicznej ochrony zdrowia i jej personel.

Barbara Misiewicz-Jagielak: Wydarzenia ostatnich miesięcy związane z kryzysem lekowym powinny uświadomić, że Polska nie jest pod względem zapewnienia bezpieczeństwa lekowego dobrze przygotowana. Wynika to z uzależniania się naszego kraju od dostaw leków z zagranicy.

Bezpieczeństwo lekowe jest wypadkową wielu elementów. Zdecydowanie najważniejszym z nich jest dostępność leków dla pacjentów rozumiana jako pełne zaspokojenie popytu na produkty lecznicze, a także realna możliwość zakupu poprzez oferowanie leków w przystępnych cenach. Kolejnym warunkiem bezpieczeństwa lekowego jest wysoka jakość i bezpieczeństwo samego produktu leczniczego, co w przypadku wyrobów krajowych jest zagwarantowane przez sprawnie działający w Polsce system nadzoru nad bezpieczeństwem stosowania leku.

Mówiąc o dostępie do leków w przestrzeni publicznej, najczęściej wymienia się dostęp do innowacyjnych terapii. Jest to niezwykle ważne, jednak bezpieczeństwo lekowe to zapewnienie jak największej liczbie pacjentów dostępu do leków na najczęściej występujące choroby populacyjne.

W każdym z wymienionych aspektów kluczowe znaczenie ma pobudzenie wzrostu produkcji farmaceutycznej w Polsce. Silna rola krajowego przemysłu farmaceutycznego (czyli przedsiębiorstw produkujących leki w Polsce) gwarantuje bezpieczeństwo lekowe Polaków, zapewniając ciągłość i priorytetyzację dostaw, a co za tym idzie – stały dostęp do produktów leczniczych niezależnie od okoliczności zewnętrznych.

Sprawne funkcjonowanie na terytorium Polski fabryk leków jest istotne zwłaszcza w obliczu narastającego kryzysu demograficznego. Według prognozy GUS do 2050 r. liczba osób w wieku 65 lat i więcej, a więc takich, które najczęściej korzystają z systemu ochrony zdrowia, wzrośnie o 5,4 mln w porównaniu do 2013 r. Wówczas będą one stanowiły prawie 1/3 populacji. Oznacza to, że zapotrzebowanie na farmaceutyki w najbliższych latach będzie systematycznie

rosło, gdyż konsumpcja leków jest największa wśród osób w starszym wieku. Stanowi to ogromne wyzwanie dla polskiego systemu ochrony zdrowia.

Rodzimi wytwórcy dostarczają swoje leki do Polski w pierwszej kolejności, co ma ogromne znaczenie przy czasowych problemach z produkcją, poza tym utrzymują produkcję kilkudziesięciu nierentownych produktów, których nikt inny, ze względu na niską cenę, nie chce wytwarzać. Wśród nich są leki niezbędne dla ratowania życia i zdrowia, takie jak adrenalina, morfina czy cefalosporyny.

Mimo tak ogromnego wkładu w zapewnienie obywatelom bezpieczeństwa lekowego krajowi producenci nie mogą liczyć na szczególne wsparcie państwa. Świadczy o tym dotychczasowa polityka lekowa Ministerstwa Zdrowia, która doprowadziła do erozji cen leków wytwarzanych przez krajową branżę, spadek jej przychodów i niebezpieczeństwo spowolnienia rozwoju. Niestety w obliczu ogromnej, wspieranej przez lokalne rządy konkurencji zagranicznej może to spowodować jej marginalizację czy wręcz upadek. Efektem tych działań może być uzależnienie zaopatrzenia lekowego Polski od dostaw zewnętrznych ze wszystkimi tego konsekwencjami dla bezpieczeństwa lekowego kraju.

Warunkiem zbudowania bezpieczeństwa lekowego w Polsce jest istnienie spójnej, wielopłaszczyznowej i perspektywicznej polityki rządu, wypracowanej w dialogu z przedsiębiorcami. Krajowe firmy powinny stać się partnerem administracji rządowej w budowaniu strategii dla zdrowia, a także w zapewnieniu Polakom długoterminowego bezpieczeństwa lekowego dzięki szerokiej, stale unowocześnianej ofercie produktowej.

Urszula Jaworska: Na oczekiwania pacjenta patrzę przez pryzmat tego, co nasza Fundacja robi od wielu lat, zarówno jeśli chodzi o rejestr dawców szpiku, jak i bezpieczeństwo pacjenta podczas transplantacji oraz audyty szpitali. Z tej perspektywy jest widoczne, że satysfakcja pacjenta wynika z faktu dostania świadczeń, a nie z tego, jak one są realizowane.

Powtarzamy, że pacjent ma być bezpieczny. Praktyka jednak pokazuje, że nie zawsze wymogi bezpieczeństwa są zachowywane. Ostatnio podczas konferencji Krajowej Izby Diagnostów Laboratoryjnych w Łodzi zapytałam diagnostów, jak czują się z perspektywy etyki zawodu, podpisując się pod wynikami badania próbek, o których wiedzą, że są przeterminowane, za późno badane. Na sali zapadła cisza. Ani my, pacjenci, ani lekarze nie zdajemy sobie sprawy z tego, że wyniki badań, na podstawie których lekarze stawiają diagnozę i prowadzą leczenie pacjenta, nie mają takiej jakości, jaką mieć powinny, a w tej sytuacji bezpieczeństwo pacjenta stoi pod znakiem zapytania.

Kiedy mówimy o oczekiwaniach pacjenta, o jego bezpieczeństwie, o jakości świadczeń medycznych, musimy mieć świadomość, że jej podniesienie nie będzie możliwe bez sprawnych systemów informatycznych (pacjent.gov.pl, IKP). Moje standardowe pytanie podczas konferencji brzmi: „Kto ma IKP?". IKP, czyli internetowe konto pacjenta, nie jest jeszcze w Polsce popularne. Tymczasem rozwiązania informatyczne, takie jak IKP, e-recepta, e-zwolnienie itp., pozwalają lepiej zaopiekować się pacjentem, zwiększają jego bezpieczeństwo, a także jakość usług medycznych. Personalizowanie, „śledzenie" pacjenta, zarządzanie tym pacjentem i stały wgląd przez lekarza prowadzącego w to, co się dzieje z pacjentem, to rozwiązania niezbędne. Bez informatyzacji, bez szybkiego przepływu informacji o pacjencie, nie może on być bezpieczny. Niestety do tego standardu jest nam daleko. Wdrożenie rozwiązań informatycznych w służbie zdrowia będzie jeszcze trwało bardzo długo.

Krystyna Wechmann: Niezbędny jest stały monitoring ośrodków wyspecjalizowanych w leczeniu nowotworów. Ważne jest, aby pacjenci ze zdiagnozowanym rakiem trafiali do ośrodków referencyjnych.

Dwadzieścia osiem lat temu, kiedy miałam 39 lat, zdiagnozowano u mnie zaawansowanego raka piersi. Wtedy był to temat tabu, dlatego jeszcze w tym samym roku założyłam w Poznaniu Stowarzyszenie

„Amazonki". Rak jest powszechnie uznawany za wyrok. Dlatego od lat staramy się uświadamiać, że jest to choroba przewlekła i że w leczeniu nowotworów niezwykle ważna jest profilaktyka.

Jako pacjenci korzystający z badań przesiewowych czy diagnostycznych w kierunku nowotworów oczekujemy więc, że badania te będą dobrej jakości. Niestety, często się zdarza, że w trakcie tych badań nie wykrywa się początków choroby. W Polsce praktykowane są metody badań, których w Europie już się nie stosuje, np. biopsja cienkoigłowa, mammograf ucyfrowiony.

Następnym oczekiwaniem – po wysokiej jakości badaniach diagnostycznych – jest partnerstwo pomiędzy pacjentem a lekarzem. Nie można o nim mówić w sytuacji, kiedy lekarz na pierwszym spotkaniu powie: „A co pani z tą chorobą tak długo czekała?". Tak zadane pytanie daje początek złej relacji. Jeżeli natomiast lekarz, przyznając, że choroba jest faktycznie zaawansowana, zacznie mówić o możliwościach – skutecznych, nowoczesnych terapiach i dobrej jakości leczeniu, to pomiędzy pacjentem a lekarzem nawiązuje się nić porozumienia. Pacjent czuje się bezpiecznie, jeśli lekarz jeszcze doda: „Przejdziemy przez to razem".

W leczeniu nowotworów ważna jest ścieżka pacjenta, a więc dobra diagnostyka, dobry kontakt z lekarzem i dostępność do skutecznych terapii i rehabilitacji. Choć warto zaznaczyć, że terapia farmakologiczna nie zawsze jest podstawą. W leczeniu kompleksowym ważne są także inne aspekty, jak chociażby rehabilitacja, która przyspiesza powrót do wcześniejszych ról zawodowych, społecznych i rodzinnych.

W Polsce jest trzech największych zabójców: rak piersi, rak jelita grubego i rak płuc. Jako „Amazonki" bardzo mocno angażujemy się we wsparcie i edukację kobiet. Dzięki temu wiele z tych, u których wykryto raka, jest już przygotowywanych do leczenia w specjalistycznych ośrodkach. Ważne jest tylko, by trafiły one do ośrodka referencyjnego. Dlatego niezbędny jest stały monitoring ośrodków wyspecjalizowanych w leczeniu nowotworów. Pozwoliłoby to uniknąć sytuacji, w której pacjentka ze zdiagnozowanym rakiem trafia do szpitala, w którym rzadko wykonuje się zabiegi operacyjne niezbędne w leczeniu danego nowotworu. Zależy nam, by w Polsce powstały wyspecjalizowane ośrodki, które będą dostępne dla pacjentów także z uwagi na ich lokalizację.

Małgorzata Pacholec: Sytuacja pacjentów okulistycznych zmienia się na lepsze, a postęp naukowy daje nowe nadzieje. Duży problem stanowią jednak ograniczenia finansowe. Dlatego wciąż należy przypominać decydentom, że utrata wzroku kosztuje więcej niż jego leczenie.

Choroby oczu dotykają coraz większej liczby osób, nie tylko starszych, lecz także młodych. To poważny problem społeczny i zdrowotny oraz wyzwanie dla systemu ochrony zdrowia. W ostatnich latach w okulistyce dokonały się istotne zmiany. Postęp w dziedzinie diagnostyki, obiecujące wyniki badań klinicznych, nowe terapie, odkrycia naukowe w genetyce – to zjawiska, które budzą nadzieję na nowe możliwości leczenia nieuleczalnych dotąd schorzeń wzroku. Jako prezes Stowarzyszenia Retina AMD Polska oraz dyrektor Instytutu Tyflologicznego Polskiego Związku Niewidomych na bieżąco obserwuję te zmiany i przyznaję, że na przestrzeni lat sytuacja pacjentów okulistycznych uległa poprawie. Wciąż jednak istnieją obszary, w których jest jeszcze wiele do zrobienia.

Aby zatrzymać „epidemię ślepoty", od ponad 4 lat działa program lekowy „Leczenie wysiękowej postaci zwyrodnienie plamki związanej z wiekiem (AMD)". Zapewnia on pacjentom leczenie zgodne z wytycznymi towarzystw naukowych z dziedziny okulistyki. Gwarantuje odpowiednią częstotliwość podań leku i monitoring choroby. Od momentu jego uruchomienia pacjenci są efektywniej kwalifikowani do terapii, a także sprawniej przebiega proces leczenia w publicznych placówkach służby zdrowia poza szpitalem. Problem stanowi jednak to, że nie wszyscy kwalifikują się do tego bezpłatnego programu. Wówczas proponuje się pacjentom procedurę B84. Niemniej ze względu na niską wycenę, nie zapewnia ona takiej liczby iniekcji, jaka jest konieczna. Chorzy często szukają więc innego rozwiązania – leczą się odpłatnie w placówkach prywatnych lub całkowicie rezygnują z terapii.

Innym, równie poważnym jak AMD, schorzeniem wzroku jest zaćma. Przez wiele lat dużym

problemem był długi czas oczekiwania na zabieg jej usunięcia. W efekcie zniesienia przez NFZ limitów na wykonywanie operacji kolejki uległy skróceniu – z prawie dwóch lat do roku. Wprowadzono też wizytę weryfikującą dla pacjentów ze względu na pilność zabiegu. Dodatkowo NFZ promuje te szpitale, które szybko realizują zabiegi. To pozytywne zmiany, ale wciąż jeszcze nie wprowadzono dopłat do ponadstandardowych świadczeń, za które pacjenci muszą płacić z własnych środków.

Choroby oczu dotyczą nie tylko seniorów, lecz także młodych. Ich wykluczenie z rynku pracy generuje straty w sektorze finansów publicznych. Tak jest w przypadku pacjentów z cukrzycowym obrzękiem plamki żółtej (DME). Szacuje się, że ok. 40 proc. osób z DME to osoby poniżej 45 roku życia, które powinny mieć szansę na aktywne życie rodzinne i zawodowe. Istnieją już nowoczesne terapie powstrzymujące rozwój choroby, ale w Polsce nie są refundowane. Mimo pozytywnych rekomendacji prezesa AOTMiT i doniesień naukowych wciąż nie utworzono programu lekowego dla DME. Zabiegamy o to od kilku lat. Wierzymy, że nasze działania przyniosą efekty, tak jak w przypadku osób z zapaleniem błony naczyniowej oka – Ministerstwo Zdrowia uruchomiło nowy program lekowy i już wkrótce pacjenci będą mieli szansę na nowoczesne leczenie.

Tematem, który szczególnie zasługuje na uwagę, jest również rozwój genetyki w okulistyce. W wielu krajach UE uruchomiono już specjalne programy diagnostyki molekularnej. W Polsce takie badania nie są dostępne w ramach NFZ. Dlatego też większość pacjentów z genetycznymi schorzeniami nie wie, jaka mutacja odbiera im wzrok. Tymczasem pojawiają się nowe możliwości leczenia – precyzyjne, celowane genoterapie, które wymagają rozpoznania konkretnej mutacji. Takim przełomem jest terapia przeznaczona dla pacjentów z mutacją *RPE65*. Mutacja *RPE65* stanowi jedną z kilkudziesięciu mutacji, jakie kryją się pod wspólną nazwą: *retinitis pigmentosa*, czyli zwyrodnienie barwnikowe siatkówki. Ostatnie odkrycia doprowadziły do opracowania nowych sposobów oznaczania mutacji w *retinitis pigmentosa*. Są one coraz bardziej efektywne i tańsze. Musimy jednak jeszcze wiele zrobić, aby też były dostępne. Bez prawidłowej diagnozy nie ma szans na przyszłe leczenie.

Podsumowując, sytuacja pacjentów zmienia się na lepsze, a postęp naukowy daje nowe nadzieje. Duży problem stanowią jednak ograniczenia finansowe. Dlatego wciąż należy przypominać decydentom, że utrata wzroku kosztuje więcej niż jego leczenie.

Beata Ambroziewicz: Dostęp do świadczeń medycznych, jakość usług, bezpieczeństwo to aspekty, które mogą pozytywnie albo też negatywnie wpływać na postawę przeciętnego obywatela, na to, czy ma on potrzebę oraz możliwość współdecydowania o swoim zdrowiu i czy przejmuje za nie odpowiedzialność. Jednak kluczowe znaczenie ma tutaj dostęp do informacji medycznych i komunikacja, które są jedną z największych bolączek obecnego systemu.

Dyskusja o tym systemie jest bardzo spolaryzowana i nacechowana skrajnościami. Ten przekaz, który dociera do przeciętnego obywatela, jest często nierzetelny, negatywny. Mamy więc duży problem z zaufaniem do systemu ochrony zdrowia. Ostatnio opublikowaliśmy wyniki badania opinii pacjentów onkologicznych. Pacjenci ci nie wskazali nawet, że największą bolączką w tym zakresie jest dostęp do terapii, lecz skupili się na komunikacji. Jak wynika z badań, ponad 50 proc. badanych nie otrzymywało informacji, co robić dalej po wyjściu z gabinetu lekarza, nie otrzymywało też informacji o niepożądanych działaniach terapii, o leczeniu bólu, o możliwości kontaktu interwencyjnego na wypadek, gdyby działo się coś niepokojącego. Ponadto 55 proc. badanych wskazało, że nie rozumie informacji, które do nich docierają. Nasuwa się więc pytanie, jak pacjenci mają być motywowani i włączani w zarządzanie swoim zdrowiem, jeżeli nie rozumieją przekazywanych im informacji i tak naprawdę nie wiedzą, jak się poruszać w systemie ochrony zdrowia.

Kolejne duże wyzwanie w ochronie zdrowia to edukacja zdrowotna, która powinna zaczynać się już od najmłodszych lat, ale nie powinna ona ograniczać się do nauczania zdrowego stylu życia. Powinna także dotyczyć poruszania się w systemie ochrony zdrowia. Jak się bowiem okazuje, niektórzy pacjenci nie wiedzą nawet, iż istnieją takie instytucje jak

NFZ i że są miejsca, gdzie mogą sprawdzić kolejki do specjalistów, dostępność świadczeń czy też leków, a także dokąd mogą zwrócić się o takie świadczenia.

Także wyniki badań społecznych wskazują na to, że dla obywateli priorytetem jest dająca poczucie bezpieczeństwa opieka zdrowotna. To sygnał dla rządzących, a także dla nas wszystkich, którzy współtworzymy system ochrony zdrowia, że należy zwiększyć wysiłki w kierunku jego poprawy (oczywiście w połączeniu z opieką społeczną, bo są to dwa nierozerwalnie ze sobą związane obszary). Obserwujemy też coraz większe zaangażowanie społeczne we współtworzenie polityki zdrowotnej – przede wszystkim za sprawą trzeciego sektora, który tworzą organizacje pacjentów. Mimo to za mało jeszcze robimy, aby umożliwić obywatelom współdecydowanie o zdrowiu. To ogromne wyzwanie, na które w najbliższym czasie powinniśmy odpowiedzieć.

Stanisław Maćkowiak: Przy braku rozwiązań systemowych staramy się znajdować takie rozwiązania, dzięki którym wielu pacjentów może liczyć na lepszą pomoc i opiekę medyczną.

Spośród wielu oczekiwań pacjentów do najważniejszych należą: dostęp do informacji medycznych i poprawienie komunikacji, dostęp do świadczeń medycznych, zarówno w odniesieniu do diagnostyki, jak i do leczenia, wysoka jakość tych świadczeń, dostęp do refundowanych leków, do rehabilitacji. Działania w zakresie ochrony zdrowia powinny być kompleksowe i skoordynowane. Wymienione oczekiwania pacjentów to zarazem lista tych problemów, na które system powinien w najbliższym czasie znaleźć odpowiedź. Na razie jest on dziurawy, stąd potrzeba działań organizacji pozarządowych w obrębie tego systemu. Przy braku rozwiązań systemowych staramy się znajdować takie rozwiązania, dzięki którym wielu pacjentów może liczyć na lepszą pomoc i opiekę medyczną.

Dr n. farm. Magdalena B. Skarżyńska: Ważnym elementem wspierającym proces opieki medycznej nad pacjentami, zwłaszcza ze schorzeniami przewlekłymi, takimi jak nadciśnienie tętnicze, cukrzyca, astma czy przewlekła obturacyjna choroba płuc, jest opieka farmaceutyczna. Można określić ją jako zbiór usług farmaceutycznych, które mogą być wykonywane przez pracujących w aptekach farmaceutów, a polegają one na współpracy z lekarzami oraz innymi pracownikami opieki zdrowotnej, której głównym celem jest zapewnienie pacjentowi optymalnej opieki oraz bezpieczeństwa stosowanej terapii, zwłaszcza wielolekowej.

Na podstawie przeprowadzonych badań wiadomo, że ryzyko interakcji między lekami przy 2 stosowanych jednocześnie produktach leczniczych wynosi około 6 proc., przy jednoczesnym stosowaniu 5 leków ryzyko interakcji wzrasta do 50 proc., a przy stosowaniu 8 leków to już niemal 100 proc. ryzyka interakcji. Dodatkowo wiele leków zmienia status swojej dostępności z leków na receptę na leki OTC (z ang. *over-the-counter*), czyli na leki bez recepty. To również wiąże się ze zwiększonym ryzykiem interakcji między lekami zażywanymi przez pacjenta. W wychwyceniu wspomnianych interakcji mógłby pomóc farmaceuta, który w ramach opieki farmaceutycznej wykonywałby przeglądy lekowe, przegląd badań laboratoryjnych, doradzałby w zakresie przyjmowanych przez pacjenta leków, zarówno tych przepisanych przez lekarza, jak i kupowanych bez recepty, oraz możliwych interakcji lekowych pomiędzy nimi. Farmaceuta mógłby również ordynować pacjentowi pewne leki na receptę oraz przedłużać już zaordynowane, mając aktualne wyniki badań laboratoryjnych pacjenta, wykonane pomiary ciśnienia. Opieka farmaceutyczna istnieje i z powodzeniem realizowana jest przez farmaceutów w wielu krajach oraz mierzalne są jej korzyści dla systemu opieki zdrowotnej i przede wszystkim dla pacjentów.

Patrząc z perspektywy pracownika naukowego, dużą szansą na rozwój w zakresie farmakoterapii oraz badań klinicznych jest powstanie Agencji Badań Medycznych oraz przeznaczenie pewnego zasobu środków finansowych na rozwój niekomercyjnych badań klinicznych w Polsce. Aktualnie

wykonywanie badań niekomercyjnych w Polsce to 2–3 proc. wszystkich zarejestrowanych badań klinicznych. W odniesieniu do badań klinicznych przeprowadzanych na Zachodzie to niekomercyjnych badań klinicznych wykonujemy około 30 proc. lub więcej. Głównym celem niekomercyjnych badań klinicznych nie jest odkrycie nowej cząsteczki, ale porównanie dostępnych już terapii lub weryfikacja ich skuteczności i w rezultacie wybór najlepszej, najbezpieczniejszej i najbardziej optymalnej terapii dla pacjenta. Wyniki uzyskane w toku przeprowadzonych badań w efekcie mogą doprowadzić do wyboru takiej terapii, która będzie również najbardziej uzasadniona finansowo, a także mogą zawierać cele badawcze ważne społecznie oraz naukowo.

Dr n. przyr. Andrzej Mądrala: Równy i szybki dostęp do świadczeń zdrowotnych powinien być istotnym elementem polityki państwa.

Niestety nagminnie odnotowujemy brak dostępności do części świadczeń, długi czas oczekiwania na usługi oraz ograniczoną dostępność do innowacyjnych terapii lekowych, a nawet do leków. Mamy też słabe wyniki pod względem satysfakcji pacjenta i dostosowania do potrzeb świadczeniobiorców.

W polskim systemie opieki zdrowotnej dominująca część odpowiedzialności za zdrowie Polaków spoczywa na lecznictwie szpitalnym. System ten jest niestety fragmentaryczny i pozbawiony koordynacji, która pojawia się tylko wtedy, gdy pacjent wymaga pilnej interwencji. Problemem jest też brak ciągłości opieki, ponieważ współpraca pomiędzy świadczeniodawcami jest najczęściej incydentalna. Przyjęty model organizacji opieki powoduje, że pacjent często pozostawiony jest sam sobie. Ponadto opieka zdrowotna finansowana jest z połączenia różnych źródeł, w tym wydatków rządowych i obowiązkowego ubezpieczenia zdrowotnego oraz środków prywatnych, takich jak bezpośrednie wydatki gospodarstw domowych, wydatki organizacji pozarządowych i prywatnych podmiotów – abonamenty medyczne.

Nie należy zapominać też o tym, jak ważną rolę odgrywa sektor prywatny, który jest nie tylko prywatnym świadczeniodawcą, lecz także prywatnym płatnikiem usług zdrowotnych. A model partnerstwa publiczno-prywatnego jest zupełnie niewykorzystanym elementem systemu ochrony zdrowia. Szkoda, bo sektor prywatny to innowacyjność w opiece zdrowotnej, zarówno jeśli chodzi o model opieki nad pacjentem, jak i sposób pracy personelu medycznego.

Kolejnym problemem polskiego sytemu opieki zdrowotnej jest relacja świadczeniodawca – płatnik. Współpraca pomiędzy świadczeniodawcą a płatnikiem opiera się wyłącznie na kwestiach dotyczących zawarcia umowy o udzielanie świadczeń, kwestiach rozliczeniowych i oczywiście kwestiach kontrolnych. Brakuje jakiejkolwiek współpracy w zakresie oceny i poprawy jakości realizowanych świadczeń czy też optymalizacji procesów diagnostyczno-terapeutycznych, poprawy efektywności kosztowej i wreszcie – oceny satysfakcji pacjenta. Nie należy też oczywiście zapominać, że ilość środków finansowych przeznaczanych na opiekę zdrowotną oraz przyjęte modele finasowania świadczeń są niezwykle istotne dla funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej.

Przygotowanie zmian dla systemu opieki zdrowotnej jest obecnie pilniejsze niż kiedykolwiek wcześniej. Musi być ono zawarte w długookresowej strategii działania systemu ochrony zdrowia z uwzględnieniem polityki społecznej oraz strategii zdrowia publicznego – tworzonej i realizowanej ponad podziałami politycznymi.

Dr hab. Ewa Emich-Widera: Nowatorskie programy i koncepcje terapii są niewątpliwym sukcesem (zob. podrozdz. 1.1. – red.). Pacjenci oczekują na sprawdzenie próby implementacji wyników uzyskanych w leczeniu SG na inne fakomatozy.

Niezmiernie istotne jest uruchomienie programu przesiewu noworodkowego w kierunku SMA, albowiem ponad wszelką wątpliwość skuteczność terapii genowej jest skorelowana z wiekiem – tym

lepsze efekty, im wcześniej zostanie zastosowane leczenie.

Ostatnio obserwujemy dokonującą się poprawę w dostępie do innowacyjnego leczenia dla dzieci ze stwardnieniem rozsianym, nadal jednak istnieją problemy, które wymagają pilnego rozwiązania. Dla dzieci powyżej 12. roku życia z agresywną postacią choroby i leczonych nieskutecznie w I linii interferonem i octanem glatirameru, jedynym lekiem II linii jest *natalizumab*. Istnieje pilna potrzeba rozszerzenia II linii o *fingolimod* od 10. roku życia (zgodnie z rejestracją). Należy znieść co najmniej 12-miesięczny limit czasu wymagany w programie do oceny skuteczności leczenia w I linii i pozostawić to do decyzji lekarza prowadzącego. Ważne jest, aby w programie lekowym wymogiem stała się ocena psychologa w celu wczesnego rozpoznania i leczenia zaburzeń poznawczych, które – tak jak niepełnosprawność fizyczna – mogą być przyczyną wykluczenia społecznego.

Dostępność świadczeń zdrowotnych w dziedzinie neurologii dziecięcej jest różna. W większości województw zlokalizowany jest co najmniej jeden, a w części dwa (rzadko więcej) oddziały neurologii dziecięcej. W niektórych, jak np. w lubuskim, nie ma ani jednego takiego oddziału. Podobnie liczba poradni neurologicznych i poradni/ośrodków prowadzących rehabilitację i usprawnianie jest różna w poszczególnych województwach. Duża liczba usprawniających poradni i ośrodków znajduje w województwach mazowieckim i śląskim, niewiele – np. w świętokrzyskim i lubuskim. Dostępność świadczeń nie jest zadowalająca, natomiast jakość – co najmniej zadowalająca.

Generalnie okres oczekiwania na przyjęcie na oddział lub do poradni neurologicznej jest w większości placówek długi. Zwraca uwagę wymuszona konieczność hospitalizowania pacjentów, którzy wymagają wykonywania badania MR układu nerwowego w znieczuleniu ogólnym. Możliwość wykonania tej procedury w warunkach ambulatoryjnych, zarówno bez znieczulenia ogólnego, jak i w znieczuleniu, istotnie odciążyłaby oddziały neurologii dziecięcej i skróciłaby okres oczekiwania na przyjęcie, a jednocześnie doprowadziłaby do obniżenia kosztów diagnostyki (tylko cena procedury, bez kosztów hospitalizacji). Możliwość diagnozowania w systemie dziennym to także mniejszy stres dla dziecka i rodziny oraz mniejsze koszty dla systemu ochrony zdrowia, ponieważ nie ma wtedy kosztów całodobowej hospitalizacji. Warunkiem jest jednak ustalenie takiej płatności dla szpitala, która byłaby zgodna z realnie poniesionymi wydatkami.

Osobnym problemem jest usprawnianie pacjentów w placówkach rehabilitacyjnych i rehabilitacyjno-edukacyjnych. O ile dla dzieci w wieku do 7 lat oferta jest dość szeroka, o tyle dla pacjentów od 8 do 18 roku życia nierzadką praktyką jest realizacja usprawniania przez 3–6 tygodni, po czym następuje przerwa, nowe skierowanie, ćwiczenia, i od nowa powtarzamy cały cykl. W okresach przerwy nie ma ćwiczeń lub finansują je rodzice.

Dr n. med. Marek Migdał: Dysponujemy unikalnymi wynikami badań ankietowych „Diagnoza doświadczeń pacjentów w kontakcie z placówką medyczną" na przykładzie Instytutu „Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka".

W ramach programu rewitalizacji Instytutu „Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka" współpracujemy z fundacją K.I.D.S., która formalnie powstała na początku czerwca 2019 r. Jednym z celów rewitalizacji jest nie tylko zmiana infrastruktury naszego Instytutu, poszerzenie działalności leczniczej, lecz także wpływ na to, jakie warunki oferujemy naszym pacjentom, ponieważ jesteśmy w szpitalu pediatrycznym całymi rodzinami. Kiedy choruje dziecko, to choruje cała jego rodzina. Fundacja K.I.D.S. wspiera nasze działania mające na celu spowodowanie, że nasz Instytut ponownie będzie jednym z najnowocześniejszych, najsprawniej działających szpitali pediatrycznych w Europie. Fundacja K.I.D.S. własnymi środkami pozyskała wspaniałych partnerów, którzy przeprowadzili badanie ankietowe „Diagnoza doświadczeń pacjentów w kontakcie z placówką medyczną" na przykładzie naszego Instytutu.

Dr hab. Patrycja Piekutowska: Chodzi nam o to, aby pracownicy szpitala mogli skupić się na najważniejszym, czyli na leczeniu dzieci i doprowadzaniu ich do jak najlepszego stanu.

Fundacja K.I.D.S. Klub Innowatorów Dziecięcych Szpitali to pomysł ludzi ze świata biznesu, którzy mieli osobiste doświadczenia związane z wizytami w Centrum Zdrowia Dziecka. Zostałam jej prezesem nie dlatego, że jestem od 20 lat solistką, skrzypaczką, ale dlatego, że mam syna po trzech operacjach na otwartym sercu i od 10 lat jestem na stałe związana ze szpitalami dziecięcymi – od 5 lat z Centrum Zdrowia Dziecka. Liczne wizyty na oddziałach kardiochirurgii, kardiologii i innych sprawiły, że postanowiłam odmienić moje życie.

Fundacja, która istnieje zaledwie od czerwca 2019 r., ma już 11 otwartych projektów i 3 ukończone. Współpracuje z nami 71 firm. Jednym z projektów jest modernizacja szpitali, jednak nie tylko od tej strony, która zazwyczaj kojarzy się z modernizacją, czyli unowocześnianiem. W ramach tego projektu staramy się też zgłębić sposób działania szpitali, poznawać potrzeby, troski, ale też marzenia nie tylko pracowników merytorycznych, czyli wybitnych lekarzy, lecz także pielęgniarek, pracowników administracyjnych, a przede wszystkim – rodziców i małych pacjentów. Nasz projekt ma na celu zmianę zarówno zarządzania zasobami ludzkimi, jak i wprowadzenie nowoczesnych technologii i innowacyjnych rozwiązań umożliwiających zmniejszenie kolejek w izbach przyjęć, np. zainstalowanie kiosków, które w prywatnej służbie zdrowia od wielu lat są codziennością. Krótko mówiąc, chodzi nam o to, aby pracownicy szpitala mogli skupić się na najważniejszym, czyli na leczeniu dzieci i doprowadzaniu ich do jak najlepszego stanu.

W realizację projektu modernizacji szpitali zaangażował się polski oddział agencji badawczej Kantar. Jego celem było zbadanie, jak wygląda praca szpitala i co można w niej zmienić, m.in. w kontekście jednego z naszych projektów, jakim jest stworzenie aplikacji pacjenta, który pierwszy raz przyjeżdża na wizytę do Centrum Zdrowia Dziecka. Dzięki takiej aplikacji rodzice mogliby mieć w swoich komórkach narzędzie umożliwiające im kontaktowanie się ze szpitalem, zapewniające dostęp do części badań, umożliwiające odwoływanie wizyt itp. Nowoczesne technologie bez wątpienia powodują, że ludzie np. dużo chętniej decydują się na odwołanie wizyty, co dla innego dziecka może oznaczać szybsze przyjęcie i skrócenie czasu oczekiwania w długiej kolejce.

Piotr Ciąćka i Beata Rąbińska (Kantar): Próbujemy stworzyć aplikację, która będzie zgodna z oczekiwaniami pacjentów Centrum Zdrowia Dziecka.

Mieliśmy przyjemność prowadzić obserwacje, rozmowy z pacjentami i pracownikami Centrum Zdrowia Dziecka. Projekt ten miał odpowiedzieć na następujące pytania:

1. Dlaczego w Centrum Zdrowia Dziecka są kolejki?
2. Dlaczego jest tylu ludzi? Skąd się ci ludzie biorą i dlaczego to nie są tylko pacjenci, ich najbliżsi, ale również inne dzieci, dalsza rodzina?
3. Dlaczego nie odwołuje się wizyt, na które się czeka czasami miesiącami?
4. Dlaczego pacjenci gubią się w tej dużej placówce, chociaż obowiązuje oficjalna nawigacja?

Punktem wyjścia było zdiagnozowanie potrzeb małych pacjentów oraz ich rodziców, którzy kontaktują się z placówką medyczną. Z czego są zadowoleni rodzice i pacjenci? Co im przeszkadza? Czego im brakuje? Jakie mają pomysły na ulepszenie funkcjonowania placówki medycznej? To było wyzwanie, gdyż Centrum Zdrowia Dziecka to placówka ogromna, w której mamy zarówno pacjentów pierwszorazowych, jak i pacjentów, którzy leczą się w niej latami. Podeszliśmy do tego wyzwania kompleksowo – obserwowaliśmy pacjentów i pracowników, a także rozmawialiśmy z nimi. Podstawą do wnioskowania były wyniki prowadzonych przez naszą firmę dużych badań (rocznie ankietujemy ponad 20 tys. Polaków) mających na celu stworzenie jak najdokładniejszej charakterystyki Polaków – sprawdzamy m.in., jaki mają charakter, postawę, co ich cieszy, co ich smuci, z czym się zmagają. Założyliśmy, że wyniki tego badania znakomicie pomogą nam zrozumieć pacjentów,

którzy stanowią odsetek całej populacji, jaką tworzą Polacy.

Badanie to pozwoliło nam podzielić Polaków na kilka kastr. Ponad połowę populacji w naszym kraju stanowią osoby zgorzkniałe i zagubione – są to osoby bierne, żyjące potrzebami dnia codziennego, bez planu, często narzekające, potrzebujące opieki. Kolejną grupę stanowią osoby, które określiliśmy jako ustatkowane – te, które czują się bezpiecznie i dobrze. Mamy też 6 proc. osób, które są aspirujące, dla których ważny jest status materialny, uznanie społeczne. Inną grupę stanowią poszukujący i spełnieni. To ludzie, których jako pacjentów trudno jest zadowolić.

W populacji pacjentów Centrum Zdrowia Dziecka wyłoniliśmy kilka grup:

1. **Osoby o niskiej zaradności** i z niskimi możliwościami. Mają największe problemy z poruszaniem się po Centrum Zdrowia Dziecka, ale również z logistyką – dojazdem do CZD i powrotem do domu. Osoby takie mają też trudności z zapamiętywaniem informacji podawanych przez pracowników i lekarzy, zadawaniem pytań i rozumieniem odpowiedzi.
2. **Świadomi ograniczeń,** zaradni, szybko adaptujący się do nowej sytuacji, szukający rozwiązań, ale z problemami finansowymi. Gubią się na terenie placówki medycznej, potrzebuję pomocy w planowaniu wizyty – konieczność wzięcia dnia wolnego, zorganizowania opieki dla drugiego dziecka, przeorganizowania kalendarza całej rodziny. Podczas wizyty napotykają na problemy finansowe (opłata za parking, koszty benzyny na dojazd itp.).
3. **Otwarci na naukę,** z zasobami intelektualnymi i finansowymi. Wykazują niską inicjatywę i wolno adaptują się do nowej sytuacji. Są jednak otwarci na wiadomości, które mogą pomóc im w tej adaptacji. To grupa, dla której wizyta w CZD była najbardziej stresująca i która, podobnie jak poprzednie, gubiła się na terenie placówki medycznej.
4. **Ufający systemowi** – bardzo sprytni, bardzo bystrzy, jednak wolno adaptujący się do nowej sytuacji. Przyzwyczajeni do wysokich standardów i oczekujący, że otoczenie dostosuje się do nich. Nie godzą się na zastane procedury i formalności. Mają kłopoty z koordynacją (zebranie odpowiednich dokumentów, pamiętanie o zabraniu ich na wizytę itp.) oraz kłopoty z nawigacją na terenie szpitala.
5. **Przewodnicy** z wysokimi zasobami intelektualnymi, społecznymi i finansowymi. Szybko odnajdują się w nowych sytuacjach i umieją się do nich adaptować. Koncentrują się na działaniu. W kontakcie ze szpitalem największymi problemami są dla nich: nawigacja, zabezpieczenie czasu (konieczność wzięcia dnia wolnego), odległe terminy (zależy im na szybkim działaniu, dlatego szukają możliwości ich przyspieszania).
6. **VIP-y,** czyli osoby bardzo zaradne, umieją osiągać zamierzone cele, są w stanie zmieniać nie tylko swój własny los, lecz także los osób z otoczenia. Niestety VIP-y – podobnie jak przedstawiciele innych grup – gubili się w Centrum Zdrowia Dziecka i mieli olbrzymie problemy z załatwianiem formalności, pamiętaniem o wszystkich dokumentach i o procedurach. Osoby z tej grupy miały różne strategie sukcesu w Centrum Zdrowia Dziecka. Niektórzy przyjeżdżali na wizytę jak najwcześniej, niektórzy przyjeżdżali z drugą osobą, która ustawiała się w kolejce, co zwiększało ruch na terenie Centrum Zdrowia Dziecka, jeszcze inni próbowali przed wizytą zdobyć jak najwięcej informacji, dzięki którym będą mogli uniknąć problemów związanych z wizytą w CZD. Znajdowali też różne sposoby na poradzenie sobie z chaosem nawigacyjno-informacyjnym, z którym spotykali się jako pacjenci.

Zgłaszanycch przez pacjentów problemów było bardzo dużo. Wspominając o nich, pacjenci od razu podpowiadali nam, jak – ich zdaniem – można by usprawnić działanie szpitala. Rezultatem naszej pracy było sformułowanie wielu różnych rekomendacji dotyczących zmodyfikowania pracy Centrum Zdrowia Dziecka. Posłużą one do stworzenia aplikacji, która będzie nawigowała pacjentów. W aplikacji znajdzie się również kalendarz wizyt, planowanych terminów, który mógłby pozwolić na przygotowanie się do tej wizyty, ale również jej odwołanie bez kontaktu telefonicznego. Ważnym elementem byłyby również rozwiązania umożliwiające wsparcie rodziców (jak przygotować się do wizyty, leczenia, do operacji dziecka), a także tzw. umilacze (audiobooki, gry dla dzieci spędzających wiele godzin na badaniach). Chcielibyśmy również, aby aplikacja została uzupełniona o treści, które zestresowanym i zmartwionym rodzicom mogłyby dodawać sił (historie pacjentów, informacje dotyczące lekarzy itp.). Taka aplikacja z pewnością spełniałaby oczekiwania pacjentów, dla których obecnie korzystanie z usług medycznych Centrum Zdrowia Dziecka jest – jak wynika z rozmów – mniej lub bardziej męczące.

2

Zdrowie Polaków z perspektywy ministrów zdrowia RP

Jedną z najważniejszych debat podczas I Kongresu „Zdrowie Polaków" 2019 była debata plenarna „Zdrowie Polaków z perspektywy ministrów zdrowia RP". Uczestniczyli w niej szefowie oraz członkowie kierownictwa resortu zdrowia sprawujący swój urząd w ostatnich 30 latach.

– Kiedy wymieniamy obecne osiągnięcia i problemy, niezwykle ważne jest spojrzenie na okres ostatnich 30 lat. Cieszę się, że podczas Kongresu będą o tym mogli opowiedzieć szefowie lub członkowie kierownictwa resortu zdrowia sprawujący swój urząd w tym okresie. Mam powody powiedzieć „dziękuję", gdyż to między innymi dzięki Państwa przychylności mógł powstać i rozwijać się przez prawie 25 lat Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu, jednostka, w której od 17 lat wykonujemy najwięcej na świecie operacji poprawiających słuch – powiedział podczas otwarcia debaty plenarnej prof. Henryk Skarżyński.

Wszystkich uczestniczących w debacie ministrów powitał prof. Łukasz Szumowski, obecny szef resortu zdrowia. Dziękując prof. Henrykowi Skarżyńskiemu za inicjatywę zorganizowania I Kongresu „Zdrowie Polaków" 2019, podkreślił: – Jestem przekonany, że każdy z ministrów chciał całkowitej naprawy systemu ochrony zdrowia i każdy starał się naprawić to, co było do naprawienia w okresie pełnienia jego funkcji. Jednocześnie zaznaczył, że on sam, inicjując zmiany w ochronie zdrowia, nie próbuje robić w niej rewolucji. Polacy nie oczekują bowiem rewolucyjnych zmian, lecz stopniowej, systematycznej poprawy, dobrego działania na tle nowych wyzwań i rosnących potrzeb naszego społeczeństwa.

Jak zaznaczył współmoderujący debatę Marek Zuber, są tylko dwa kraje na świecie, które ustawowo kontrolują finanse publiczne – Polska i Stany Zjednoczone. Przy czym u nas jest limit zadłużania się wpisany w konstytucję, czego nie mają Amerykanie. W kontekście zwiększania z budżetu nakładów na służbę zdrowia ma to niebagatelne znaczenie.

Podczas półtoragodzinnej debaty nie sposób było omówić wszystkich istotnych tematów związanych z funkcjonowaniem resortu zdrowia. Współprowadzący debatę plenarną, prof. Henryk Skarżyński i Marek Zuber, podkreślali, że nieomówione zagadnienia będzie można rozwinąć w notatce, która zostanie włączona do końcowego raportu z Kongresu. Poruszono jednak wiele wątków, wymieniono przy okazji zarówno największe sukcesy, jak i porażki ministrów zdrowia urzędujących w ciągu ostatnich 30 lat. Poniżej zamieszczamy fragmenty ich wystąpień.

Prof. Łukasz Szumowski, minister zdrowia: Pierwsza refleksja – praca Ministerstwa Zdrowia jest bardzo surowo oceniana, podobnie jak praca ministrów i regulatorów. Ja sam tak oceniałem moich poprzedników. I muszę powiedzieć, że dość prozaiczna zasada ma tu całkowite uzasadnienie – punkt widzenia zależy od punktu siedzenia. Myślę, że każdy z ministrów, kiedy obejmował tę funkcję, miał swoją wizję całkowitej naprawy systemu. Jestem o tym przekonany. Podobnie jak to powiedział pan prezydent Andrzej Duda na uroczystości zaprzysiężenia posłów w parlamencie – wszyscy siedzący na sali sejmowej chcą dobrze dla Polski i działają w przekonaniu, że ich program jest najlepszy dla kraju.

Możemy mieć różne wizje naprawy systemu zdrowia, bo Minister Zdrowia to urząd polityczny, sam minister jest członkiem rządu, a rząd tworzy się po wyborach parlamentarnych. Tak więc ktoś, kto pełni tę funkcję, ma jakąś ugruntowaną wizję rozwoju społeczno-gospodarczego. Osoba pełniąca funkcję ministra zdrowia powinna wiedzieć, jak system ochrony zdrowia działa, gdzie szwankuje, jakie są jego największe bolączki. I jestem przekonany, że każdy próbował naprawić to, co było do naprawienia, i to, co mógł naprawić w określonych warunkach w czasie sprawowania tego urzędu.

Ja także wyznaczyłem sobie priorytety: począwszy od kadr i zabezpieczenia tych kadr – 170 tys. zarejestrowanych lekarzy (NRL). Udało się nam ograniczyć exodus lekarski i pielęgniarski – prawie o połowę zmniejszyła się liczba wpływających wniosków o pozwolenie na pracę za granicą. Naszym sukcesem jest także to, że prawie wszystkie pielęgniarki kończące studia wchodzą do zawodu.

Sprawując ten urząd, nie chcę robić rewolucji. Polacy nie oczekują rewolucji w ochronie zdrowia, oczekują stopniowej poprawy. Do obszarów, które potrzebują największej interwencji, należą te związane z chorobami cywilizacyjnymi – onkologia, choroby sercowo-naczyniowe, ale również szeroko pojęte choroby mózgu (psychiatria, neurologia, udary). Rozpoczęliśmy już pilotaż sieci onkologicznej w czterech województwach. Istnieje bardzo duża różnica między diagnozowaniem i leczeniem w centrach onkologicznych a leczeniem w regionalnych szpitalach. W przypadku tych pierwszych mamy europejski poziom i wyniki, jeśli chodzi o skuteczność terapii. Stąd postulat ujednolicenia standardów diagnostyki i leczenia pacjentów onkologicznych.

Do kolejnych osiągnięć należy zaliczyć wprowadzenie trombektomii mechanicznej po udarze, koordynację opieki pacjentów po zawale – co daje zmniejszenie śmiertelności o około 30 proc.

Jedną z najpilniejszych spraw w służbie zdrowia jest konieczność zreformowania psychiatrii, bo ten obszar potrzebuje nie tylko większych nakładów, lecz także wprowadzenia pewnych ujednoliconych standardów leczenia, zwłaszcza dzieci.

W naszych działaniach ulepszających funkcjonowanie systemu nie zapomnieliśmy także o pacjentach cierpiących na choroby rzadkie – zatwierdziliśmy refundację leków dla tej grupy chorych, którzy stanowią ok. 6 proc. populacji pacjentów.

Nakłady na służbę zdrowia z roku na rok wzrastają – to są fakty. I to jest dla mnie sytuacja komfortowa. Moi poprzednicy takiej sytuacji nie mieli. Jeśli mamy w perspektywie wzrost nakładów na służbę zdrowia, to możemy planować pewne inwestycje, wdrażać nowe długofalowe procedury, często związane z nowoczesną technologią. Takim przykładem może być informatyzacja w ochronie zdrowia. Ona w sposób istotny zmienia naszą rzeczywistość. Dla pacjentów oznacza to e-recepty, e-zwolnienia, e-skierowania, internetowe konta pacjentów. Natomiast informatyzacja całego Narodowego Funduszu Zdrowia wiąże się z tym, że chcemy przejść na płacenie za efekt. Dlatego dla świadczeniodawców są wprowadzane obligatoryjne rejestry, które o tym efekcie mają nas informować.

Musimy sobie uświadomić, że system ochrony zdrowia jest permanentnie naprawiany we wszystkich krajach na świecie. Nie ma takiego kraju, który by zbudował system dobry i na tym poprzestał. Uważam, że trzeba skupiać się na tych obszarach, które potrzebują jak najszybszej interwencji – takich jak na przykład psychiatria, i wychodzić też naprzeciw zasadniczym oczekiwaniom pacjentów.

Powszechnie narzekamy na długie kolejki do lekarzy, wydłużający się czas oczekiwania na szybką interwencję, np. w izbie przyjęć czy SOR-ze. Jeśli chodzi o tzw. godzinę na SOR-ze, to tego postulatu w żadnym państwie nie udało się zrealizować. Czas oczekiwania na SOR-ze wszędzie jest dłuższy.

Pacjent spędza tam kilka godzin – tyle zajmuje wykonanie różnych badań, wykluczenie chorób zagrażających życiu, a następnie pokierowanie dalszym leczeniem specjalistycznym.

W ocenie systemu ochrony zdrowia ważne są konkretne dane i liczby, bo wtedy możemy oprzeć się na nich, mówiąc o tym, co mamy jeszcze poprawić. Te liczby, pokazujące ilu jest lekarzy zarejestrowanych, są znane, ale ilu systematycznie praktykujących – już nie do końca. Znajomość tych danych pozwala porównać nasz system do systemu sąsiadów i bogatych krajów Unii Europejskiej.

Dr n. med. Konstanty Radziwiłł, minister zdrowia w latach 2015–2018: Największym sukcesem pracy Ministerstwa Zdrowia w latach 2015–2018 było przyjęcie tzw. ustawy 6 proc. Po raz pierwszy w historii pojawiła się ustawowa gwarancja wzrastającego minimalnego poziomu publicznych nakładów na ochronę zdrowia liczonego względem PKB. Oznacza to dodatkowo ponad 500 mld zł, które wpłyną do systemu ochrony zdrowia w ciągu 10 lat.

Dużym sukcesem było także:

- znaczne zwiększenie naborów na studia lekarskie i pielęgniarskie;
- opracowanie pierwszych map potrzeb zdrowotnych będących podstawą podejmowania strategicznych decyzji w sprawie zabezpieczenia świadczeń zdrowotnych niezbędnych na danym terenie;
- zatrzymanie komercjalizacji i prywatyzacji publicznych szpitali i wprowadzenie działania non profit jako zasady funkcjonowania publicznych podmiotów leczniczych;
- wprowadzenie programu bezpłatnych leków dla seniorów 75+;
- wprowadzenie obowiązkowej oceny wstępnej publicznych inwestycji w sektorze zdrowia (IOWISZ) dającej szansę na podejmowanie racjonalnych decyzji inwestycyjnych w ochronie zdrowia;
- wprowadzenie sieci szpitali jako pierwszego kroku do stworzenia niezbędnej sieci placówek i zabezpieczenia świadczeń zdrowotnych w publicznym systemie opieki zdrowotnej;
- objęcie wszystkich dzieci obowiązkowym szczepieniem przeciwko pneumokokom, co pozwala uniknąć nie tylko kilkuset zgonów dzieci rocznie, lecz także choroby pneumokokowej (głównie zapaleń płuc) u ludzi w podeszłym wieku;
- przyjęcie ustawy o podstawowej opiece zdrowotnej będącej mapą zmian nie tylko w POZ;
- przyjęcie *Strategii na rzecz rozwoju pielęgniarstwa i położnictwa w Polsce,*
- rozpoczęcie prac nad nowymi standardami opieki okołoporodowej (nowa wersja standardów w powszechnej ocenie była znacznie lepsza) i upublicznieniem Państwowego Ratownictwa Medycznego.

Porażki

Nie udało się wprowadzić powszechnego uprawnienia do opieki zdrowotnej, ustawy o jakości opieki zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta, a w tym – pozasądowego systemu rekompensowania szkód medycznych bez konieczności dowodzenia winy (tzw. *no fault*).

Wyzwania na przyszłość

Należy kontynuować proces zwiększania publicznych nakładów na ochronę zdrowia (jeśli warunki na to pozwolą, szybciej niż gwarantuje to ustawa 6 proc.) oraz zapewniać dopływ kadr medycznych do systemu (kontynuować zwiększanie naboru na studia zarówno w działających od dawna uczelniach medycznych, jak i nowo powstałych). Coraz bardziej widoczna jest kwestia braku realizacji konstytucyjnej zasady powszechnego prawa do opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych – pod tym względem Polska wyraźnie odstaje od standardu europejskiego. Należałoby wprowadzić jednoznaczne uprawnienie do opieki zdrowotnej każdego będącego w potrzebie. Coraz pilniejsza jest sprawa wprowadzenia przepisów gwarantujących jakość opieki zdrowotnej i bezpieczeństwo pacjenta – na podstawie obowiązujących i wprowadzanych powszechnie standardów organizacyjnych opieki oraz silnych rekomendacji w zakresie wytycznych postępowania diagnostycznego i terapeutycznego. Należałoby też opracować i przyjąć proste, czytelne przepisy odnośnie rekompensowania szkód medycznych

oparte na zasadzie *no fault*. Sprawą wymagającą pilnej analizy jest kwestia mnogości organów właścicielskich publicznych podmiotów leczniczych, a w konsekwencji – bardzo ograniczone możliwości koordynacji zabezpieczenia niezbędnych świadczeń zdrowotnych w regionach – w tym zakresie potrzebne są odważne decyzje.

Jak zwiększać publiczne nakłady na zdrowie?
Mechanizm przyjęty w tzw. ustawie 6 proc. gwarantuje nie tylko wzrastający minimalny poziom publicznego finansowania ochrony zdrowia, lecz także zapewnia wystarczający mechanizm – brakujące do gwarantowanego poziomu środki w systemie powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego uzupełnia się dotacją z budżetu państwa. Należy podkreślić, że ustawa gwarantuje poziom minimum, lecz nie zabrania finansowania zdrowia na jeszcze wyższym poziomie.

Jak zapewnić poparcie dla wyższego finansowania ochrony zdrowia?
Na razie stały wzrost publicznych nakładów na ochronę zdrowia gwarantuje tzw. ustawa 6 proc. – należy ją konsekwentnie realizować. Jednocześnie trzeba podnieść efektywność wykorzystania dodatkowych środków, np. poprzez wzmocnienie roli podstawowej opieki zdrowotnej, zmianę systemu finansowania POZ na bardziej motywacyjny oraz racjonalną standaryzację opieki.

Obecnie odpływ kadr medycznych za granicę jest na poziomie zbliżonym do średniego w Europie. Także liczba aktywnych lekarzy i pielęgniarek jest zbliżona do średniej europejskiej. Należy nadal zapewniać odpowiednią liczbę kształconych na wysokim poziomie profesjonalistów medycznych, zachęcać do powrotu tych, którzy wyjechali z Polski, oraz ułatwiać podejmowanie pracy przez cudzoziemców.

Prof. Marian Zembala, minister zdrowia w 2015 r.: Urzędowałem jako minister zdrowia przez 6 miesięcy. Nie przypisuję sobie żadnych sukcesów, chociaż pewnie takim sukcesem z okresu mojej działalności było negocjowanie środków finansowych w Brukseli i to, że byłem tam osobiście – wynegocjowaliśmy wtedy 12 mld zł dla Polski.

Przyznanie tych środków oznaczało zwiększenie nakładów na nowoczesne szkolnictwo medyczne i przystosowanie go do współczesnych wysokich wymagań szkolenia przed- i podyplomowego lekarzy, pielęgniarek, ratowników i personelu medycznego. Czy to dziś oznacza dużo czy mało? Każdy może osądzić sam. Gdybyśmy wtedy nie obstawali twardo przy naszych postulatach, dziś byłoby znacznie trudniej lekarzom, pielęgniarkom i innym pracownikom służby zdrowia. Chciałem też zwrócić uwagę na prace związane z tworzeniem map zdrowotnych. Bez konkretnych danych nie da się zrobić dokładnego rozkładu jazdy. Potrzeby są wszędzie, ale muszą być ustalone priorytety. By je określić, trzeba znać potrzeby od samego dołu w każdym województwie.

Dr n. med. Marek Balicki, minister zdrowia w 2003 r. oraz w latach 2004–2005: Za sukces w okresie mojego urzędowania na stanowisku ministra zdrowia uważam uchwalenie ustawy o Narodowym Funduszu Zdrowia w sierpniu 2004 r., która po korektach obwiązuje do dziś.

Natomiast jako porażkę Ministerstwa Zdrowia odbieram fakt, że przez 15 lat jej obowiązywania system opieki zdrowotnej ciągle jest dysfunkcjonalny, bo pewne zapisy, choćby te dotyczące chirurgii onkologicznej, dziś już nie zdają egzaminu. Z perspektywy kilkunastu lat widzę, że pewne ówczesne priorytety dziś jawią się nam jako mniej istotne. Po prostu zmieniają się potrzeby i zmienia się sytuacja, nie tylko w naszym kraju, lecz także w Europie i na świecie. To wszystko ma duży wpływ na stan i liczbę naszych kadr, jakość wyposażenia i świadczonych usług. Ale co by było, gdyby środki w obecnym NFZ nie były zagwarantowane? Możemy to sobie wyobrazić.

Prof. Grzegorz Opala, minister zdrowia w latach 2000–2001: Jako minister zdrowia byłem kontynuatorem największych zmian w systemie. Przechodziliśmy z systemu budżetowego na system finansowania powiązanego ze składką zdrowotną (była ona wtedy nazywana ubezpieczeniem bądź podatkiem celowym). W tym okresie minister finansów przestał zarządzać pieniędzmi wydawanymi na zdrowie.

Ważnym osiągnięciem była zmiana w edukacji podyplomowej. Wcześniej lekarze byli specjalistami I lub II stopnia, co czasami wprowadzało chaos. Żeby to uporządkować i uregulować, przeszliśmy na system jednostopniowy. Z pewnością do sukcesów należy także zaliczyć wprowadzenie systemu rezydenckiego – z dokładnym określeniem, kto i gdzie może szkolić młode kadry.

Chciałbym wyrazić swoje uznanie dla zorganizowania tej debaty w takim gronie. Ja próbowałem rozmawiać ze swoimi poprzednikami, by wymienić poglądy na pewne kwestie, ale to się niestety nie udało. Cieszę się, że dziś mamy okazję nie tylko się spotkać, ale i podzielić swoimi obserwacjami. Zarówno tymi, które można określić jako nasze sukcesy, jak i tymi, które można uznać za niepowodzenia.

Dr n. med. Leszek Sikorski, minister zdrowia w latach 2003–2004: Uważam, że kolejni ministrowie zdrowia powinni kontynuować pracę swoich poprzedników, a jednocześnie unowocześniać i wprowadzać pewne zmiany, które będą adekwatne do zmian społeczno-gospodarczych.

Takie działania będą decydowały o sukcesie resortu zdrowia i dokonaniach każdego ministra. Patrząc wstecz, każdy z tu obecnych może opowiedzieć o różnych dokonaniach i przytoczyć przykłady. Piastowanie tego stanowiska nie było łatwe, a praca na rzecz poprawy opieki zdrowotnej nigdy nie będzie zakończona. Zmieniają się nastroje, możliwości, zagrożenia i oczekiwania. Środków finansowych będzie zawsze mniej niż potrzeb, to oczywiste. Ja też zastałem określoną sytuację w ministerstwie. Po kasach chorych, do funkcjonowania których było tyle uwag ze strony wszystkich środowisk, konieczne było przymierzenie się do zmian, które gwarantowałyby, jeżeli nie wielkie – na miarę potrzeb – to stałe wpływy do płatnika NFZ.

Dr hab. Jarosław Pinkas, prof. CMKP, podsekretarz stanu w MZ w latach 2005–2007 oraz sekretarz stanu w MZ w latach 2015–2017: Wyniki badań dotyczących zadowolenia Polaków ze służby zdrowia nie dają jednoznacznych odpowiedzi. Na pytanie: „Jak Pan/Pani ocenia służbę zdrowia", 78 proc. respondentów odpowiada, że źle. Kiedy jednak podczas jednego z sondaży postawiono pytanie: „Jak Pan/Pani ocenia służbę zdrowia na podstawie swoich z nią kontaktów", 84 proc Polaków stwierdziło, że dobrze. Za największy sukces uznaję zatem to, że zniwelowaliśmy w ochronie zdrowia olbrzymi dystans, który dzielił nas od krajów dobrze rozwiniętych.

Niezwykły postęp w polskiej medycynie nastąpił zwłaszcza w ciągu ostatnich 20 lat. Idziemy w dobrym kierunku i mimo kłopotów z środkami przeznaczanymi na ochronę zdrowia, mimo kłopotów kadrowych, naprawdę dobrze sobie radzimy w tych warunkach. Oczywiście potrzebujemy jeszcze wielu mądrych rozwiązań. Kolejni ministrowie powinni jednak kontynuować pracę swoich poprzedników. Polska to nie jest chory kraj, może potrzebuje terapii, ale nie wstrząsowej. Dziękuję, że możemy o tym rozmawiać i budować wzajemne zaufanie, kształtować postawy prozdrowotne w naszym społeczeństwie, co z takim uporem przypomina i promuje prof. Henryk Skarżyński.

Co jeszcze uważam za sukces w czasie swojej pracy w Ministerstwie Zdrowia? Walkę o nakłady z budżetu państwa (środki finansowe, które szły ze składki), organizację ratownictwa medycznego (stworzony został zawód ratownika medycznego oraz wprowadzono śmigłowce ratownicze), a także

wdrożenie nowej szczepionki i rozszerzenie kalendarza szczepień o pneumokoki.

Na przestrzeni 10 lat dwa razy byłem w kierownictwie resortu. Zmieniały się niektóre realia, ale nie zmieniały się priorytety, które są związane z nakładami finansowymi, a te znacznie wzrosły w tym czasie i to jest niezaprzeczalny fakt.

Dr hab. Adam Fronczak, prof. WUM, podsekretarz stanu w MZ w latach 2007–2011: W każdym gabinecie minister i kierownictwo pracowało pod presją oczekiwań w stosunku do możliwości.

W tej chwili nieubłagalnie upływający czas tej debaty to też presja, by wypowiedzi ograniczyć do najważniejszych kwestii, które dotyczyły:

- nadzoru nad Departamentem Nauki i Szkolnictwa Wyższego, Departamentem Polityki Lekowej i Farmacji, Departamentem Zdrowia Publicznego i Departamentem Współpracy Międzynarodowej;
- przewodniczenia Zespołowi Ministra Zdrowia ds. Pandemii Grypy;
- przewodniczenia Krajowej Radzie ds. Narkomanii;
- koordynowania zabezpieczenia medycznego Euro 2012 ze strony Ministerstwa Zdrowia;
- przewodniczenia Zespołowi ds. Prezydencji Polski w Radzie Unii Europejskiej – w zakresie kompetencji ministra zdrowia.

Tu muszę się zatrzymać i wspomnieć o roli polskiej prezydentury i sukcesach, jakie udało się odnieść m.in. w zakresie przyjęcia końcowych dokumentów w postaci konkluzji Unii Europejskiej w odniesieniu do powszechnych badań zmysłów słuchu, wzroku oraz mowy. Za tymi sukcesami stoją członkowie ówczesnego gabinetu oraz obecni tu prof. H. Skarżyński, prof. M. Wysocki i prof. B. Samoliński. Przyjęcie konkluzji dotyczących badań przesiewowych to szansa, którą znakomicie wykorzystał prof. H. Skarżyński, realizując postulaty UE w Azji, Afryce i Ameryce Płd.

Kolejnymi zadaniami, które realizowałem w ówczesnym gabinecie były:

- współpraca z WHO, UNAIDS i innymi organizacjami;
- liczne wystąpienia na arenie międzynarodowej, w tym m.in. w ONZ, Parlamencie Europejskim i WHO.

We wszystkich tych inicjatywach uczestniczyło wielu obecnych tu na sali ekspertów, naukowców i praktyków. Gdybyśmy wtedy nie podjęli wielu ważnych decyzji, dziś byłoby nam wszystkim znacznie trudniej.

Wybrane sukcesy Ministerstwa Zdrowia podczas kadencji 2007–2011:

1. Przyjęcie przez Sejm *Ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych.* Uporządkowanie procesu refundacyjnego i określenie limitu refundacyjnego w budżecie NFZ.
2. Nowelizacja *Ustawy z dnia 8 kwietnia 2010 o zmianie ustawy o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych* wprowadziła: zakaz palenia wyrobów tytoniowych na terenie zakładów opieki zdrowotnej i w pomieszczeniach innych obiektów, w których są udzielane świadczenia zdrowotne, na terenie jednostek organizacyjnych systemu oświaty, o których mowa w przepisach o systemie oświaty, oraz jednostek organizacyjnych pomocy społecznej, o których mowa w przepisach o pomocy społecznej, na terenie uczelni, w pomieszczeniach obiektów kultury i wypoczynku do użytku publicznego, w lokalach gastronomiczno-rozrywkowych, w środkach pasażerskiego transportu publicznego oraz w obiektach służących obsłudze podróżnych, na przystankach komunikacji publicznej, w pomieszczeniach obiektów sportowych, w ogólnodostępnych miejscach przeznaczonych do zabaw dzieci.
3. Prowadzenie polskiej prezydencji w zakresie kompetencji ministra zdrowia (dobra ocena Komisji Europejskiej, Rady Unii Europejskiej, parlamentarzystów europejskich i polskich).
4. Przyjęcie trzech konkluzji Rady Unii Europejskiej:
   - w sprawie wczesnego wykrywania i leczenia zaburzeń komunikacyjnych u dzieci,

z uwzględnieniem zastosowania narzędzi e-zdrowia i innowacyjnych rozwiązań;
- w sprawie zmniejszania różnic zdrowotnych w UE poprzez zorganizowane działania na rzecz promowania zdrowego stylu życia;
- w sprawie profilaktyki, wczesnego wykrywania i leczenia przewlekłych chorób układu oddechowego u dzieci.

5. *Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta* wprowadziła Biuro Rzecznika Praw Pacjentów.
6. Opracowanie wieloaspektowej strategii dla ministra zdrowia i rządu w sprawie postępowania z zagrożeniem tzw. świńską grypą.
7. Prowadzenie aktywnej polityki na forum międzynarodowym w obszarze HIV/AIDS i w wielu obszarach zdrowia publicznego.
8. Efektywna praca legislacyjna w zakresie tzw. dopalaczy.

Porażki podczas kadencji 2007–2011:
1. Brak porozumienia ponad podziałami w sprawie reformy ochrony zdrowia.
2. Brak skoordynowanej i efektywnej polityki w zakresie zdrowia publicznego.

Wyzwania dla rządu w ochronie zdrowia w Polsce: niedobór kadr medycznych i narastający problem wypalenia zawodowego, ciągle niedostateczny poziom finansowania ochrony zdrowia, zbyt duża liczba właścicieli publicznych zakładów opieki zdrowotnej, nadmiar biurokracji w pracy personelu medycznego, starzenie się społeczeństwa i wyzwania medyczno-społeczne w tym zakresie oraz słaba promocja profilaktyki i szeroko rozumianego zdrowia publicznego.

Zwiększenie nakładów na służbę zdrowia można wdrożyć poprzez: zwiększenie procentu PKB na zdrowie, zwiększenie składki zdrowotnej, ubezpieczenia dodatkowe i współfinansowanie wybranych procedur medycznych.

Polacy nigdy nie będą gotowi na dalsze zwiększanie swoich wydatków na zdrowie. Trzeba im wyjaśnić bardzo rzeczowo i uczciwie, że nowoczesna medycyna wymaga większych pieniędzy, i pokazać na przykładach wybranych chorób, jak wzrosła kosztochłonność leczenia, diagnostyki i wielu innych obszarów medycznych.

Specjaliści nie wyjadą z Polski, jeśli będą mieli zapewnione dobre warunki pracy i płacy. Dobra organizacja pracy i jej bezpieczeństwo to bardzo ważne obszary, na które coraz częściej narzekają lekarze. Płaca lekarza musi być adekwatna do wysiłku włożonego w jej wykonywanie. Nadal nikogo nie dziwi, że hydraulik może zarabiać więcej od lekarza.

Działania naprawcze w obszarze polityki zdrowotnej powinny być prowadzone ponad podziałami politycznymi, ponieważ jakość opieki zdrowotnej i jej powszechna dostępność jest ważna dla każdego obywatela naszego kraju.

Dr n. med. Maciej Piróg, sekretarz stanu w MZ w latach 1999–2000: Za sukces uważam wprowadzenie systemu kas chorych, które mogły się sprawdzić w służbie zdrowia.

Niestety organizacja ochrony zdrowia w Polsce pozostawia wiele do życzenia (służby zdrowia nie należy mylić z medycyną, której poziom w naszym kraju jest bardzo wysoki). Jak zatem poprawić system? Widzę tylko jeden sposób – zwiększenie nakładów na służbę zdrowia (obecnie ta kwota wynosi 100 mld zł). Rozmawiając wielokrotnie z obecnie urzędującym ministrem, powoływałem się na system czeski. Czesi byli bankrutem, jeśli chodzi o ochronę zdrowia i z roku na rok podjęli decyzję o zwiększeniu środków finansowych na służbę zdrowia o 10 mld (przeliczając na złotówki). To było udane posunięcie. Bo czy nie największym transferem społecznym jest zainwestowanie w zdrowie? Żadna zmiana na lepsze, szczególnie poprawa jakości, nie może odbyć się bez pieniędzy.

Uważam, że trzeba podnieść składkę na ochronę zdrowia (Czesi płacą 13,5 proc. – 1/3 płaci pracownik, 2/3 – pracodawca), trzeba zwiększyć w budżecie kwotę przeznaczaną na zdrowie. Opieka zdrowotna nie ogranicza się tylko do świadczeń kupowanych przez NFZ, dlatego mamy zapaść

finansową, a skutkiem tego jest także zapaść kadrowa. Specjaliści nie będą wyjeżdżali z kraju wtedy, kiedy nie będą mieli takiej potrzeby – a nie będą jej mieli, gdy zmienimy ten system. Polacy płacą przecież sami ponad 30 mld zł za usługi zdrowotne. Łącznie to dużo i trzeba tymi pieniędzmi mądrze zarządzać. Ponadto składkę zdrowotną powinni płacić wszyscy – nie powinno być grup zwalnianych z tego obowiązku.

Dr Anna Gręziak, podsekretarz stanu w MZ w latach 2005–2007: Zacznę od porażki: 10-punktowy program prof. Zbigniewa Religii, który był ministrem w latach 2005–2007, nie został do końca zrealizowany, ale mieliśmy na to tylko dwa lata. Nie udało się zatem w tym czasie wprowadzić ustawy o stopniowym podnoszeniu składki zdrowotnej do 13 proc. oraz przeniesieniu składki chorobowej do NFZ – to miało pokazywać m.in. jakość leczenia, czy pacjent przebywa długo na zwolnieniu, czy jest skutecznie leczony.

Wymienię też kilka sukcesów z tego okresu. Mimo że nie było żadnych funduszy z Unii Europejskiej, w polskich szpitalach nastąpiła wymiana aparatury do badań obrazowych. W tamtym czasie polskie pielęgniarki nie miały uprawnień takich, jak pielęgniarki z krajów, które przystąpiły do UE w tym samym czasie co Polska. Walczyliśmy o to, aby otrzymały te uprawnienia, aby nie były gorzej traktowane, aby dzięki środkom unijnym mogły podjąć studia pomostowe, które dawały im możliwość wykonywania zawodu na takich samych prawach za granicą. Udało mi się wprowadzić kształcenie opiekuna medycznego na bazie szkół pielęgniarskich, które przestały funkcjonować (kształcenie pielęgniarek stało się kształceniem uniwersyteckim).

Do dyskusji plenarnej w formie pisemnej włączył się **prof. Andrzej Wojtyła**, minister zdrowia w latach 1992–1993 oraz wiceminister zdrowia w latach 2005–2006, który z powodów obiektywnych nie mógł uczestniczyć w debacie.

Dr hab. n. med. Andrzej Wojtyła, prof. PWSZ, minister zdrowia w latach 1992–1993, wiceminister zdrowia w latach 2005–2006: Uważam, że sukcesem Ministerstwa Zdrowia i Opieki Społecznej z okresu, gdy nim kierowałem, było niewątpliwie opracowanie i wdrożenie „Ogólnopolskiego Programu Opieki nad Matką i Dzieckiem" w 1993 r. Był to ministerialny program polityki zdrowotnej, który tak naprawdę jest do dzisiaj w Polsce realizowany.

Efektem realizacji tego programu jest obniżenie odsetka zgonów matek z przyczyn położniczych. W Polsce w 1992 r. wynosił on 15,2 (na 100 tys. urodzeń żywych) i był najwyższy w Europie, natomiast obecnie zmniejszył się 4-krotnie i wynosi poniżej 4 promili, co oznacza, że jest jednym z najniższych spośród wszystkich krajów europejskich.

Obniżył się również wskaźnik umieralności niemowląt, który w 1991 r. wynosił 18,2 promila i był jednym z najwyższych w Europie. W 1998 r. wskaźnik umieralności niemowląt wyniósł 9,6 promila. Oznaczało to, że zakładany we wspomnianym programie cel, jakim było obniżenie wskaźnika umieralności niemowląt do wartości 10 promili w roku 2000, został osiągnięty dwa lata wcześniej. Sukcesy tych działań są dziś podnoszone nie tylko przez naukowców polskich, lecz także wskazywane przez światowych ekspertów jako model działań z zakresu zdrowia publicznego dla innych krajów.

Za największą porażkę po zakończeniu swojej misji jako ministra uważałem niemożność wprowadzenia systemu ubezpieczeń zdrowotnych. W rządzie pani premier Hanny Suchockiej spierały się dwie opcje: opcja scentralizowanego funduszu ubezpieczeniowego, takiego jak dziś funkcjonujący

w Polsce NFZ, i kas chorych na wzór niemiecki. Eksperci Banku Światowego, którzy nam wtedy doradzali, odwodzili nas od koncepcji ubezpieczeniowego finansowania ochrony zdrowia ze względu na zbyt niskie wówczas wydatki na ochronę zdrowia w Polsce. Dziś tę porażkę uważam za sukces, kiedy analizuję na przykład załamanie się wskaźników zdrowotnych w Polsce po zmianie systemu finansowania zdrowia w 1999 r. Wprowadzenie takiego rozwiązania na początku lat 90. skończyłoby się jeszcze większym pogorszeniem stanu zdrowia Polaków.

Obecnie wyzwaniem naszego systemu ochrony zdrowia jest zwiększenie nakładów na promocję zdrowia i profilaktykę. Wydatki te – w stosunku do ogólnych wydatków na zdrowie – są w Polsce zdecydowanie za niskie. W żadnym kraju na świecie nie udało się poprawić zdrowia obywateli, zwiększając nakłady jedynie na medycynę naprawczą. Mam świadomość, że jest to trudne zadanie, bo na efekty działań w tym zakresie trzeba czekać czasami dekadę lub więcej, tak jak w przypadku programu poprawy opieki perinatalnej. Decyzje polityczne są bowiem z natury nastawione na efekty doraźne związane z kalendarzem wyborczym.

Równocześnie w dobie rozwoju technologii medycznych, zarówno diagnostycznych, jak i leczniczych, obserwuje się w Polsce, a także w innych krajach, zjawisko nadużywania tych technologii w diagnostyce i leczeniu zgodnie z zasadą obowiązującą w zarządzaniu ochroną zdrowia – podaż indukuje popyt (*supply-induced-demand*). Należy więc wprowadzić w systemie ochrony zdrowia mechanizmy ograniczające to zjawisko. A temu służą niektóre dopłaty do świadczeń i na przykład ubezpieczenia dodatkowe. Różne badania opinii społecznej na ten temat przeprowadzano w Polsce od początku transformacji w latach 90. Większość z tych badań pokazywała, że Polacy są skłonni dopłacać do świadczeń zdrowotnych. Umiejętna promocja takich rozwiązań ma tu zasadnicze znaczenie.

Jeśli chodzi natomiast o odpływ z Polski specjalistów medycznych, głównie lekarzy, moim zdaniem jest to wyolbrzymione. Na całym świecie migracja ludności, w tym także lekarzy, jest rzeczą normalną przy otwartych granicach. Nie dostrzegam, aby to zjawisko było w Polsce, na tle innych krajów, nasilone. Mniej więcej 10-procentowa migracja kadry medycznej jest obserwowana w Europie i ten odsetek jest obecnie podobny w Polsce. W przeszłości nieco większe odsetki lekarzy niektórych specjalności opuszczały nasz kraj. Jednak zwiększenie wynagrodzeń lekarzy od czasu kierowania resortem zdrowia przez śp. ministra Zbigniewa Religę ten proces powstrzymało. I to jest odpowiedź.

Debatę plenarną „Zdrowie Polaków z perspektywy ministrów zdrowia RP" podsumował **prof. Henryk Skarżyński**:

Czas debaty plenarnej okazał się za krótki, ale jeszcze nie kończą się obrady I Kongresu „Zdrowie Polaków" 2019. Dziękuję, że zechcieli Państwo tu być i podzielić się z nami spostrzeżeniami, dokonaniami i problemami. Dziś, gdy słuchamy Państwa, zdajemy sobie sprawę, że nawet najlepszy minister nie rozwiąże wszystkich problemów. Każdy zmierzy się z wielkimi oczekiwaniami. Ale mamy też świadomość, że bez wielu Państwa decyzji bylibyśmy daleko, daleko w tyle. Teraz, doceniając to, co zostało zrobione, musimy wraz ze swoimi i społecznymi oczekiwaniami zmieniać postawę wobec zdrowia, naszego największego osobistego kapitału.

Na przestrzeni ostatnich 30 lat w naszym kraju w obszarze ochrony zdrowia bardzo wiele się zmieniło. Wszyscy pamiętamy reformy gabinetu premiera Jerzego Buzka, które wprowadzał w życie minister zdrowia prof. Wojciech Maksymowicz. W mojej ocenie, a powołam się tu na działalność resortowego Instytutu Fizjologii i Patologii Słuchu, był to zasadniczy zwrot w powojennej organizacji ochrony zdrowia. Kasy chorych w bardzo dynamicznym tempie uwolniły myślenie i inicjatywy wielu osób. Zaczęliśmy liczyć koszty, w dużym stopniu odnosząc się do powierzanych nam spraw, obowiązków, z odruchami prawie właścicielskimi. Wielu z nas zrozumiało, na co jest zapotrzebowanie, a na co nie ma, jakie specjalności i szpitale powinny rozwijać się bardziej, a w jakich można wprowadzać stopniowe ograniczenia. W zmieniającej się rzeczywistości, kiedy podstawowym środkiem transportu do szpitala przestał być pociąg czy autobus, kiedy

diagnostykę można wykonać nie w 2–3 tygodnie, ale przed przyjęciem pacjenta do szpitala w celu przeprowadzenia określonej procedury chirurgicznej w 2–3 dni – wprowadzenie systemu kas chorych było nieodzowne. To, czy wszystko zadziałało od razu idealnie, czy zmiany w naszej mentalności i przyzwyczajeniach następowały w odpowiednim tempie, jest zupełnie inną kwestią. Dla wszystkich decydentów było jasne, że system kas chorych oparty na realiach regionalnych musi być systematycznie oceniany i doskonalony (w tamtym czasie było wiele regionalnych osiągnięć, jak na przykład system kart i organizacja Śląskiej Kasy Chorych wprowadzona przez jej ówczesnego dyrektora, dr. Andrzeja Sośnierza), choć wiemy przecież, że takiego systemu, który byłby idealny, nie ma na świecie. Wracając do przykładu kierowanego przeze mnie Instytutu Fizjologii i Patologii Słuchu, wprowadzenie kas chorych pokazało, że zapotrzebowanie na nasze usługi wzrosło o 1000 proc.! To było coś niewyobrażalnego, wiązało się z nowoczesną otochirurgią, fonochirurgią i rynochirurgią. To uświadamiało nam, że dla społeczeństwa liczy się wyższa jakość usług, a także nowa jakość życia.

Obecnie stajemy przed wieloma nowymi wyzwaniami. Podczas debat i paneli pokazaliśmy, jak ogromny potencjał medyczny i naukowy posiadamy w ochronie zdrowia. Brak pewnych zdecydowanych kroków, by młodzi nie chcieli wyjeżdżać za granicę (ci, którzy pozostaną w kraju, muszą być dofinansowani i doposażeni), jest oczywistym faktem. Zwracał na to też uwagę pan minister, prof. Łukasz Szumowski, podkreślając, że mamy szanse na realne zmiany. Wszyscy, tak jak tu siedzimy, powinniśmy pomóc obecnemu ministrowi zdrowia i jego następcom. Działając wspólnie, będziemy przygotowani nie tylko do rozwiązywania problemów bieżących, lecz także na stawianie czoła problemom nieznanym, groźnym dla szerokich grup społecznych. Przed kilkoma laty, na przykładzie wirusa Eboli, mieliśmy już przesłanki, co może się stać w zakresie chorób zakaźnych.

3

Ekonomia a służba zdrowia

Zwiększenie wydatków na ochronę zdrowia jest niezbędne, powtarzali kolejni uczestnicy paneli i debat I Kongresu „Zdrowie Polaków" 2019, w tym debaty „Wpływ ekonomii i gospodarki na zdrowie Polaków" pod przewodnictwem prof. Piotra Czauderny oraz prof. Krzysztofa Opolskiego, który na wstępie zaznaczył, że tematyka tego spotkania jest niesamowicie trudna. Można jej poświęcić wiele czasu i nie dojść do jednoznacznych wniosków. Ale jedno jest pewne – ciężko sobie wyobrazić opiekę medyczną bez ekonomii, bez gospodarki. Natomiast w tych dwóch obszarach występuje bardzo wiele sprzeczności, rzeczy niewyjaśnionych, wiele sytuacji, w których czeka się na cud – że posypią się pieniądze, że nagle samoistnie poprawi się organizacja, co rozwiąże wszystkie problemy. Z pewnością trzeba zastanowić się nad najważniejszymi kwestiami: jak dalece ekonomia musi być włączona w cały obszar opieki medycznej? W jaki sposób nią sterować i wpuszczać ją w obszar zdrowia? I jak te dwa różne światy ze sobą połączyć? To spotkanie ma być otwarciem do dalszej dyskusji, dalszych przemyśleń.

Podczas wystąpień ekspertów z dziedziny ekonomii i służby zdrowia podkreślano, że na zdrowie wydajemy najmniej, biorąc pod uwagę wszystkie sektory gospodarki (łączna kwota wydatków państwa na ochronę zdrowia to 120 mld zł), a niedofinansowanie sektora zdrowia przekłada się na produktywność społeczeństwa. Mówiono też, że mamy problem z innowacyjnością w takich obszarach ochrony zdrowia, jak: zarządzanie, planowanie, liczenie kosztów, rachunkowość, choć z drugiej strony koszty takiej innowacyjności są ogromne i realnie nie jest ich w stanie udźwignąć żaden system. Zwracano również uwagę nie tylko na jakość i efektywność leczenia, lecz także na znaczenie działań prewencyjnych – im więcej pieniędzy wydamy na profilaktykę, tym mniej będziemy potrzebować na leczenie. Palenie tytoniu, nadmierny konsumpcjonizm, nadużywanie alkoholu, brak aktywności fizycznej – to czynniki najbardziej zagrażające obecnie zdrowiu Polek i Polaków. Ich eliminowanie powinno stać się priorytetem. W związku z tym pojawiły się propozycje podniesienia podatków na wyroby szkodliwe, z których można by finansować badania profilaktyczne i działania prewencyjne.

Wiele miejsca poświęcono kwestii tzw. kapitału ludzkiego, w którego przypadku należy mówić o nakładach ponoszonych na człowieka, a nie o kosztach z nim związanych. Nakłady na zdrowie należy traktować jak inwestycję, która w przyszłości się zwróci, a nie jak wydatek. Profesor Piotr Czauderna przestrzegł przed myśleniem o jak największej rentowności kapitału ludzkiego. W niektórych sytuacjach

owa rentowność nie wystąpi – kapitał ludzki może zostać niewykorzystany, zdekapitalizowany, może też być dziedziczony.

Z kapitałem ludzkim wiąże się rynek potrzeb zdrowotnych, ale czy mechanizm rynkowy można stosować w obszarze zdrowia, zastanawiali się eksperci. Większość z nich była zdania, że nie zawsze. Obszar zdrowia nie jest bowiem jednoznaczny, ponadto płatnikiem, w zależności od przyjętego modelu, może być Narodowy Fundusz Zdrowia, pacjent albo państwo.

Jedno zdaje się pewne: prawa ekonomii oddziałują na funkcjonowanie ochrony zdrowia, podobnie jak zdrowie społeczeństwa ma wpływ na kondycję ekonomiczną i gospodarczą państwa.

Głównym zadaniem uczestników debaty była próba odpowiedzi na pytania, które leżą u podstaw tworzenia nowoczesnego i sprawnie działającego systemu ochrony zdrowia z wykorzystaniem mechanizmów i narzędzi stosowanych w ekonomii.

3.1.

Czy rachunek ekonomiczny w służbie zdrowia ma się różnić od tego w innych branżach i czy zdrowie należy interpretować w kategoriach popytu i sprzedaży?

Zdrowie i życie ludzkie jest trudne do wycenienia, więc rachunek ekonomiczny zawsze będzie się różnił od rachunku innych sektorów gospodarki, zgodnie twierdzili eksperci, podkreślając jednocześnie, że również w ochronie zdrowia zasady działania muszą być podporządkowane prawom ekonomii. To, że na zdrowie powinniśmy patrzeć w kategoriach popytu i podaży, nie było dla nikogo zaskoczeniem, bo sektor ochrony zdrowia we wszystkich kwalifikacjach jest uznany jako sektor obszaru społeczno-gospodarczego, a ekonomia zdrowia zajmuje się właśnie służbą zdrowia w kategoriach popytu i podaży. Popyt na usługi zdrowotne będzie oczywiście zależał od wielu czynników, m.in. od chorób cywilizacyjnych, zmian w demografii – czy jesteśmy społeczeństwem starzejącym się. Od tych czynników uzależniony jest także rynek farmaceutyczny w Polsce. Niepokojący jest fakt, że obecnie nie zawsze jest zaspokojony popyt na najważniejsze leki – na przykład te, które muszą przyjmować pacjenci przewlekle chorzy.

Podczas debaty rozmawiano także o tym, w jakim modelu powinien być realizowany popyt na usługi zdrowotne i w jakim stopniu państwo powinno w tym partycypować. Poniżej przedstawiamy wypowiedzi biorących udział w debacie ekspertów z dziedziny ekonomii i służby zdrowia.

Dr n. o zdr. Michał Chojnacki: W obecnej sytuacji finansowo-organizacyjnej na gruncie systemu ochrony zdrowia w Polsce oraz na świecie wydaje się, że im szybciej na poziomie systemowym będziemy rozumieć oraz tworzyć mechanizmy i narzędzia natury ekonomicznej, a także przenosić je na grunt szeroko rozumianej ochrony zdrowia – zarówno w sektorze publicznym, jak i prywatnym – tym łatwiej będzie nam budować wydajny system ochrony zdrowia.

Jeśli przyjmiemy, że na gruncie ekonomiki zdrowia początkiem rozważań o funkcjonowaniu opieki zdrowotnej i możliwościach alokacyjnych zasobów w systemie jest rozpoznanie potrzeb ludności kształtowanych przez jej zdrowotne, społeczno-ekonomiczne i psychologiczne uwarunkowania, to naturalnym krokiem będzie również zdefiniowanie strony podażowej na usługi zdrowotne, które stanowią podstawę polityki i planowania sektora zdrowia. Podstawową formą działalności systemu opieki zdrowotnej są świadczenia zdrowotne, utożsamiane przez chorego z potrzebą zdrowotną, których poziom ilościowy i jakościowy kształtuje się pod wpływem czynników o charakterze popytowym i podażowym.

Ze względu na charakter sektora ochrony zdrowia oraz wartość życia i zdrowia ludzkiego, będących w jego środku, określenie jasnych definicji na styku granic ekonomii oraz medycyny stanowiło przedmiot zainteresowania wielu badaczy w przeszłości, a w aspekcie dalszych ewolucji systemu zapewne poddawane będzie dalszym weryfikacjom i próbom określenia. Tak długo jak ekonomiczny aspekt jest nieodłączną częścią systemu ochrony zdrowia, granice relacji ekonomii i medycyny oraz popytu i podaży powinny przebiegać z uwzględnieniem najwyższego dobra pacjenta i być wytyczane ze świadomością, że zasoby pozwalające na zaspokojenie jego potrzeb są ograniczone.

Ta granica między wyceną zdrowia a zaspokojeniem potrzeb zdrowotnych, co leży w interesie pacjentów, byłaby akceptowalna przez nich, gdyby gwarantowane świadczenia zdrowotne były dobre jakościowo i szybciej dostępne, czyli czas oczekiwania na nie był krótszy. W tym ujęciu mamy spełnienie dwóch potrzeb – ekonomicznej i zdrowotnej pacjentów.

Dr n. med. Grzegorz Juszczyk: Precyzyjne określenie aktualnej kwoty wydatków na zdrowie publiczne nie jest prostym zadaniem – w przeciwieństwie do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej działania zdrowia publicznego nie opierają się wyłącznie o procedury biomedyczne realizowane przez szpitale czy poradnie, mają również większą liczbę płatników oraz realizatorów.

Szacunki GUS wskazują, że wydatki na profilaktykę i zdrowie publiczne stanowią 3,1 proc. wydatków bieżących na ochronę zdrowia – a zatem równowartość 3,75 mld zł w oparciu o metodykę Narodowego Rachunku Zdrowia. Wielkość ta znajduje potwierdzenie w sprawozdawczości z realizacji Ustawy z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym. Jak wskazuje Departament Zdrowia Publicznego i Rodziny MZ (DZPiR) za okres pierwszych dwóch lat funkcjonowania ustawy w Polsce sprawozdano ponad 71 tys. programów/działań na rzecz poprawy zdrowia populacji. Łącznie na realizację działań w ramach ustawy w Polsce przeznaczono kwotę 8,4 mld zł (z czego 3,9 mld w 2016 r., a 4,5 mld w 2017 r.). Działania jednostek samorządu terytorialnego (JST) stanowiły 62 proc. wszystkich sprawozdanych interwencji, pozostała część była realizowana przez administrację rządową (w tym przez Państwową Inspekcję Sanitarną oraz Narodowy Fundusz Zdrowia). Budżet roczny Inspekcji wynosi ok. 1 mld zł, wydatki na prewencję skutków szkodliwego spożycia alkoholu to ok. 850 mln zł, a wydatki na realizację zadań medycyny pracy to ok. 500 mln zł.

Z danych DZPiR MZ wynika, że zadania realizujące cele operacyjne Narodowego Programu Zdrowia rozkładały się następująco: 1. dotyczące prewencji nadwagi i otyłości (20 proc. zadań), 2. uzależnień (41 proc.), 3. zdrowia psychicznego (4 proc.), 4. zdrowia środowiskowego (20 proc.), 5. zdrowia osób starszych (7 proc.), 6. zdrowia prokreacyjnego (1 proc.). Pozostałe zadania nie są przyporządkowane do tych celów, w tej kategorii mieszczą się również zadania koordynacyjne NPZ (łączenie 7 proc. zadań).

Największy udział w realizacji zadań z zakresu zdrowia publicznego miały gminy – wyniósł on ponad 40 proc. Jedna trzecia zadań była z kolei podjęta przez administrację rządową, 20 proc. przez samorząd powiatowy, a 4 proc. przez samorząd województwa. Dominującą formą realizacji zadania były działania promocyjno-edukacyjne oraz profilaktyczne – każda z tych form dotyczyła mniej więcej 1/3 sprawozdanych zadań. Około 12 proc. działań miała charakter szkoleniowo-konferencyjny, a 2 proc. – badawczy.

Pod względem struktury grup wiekowych, które były adresatami działań w ramach ustawy, dominujące były kategorie: dzieci i młodzież (6–18 lat) oraz „grupy wyselekcjonowane" – razem 2/3 adresatów zadań. W tej drugiej kategorii ujmowane były grupy osób niedające się przyporządkować do żadnej z pozostałych grup wiekowych.

W chwili obecnej przepisy Ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych nakładają na JST realizujące programy polityki zdrowotnej obowiązek monitorowania i sprawozdawania ustrukturyzowanych informacji o efektach podjętych działań – dane te przekazywane są do Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji. AOTMiT przygotowuje szablony programów polityki zdrowotnej dla JST – w zakresie najważniejszych problemów zdrowia publicznego i czynników ryzyka.

Powyższe dane wyraźnie wskazują na rozproszenie mechanizmów finansowania i realizacji zadań zdrowia publicznego. Należy zatem rozważyć zmianę wykorzystania środków przeznaczonych na Narodowy Program Zdrowia – część funduszy powinna trafić do jednostek organizacyjnych Państwowej Inspekcji Sanitarnej. Niezbędne jest lepsze skoordynowanie wydawanych środków i zapewnienie minimalnego zakresu interwencji prozdrowotnych w każdej jednostce samorządu terytorialnego. Proponuje się także przeanalizowanie wydatków przeznaczanych na profilaktykę i rozwiązywanie

problemów alkoholowych oraz wprowadzenie mechanizmu gromadzenia większej puli środków, które mogłyby być redystrybuowane do JST w postaci ogólnopolskich programów zdrowotnych realizowanych na jednakowych podstawach merytoryczno-organizacyjnych w każdym samorządzie. Działania JST powinny uwzględniać wspólną, zintegrowaną profilaktykę przewlekłych chorób niezakaźnych oraz zaburzeń psychicznych i uzależnień. Wyższe poziomy profilaktyki powinny być realizowane z udziałem podstawowej opieki zdrowotnej, która w przypadku wykrycia ww. chorób powinna kierować pacjentów do odpowiednio zorganizowanej specjalistycznej opieki zdrowotnej.

Należy oddzielić finansowanie promocji i profilaktyki od finansowania świadczeń opieki zdrowotnej – musi zostać wypracowana właściwa struktura finansowania. Optymalne byłoby zdefiniowanie Funduszu Zdrowia Publicznego, zasilanego z różnych źródeł finansowania, w ramach którego można kontraktować realizację rekomendowanych działań ukierunkowanych na promocję zdrowia i profilaktykę.

Dr n. ekon. Małgorzata Gałązka-Sobotka: Rachunek ekonomiczny w przypadku sektora zdrowia powinien być inny niż w pozostałych obszarach gospodarczych czy społecznych, bo inaczej są zdefiniowane cele działalności wytwórczej.

Na zdrowie należy patrzeć w kategoriach popytu i podaży. Po pierwsze, sektor ochrony zdrowia jest uznany we wszystkich kwalifikacjach jako sektor obszaru społeczno-gospodarczego. Co więcej, sektor ten odpowiada za dostarczenie jednego ze strategicznych składników kapitału, niezbędnych do rozwoju gospodarczo-ekonomicznego, czyli kapitału ludzkiego. Jest fundamentalnym elementem tzw. dobrostanu psychicznego, fizycznego i społecznego człowieka. Oznacza to zapotrzebowanie, czyli popyt, na kapitał zdrowia zgłaszany na różnych poziomach. Na poziomie jednostki, czyli każdego z nas – bo każdy z nas jest tym kupującym, który zabiega o nabycie jak największej ilości zdrowia poprzez zachowania prozdrowotne, tzn. oszczędzanie i zabezpieczenie takich usług, które pozwalają to zdrowie odtworzyć. Jednak zgłaszającym zapotrzebowanie może być także pracodawca, może być region czy państwo zainteresowane zabezpieczeniem kapitału, u którego podstaw leży rozwój społeczno-gospodarczy.

Po drugiej stronie mamy podaż. Podaż rozumianą jako procesy podporządkowane wytworzeniu usług i produktów, które służą do zabezpieczenia tego zapotrzebowania, a jego miarą jest zdolność do realizowania swoich celów: społecznych, zawodowych. Po to między innymi nabywamy usługi zdrowotne, aby realizować swoje pasje – a może nią być praca. Zdrowie jest elementem dobrostanu psychicznego, dlatego wchodzimy na ten rynek szeroko rozumianych usług zdrowotnych z nadzieją, że świadczeniodawcy zapewnią nam jak najskuteczniejsze zabezpieczenie naszych potrzeb. Tu pojawia się pytanie: w jakim modelu to zapotrzebowanie – indywidualne, zbiorowe czy też to określone na poziomie samego państwa – zaspokajać? Jak obserwujemy, systemy zdrowotne – a jak wiemy, nie ma jednego modelu – mieszają się w szerokim rozdziale – od tego najbardziej skrajnego, w którym państwo jest głównym dostarczycielem usług zdrowotnych, po najbardziej urynkowione, w których rolą państwa jest tylko definiowanie pewnych zasad, według których to zapotrzebowanie ma być realizowane, natomiast dostawcami usług zdrowotnych mogą być podmioty prywatne, które uruchamiają swój kapitał na wytworzenie tego strategicznego zasobu, jakim jest zdrowie społeczeństwa.

Rachunek ekonomiczny w przypadku sektora zdrowia powinien być zdecydowanie inny niż w pozostałych obszarach gospodarczych czy społecznych, bo inaczej są zdefiniowane cele działalności wytwórczej. Każda organizacja dąży do osiągnięcia wielu celów. Jednak w kontekście usług zdrowotnych jest jeden zasadniczy cel – osiągnięcie jak najlepszych wyników zdrowotnych (zdefiniowanych, określonych, doprecyzowanych pewnymi miernikami) oraz poprawa doświadczeń pacjenta. Jakość i satysfakcja pacjenta to cel, na którym działania dostawców usług zdrowotnych także powinny się koncentrować. Ramą do definiowania celów powinny być środki finansowe i możliwości w zakresie zasobów infrastrukturalnych, rzeczowych i finansowych. Wynik zdrowotny w tym sektorze jest najważniejszy, a jeśli tak nie jest, to oznacza, że nie rozumiemy specyfiki tego sektora.

Barbara Misiewicz-Jagielak: W branży farmaceutycznej podaż jest uzależniona od zaleceń lekarskich, od demografii, gdyż nasze społeczeństwo się starzeje, i od chorób cywilizacyjnych. Branża ta nie jest do końca gotowa na wzmożony popyt na leki.

Na naszym rynku podaż nie zabezpiecza zawsze popytu. Na potrzebę produkcji leków – nie najnowszej już generacji, ale nadal potrzebnych polskim pacjentom – odpowiadają już tylko polscy producenci. Produkują leki na granicy rentowności, podczas gdy wielkie zagraniczne korporacje nie chcą już tego robić. W Polce większość firm produkuje leki generyczne, bo to odpowiada na potrzebę większości pacjentów. Niszą dla krajowych producentów leków jest wytwarzanie leków generycznych z wartością dodaną (udoskonalone): o przedłużonym działaniu, iniekcyjnych. Problemem jest to, że produkcja substancji czynnych odbywa się w bardzo niskich cenach w krajach azjatyckich, dlatego upadło wiele fabryk europejskich. Powinniśmy więc zrobić wszystko, by uniezależnić się od rynków zagranicznych.

Dr n. ekon. Adam Niedzielski: Warto wskazać trzy podstawowe obszary, w których prawa ekonomii w sposób bezpośredni wpływają na funkcjonowanie sektora ochrony zdrowia: kapitał ludzki, ekonomia behawioralna i zarządzanie. Dlatego sojusz obu tych, pozornie odrębnych, światów powinien stanowić istotną wartość dodaną – w szczególności dla pacjentów.

Świat medyczny, oparty przede wszystkim na spektakularnym rozwoju wiedzy i praktyki klinicznej, nie może jednocześnie ignorować praw rządzących ekonomią. Ekonomia, umożliwiająca porządkowanie różnorodnych zjawisk świata społecznego, powinna być bowiem sojusznikiem nauk medycznych w osiąganiu wspólnych celów dla dobra społeczeństwa i pacjentów.

Dlatego warto wskazać trzy podstawowe obszary, w których prawa ekonomii w sposób bezpośredni wpływają na funkcjonowanie sektora ochrony zdrowia.

W latach 50. ubiegłego wieku zaczęła się rozwijać teoria kapitału ludzkiego, która zmieniła perspektywę spojrzenia na rolę i znacznie wydatków na edukację i zdrowie. Zaczęto wtedy odchodzić od modelu traktującego te wydatki wyłącznie jako „ośrodek kosztów" na rzecz traktowania ich jako inwestycji. Obecnie takie podejście jest już standardem w ekonomii i staje się coraz bardziej popularne w sektorze ochrony zdrowia. Koncepcja kosztów pośrednich nawiązuje wprost do idei kapitału ludzkiego, pokazując koszty zaniechania inwestycji w zdrowie, które pojawiają się w postaci zasiłków chorobowych.

Ekonomia oferuje także różnorodne narzędzia pomiaru wartości kapitału ludzkiego, które pozwalają szacować uszczerbek na zdrowiu i od dawna są stosowane w ubezpieczeniach.

Drugi obszar to ekonomia behawioralna – wykorzystanie jej technik i narzędzi ma obecnie szczególne znaczenie w realizacji strategicznych zadań Narodowego Funduszu Zdrowia. Jej podstawą jest rozpoznawanie zachowań oraz motywacji osób korzystających z określonego rodzaju usług – w tym przypadku osób korzystających z usług NFZ. Celem natomiast – zaprojektowanie takich narzędzi i technik oddziaływania na wybory dokonywane przez te osoby, żeby umożliwić realizację celów organizacyjnych i systemowych. W przypadku działań Funduszu będą to zwłaszcza narzędzia w segmencie profilaktyki zdrowotnej, zachęcające osoby – zanim, ewentualnie, staną się pacjentami – do podejmowania wyborów i działań o charakterze prozdrowotnym. Przykładem systemowego działania w tym zakresie, stosowanego już dosyć powszechnie w Europe, mogą być tzw. sin-taxy, których głównym celem jest zapobieganie narastającej pladze otyłości, skutkującej potem szeregiem schorzeń o charakterze przewlekłym, które zarówno obniżają jakość życia pacjentów, jak i stanowią bardzo duże obciążenie finansowe dla systemów zdrowotnych. Tak więc również w tym kontekście rozwój ekonomii behawioralnej i jej zastosowanie w kształtowaniu odpowiednich nawyków zachowań jest bardzo ważnym narzędziem przy budowaniu stabilnych i efektywnych systemów ochrony zdrowia.

Trzeci obszar, który łączy się z ekonomią, to zarządzanie. Ten kierunek rozwinął się na świecie w bardzo dynamiczny sposób – mamy wyspecjalizowane

szkoły i kursy zarządzania, które bardzo często kończy również menadżerska kadra medyczna. Konieczność poznania zasad i reguł ekonomicznych, które będą znajdowały zastosowanie również w zarządzaniu sektorem ochrony zdrowia, jest już sprawą oczywistą. Mając natomiast na uwadze specyfikę tego sektora, wynikającą w szczególności z powszechnie przyjętych w Europie zasad uniwersalnego zabezpieczenia zdrowotnego, konieczne jest oczywiście stałe poszukiwanie równowagi pomiędzy zasadami solidaryzmu społecznego i efektywnego funkcjonowania systemu ochrony zdrowia. Racjonalne stosowanie narzędzi zarządzania powinno również w tym przypadku być sojusznikiem świata medycznego.

Marek Zuber: Nie ma jednoznacznie określonego modelu służby zdrowia, do którego mamy dążyć, bo wszystko zależy od społeczeństwa i od tego, na co to społeczeństwo się decyduje.

Czy mechanizm rynkowy, czyli podaż i popyt, można stosować w obszarze zdrowia? Pierwsza rzecz – co przez pojęcie „zdrowie" rozumiemy. Nie ma określonego jednoznacznie modelu służby zdrowia, do którego mamy dążyć, bo wszystko zależy od społeczeństwa i od tego, na co to społeczeństwo się decyduje. Kiedy przedstawiamy ideę finansów publicznych, zawsze wychodzimy od poziomu zaspokojenia potrzeb społecznych.

Mechanizm rynkowy, podstawowy mechanizm współczesnej ekonomii, jest obecny w naszym życiu. Zderzenie popytu i podaży na wolnym rynku napędza rozwój gospodarki. Także w obszarach, które są podstawą do osiągnięcia wysokiego poziomu zamożności społeczeństwa. Weryfikacja decyzji biznesowych, pobudzanie innowacyjności i w konsekwencji stymulowanie rozwoju gospodarczego to jedna z ważniejszych funkcji rynku.

Zdajemy sobie jednak sprawę z tego, że nie wszystkie potrzeby społeczne mogą być zaspokojone za pomocą mechanizmu rynkowego. Są takie, których w ogóle w ten sposób nie zaspokoimy – jak potrzeba bezpieczeństwa zewnętrznego – lub takie, które możemy w ten sposób zaspokoić tylko w części – jak bezpieczeństwo wewnętrzne. Od dziesięcioleci jesteśmy świadkami dyskusji, która toczy się na temat tego, w jaki sposób klasyfikować w tym kontekście usługi związane z zabezpieczeniem zdrowia. Problem jest, że w tym przypadku wiele zależy od osobistych przekonań. Dla jednych finansowanie opieki zdrowotnej, ale i działań profilaktycznych przez państwo, jest wyrazem jego nowoczesności. Dla innych będzie to prosta droga do nieefektywnego wykorzystania zasobów.

Nie ma na świecie idealnego modelu opieki zdrowotnej, do którego można by było bez zastrzeżeń podążać. Widać jednak wyraźnie, że całkowite uniezależnienie usług związanych ze zdrowiem od rynku, nawet w państwach o wysokim stopniu świadomości ekonomicznej, a także – a może przede wszystkim – etycznej, wcześniej czy później doprowadza do zaburzeń w efektywności wykorzystania przeznaczanych środków. Rachunek ekonomiczny nie może być pomijany w myśleniu o systemie ochrony zdrowia.

Mechanizm rynkowy, w ogóle rynek ze swoimi zaletami związanymi ze swoistą kontrolą efektywności i wszystkimi elementami, o których wspomniałem wcześniej, powinien stanowić podstawę w myśleniu o budowaniu nowoczesnego systemu opieki zdrowotnej. Nie może to być jednak mechanizm bezwarunkowy. I nie może w równym stopniu dotyczyć wszystkich przejawów ochrony zdrowia. Budowanie zasad ograniczających bezwzględność rynku, zasad, które będą chroniły człowieka, jego zdrowie, a także jego godność to najtrudniejszy moment w procesie tworzenia systemu ochrony zdrowia. To zadanie skomplikowane, choćby ze względu na problemy w zobiektywizowaniu całego procesu. Ograniczeniem są również dostępne środki. Nigdy nie będzie ich tyle, aby można było bez limitów realizować wszystkie cele. Zawsze będzie to kwestia wyboru.

W powszechnym przekonaniu zdrowie kojarzy się głównie z wydawaniem pieniędzy. I to poniekąd jest prawda. Samo wydawanie pieniędzy możemy jednak rozpatrywać w różnych aspektach. Przynajmniej w dwóch podstawowych.

Po pierwsze, środki wydawane na służbę zdrowia wpływają na wzrost gospodarki. Nie chodzi mi tu tylko o koszty systemu związane choćby z pensjami pracowników czy przychodami generowanymi przez podmioty działające w systemie. Wydatki na zdrowie mogą być na przykład istotnym elementem kreowania innowacji. Zarówno

w kontekście stosowania w „zdrowiu" koncepcji powstałych w innych obszarach gospodarki, jak również powstawania nowych procedur, usług czy produktów przeznaczonych specjalnie do zaspokojenia szeroko rozumianych potrzeb zdrowotnych. Przemysł okołozdrowotny może być zatem istotnym bodźcem do unowocześnienia całej gospodarki.

Po drugie, wydatki na zdrowie można rozumieć jako te działania, które w konsekwencji ograniczają środki przeznaczone na samo leczenie. Mam tu na myśli oczywiście profilaktykę. Inwestycje, których celem jest zapobieganie występowaniu chorób, zmniejszają późniejsze wydatki na leczenie. I to w sposób zasadniczy. Problemem jest jednak konieczność wygospodarowania dodatkowych środków już dzisiaj. Tu i teraz. W rzeczywistości brak wystarczającego finansowania oznaczałby ograniczenia i tak już często niewydolnych procedur, na co nie ma zgody społecznej. Finansowanie profilaktyki, jeśli rozumieć ją jako istotne wydatki na poziomie państwa, nie będzie zatem w najbliższych latach w istotny sposób zwiększone.

Prof. Ewelina Nojszewska: Osiągnięcie strategicznych celów przez ochronę zdrowia jest niemożliwe bez analizy ekonomicznej. W Polsce analiza ekonomiczna w ochronie zdrowia jest najważniejszą innowacją.

Analiza ekonomiczna, szczególnie przeprowadzana z wykorzystaniem narzędzi statystycznych, może wspierać decyzje podejmowane zarówno przy organizacji, zarządzaniu i finansowaniu funkcjonowania systemu ochrony zdrowia, jak i w zarządzaniu procesami leczenia, przede wszystkim szpitalnego. Pozwala bowiem rozumieć mechanizmy transmisji, procesy przyczynowo-skutkowe, a więc umożliwia podejmowanie decyzji pozwalających osiągnąć zarówno skuteczność ekonomiczną, jak i skuteczność kliniczną. Do badania efektywności funkcjonowania świadczeniodawców można wykorzystywać przykładowo takie narzędzia jak: *Stochastic Frontier Analysis, Data Envelopment Analysis,* wszelkiego rodzaju regresje, a do wspomagania decyzji dotyczących leczenia – *Propensity Score Matching.*

Zawsze należy określić ryzyko podejmowanych inwestycji, także jeśli chodzi o leczenie pacjenta. Ochrona zdrowia powinna być skuteczna klinicznie i efektywna ekonomicznie – niestety tak się nie dzieje w praktyce. Na szpitale należy patrzeć jak na przedsiębiorstwa i liczyć ich efektywność. Należy też gromadzić rejestry ekonomiczne z rejestrami chorobowymi pacjentów – to się przydaje do analizy rentowności i do wyznaczania progu opłacalności.

Innowacyjność to ostatnio modne hasło. Na innowacje wynikające z samego procesu leczenia, jesteśmy otwarci i przeznaczamy na nie coraz większe pieniądze. Mamy natomiast problemy z innowacyjnością w ochronie zdrowia, jeśli chodzi o zarządzanie, planowanie, liczenie kosztów, regulację prawną – to są obszary, którymi powinniśmy się zająć, np. przygotować ustawę o rachunkowości, która w szpitalach jest na dramatycznie niskim poziomie. Taka ustawa umożliwiałaby rachunek kosztów na podstawie właściwego planu kont na potrzeby wyceny świadczeń zdrowotnych. Od strony strategicznej z pewnością należy określić cel i drogę dojścia do niego. Niektórymi sprawami można zająć się od ręki, aby zwiększyć efektywność działania świadczeniodawców, a niektóre kwestie będą wymagały zmian systemowych opartych na regulacji prawnej.

Jeśli chodzi o rachunek ekonomiczny w ochronie zdrowia, to trzeba odpowiedzieć na pytanie, co to znaczy drogo, a co znaczy tanio. Weźmy na przykład lek o nazwie Luxturna leczący ślepotę, który kosztuje 859 tys. dol. – to olbrzymia kwota, jeśli jednak policzymy koszty pośrednie, czyli koszty dziesięcioletniego utrzymania chorego, to zakup leku się opłaca. W pojęciu ekonomii jest to dobry biznes.

Analiza ekonomiczna w ochronie zdrowia i medycynie służy do:

- liczenia kosztów bezpośrednich (leczenia);
- liczenia kosztów pośrednich – wartości niewytworzonego PKB przez chorych i ich nieformalnych opiekunów;
- liczenia skutków dla finansów publicznych – wzrostu wydatków społecznych i obniżania się przychodów podatkowych;
- liczenia strat spowodowanych niemożnością komercyjnego wykorzystania łóżek w szpitalach publicznych;
- badania efektywności funkcjonowania szpitali – DEA i SFA;

- oddziaływania (pogarszającego się) stanu zdrowia obywateli na rynek pracy, zasób pracy, kapitał ludzki, a także rzeczowy i finansowy, czyli na wzrost i rozwój gospodarczy, co przekłada się na dobrobyt ludzi;
- określania skutków zdrowotnych i finansowych niewłaściwej refundacji;
- określenia korzyści z włączenia leków genetycznych.

Można też wykorzystać analizę ekonomiczną do określenia skuteczności leczenia – uwzględnić, oprócz wydatków publicznych, także koszty ponoszone prywatnie. Warunkiem podejmowania racjonalnych decyzji w ochronie zdrowia są rzetelne dane – przede wszystkim ilościowe jako podstawa do dokonywania skutecznych wyborów.

Dlatego ważne jest tworzenie:

- baz danych „ekonomicznych", a przede wszystkim – finansowych;
- rejestrów medycznych.

Osiągnięcie strategicznych celów przez ochronę zdrowia jest niemożliwe bez analizy ekonomicznej. W Polsce analiza ekonomiczna w ochronie zdrowia jest najważniejszą innowacją.

Prof. Piotr Czauderna: W Polsce brakuje oparcia systemowych decyzji na danych (możliwe byłoby wsparcie w tym zakresie ze strony Agencji Badań Medycznych). Polityka zdrowotna powinna bazować na analizach i liczbach.

Oczywiście, sektor ochrony zdrowia należy rozumieć w kategoriach ekonomii, choć trzeba ustalić pewną granicę między wyceną świadczeń a zaspokojeniem potrzeb zdrowotnych pacjentów. Natomiast rachunek ekonomiczny w ochronie zdrowia powinien być inny niż w pozostałych sektorach gospodarki. Sektor ten ma bowiem inne cele, nakierowane przede wszystkim na osiągnięcie dobrych wyników zdrowotnych oraz satysfakcję pacjenta. Zaspokajanie potrzeb społecznych nie zawsze podlega mechanizmom rynkowym – dotyczy to także częściowo ochrony zdrowia.

Niewątpliwie nie da się w dyskusji na temat zdrowia ominąć kategorii popytu i podaży, choć nie istnieje jeden model zaspokajania popytu. Od praw ekonomii, także w ochronie zdrowia, nie da się uciec. Bardzo ważna jest w tym aspekcie teoria kapitału ludzkiego ujmująca nakłady na zdrowie jako inwestycję, a nie koszt, choć jej przełożenie na zdrowie nie jest proste, w czym pomocna może być kategoria kosztów pośrednich.

Istotną rolę w systemie ochrony zdrowia powinno odgrywać zdrowie publiczne, które musi być monitorowane pod kątem zarówno założonych celów, jak i ponoszonych wydatków. Konieczna jest również integracja działań i uporządkowanie strumienia wydatków płynących na zdrowie publiczne.

Grzegorz Ziemniak: Mamy do czynienia zarówno z nowymi terapiami, jak i coraz lepszą diagnostyką. Jeśli jest więc coraz więcej ludzi dobrze zdiagnozowanych, to państwo musi odpowiadać możliwością zaoferowania obywatelom nowoczesnych terapii.

Spróbujmy odpowiedzieć na pytanie, jak zdrowie Polaków wpływa na ekonomię i gospodarkę Polski. Jeżeli długość życia społeczeństwa danego kraju podnosi się o jeden rok, to można liczyć, że PKB tego kraju wzrasta o 4 proc. Dla Polski byłaby to dodatkowa kwota w kasie publicznej – około 84 mld zł. To pokryłoby w całości budżet działań NFZ, i to z naddatkiem.

Odkąd Otto von Bismarck wprowadził pierwszy system emerytalny, państwo zaczęło inaczej patrzeć na kwestie zdrowia. Zdrowie należy do jednego z tych elementów, z powodu których zaczęliśmy zupełnie inaczej działać jako organizacje państwowe – wprowadzać różnego rodzaju systemy, które nie mają zarabiać na siebie, ale zabezpieczać dobrobyt obywatela i jego lojalność wobec państwa. Opierają się one na trochę innych zasadach niż zasada popytu i podaży.

Oczywiście należy wprowadzać nowe wskaźniki w nowoczesnych terapiach i zasady dostępu do tych terapii, które nie narażą całego systemu i konstytucyjnego prawa każdego obywatela do opieki

zdrowotnej, niemniej granice zawsze będą rozmyte, dokładnie nieokreślone, zwłaszcza w dynamicznej sytuacji i zmianach widocznych z roku na rok.

Mamy do czynienia zarówno z nowymi terapiami, jak i coraz lepszą diagnostyką. Jeśli coraz więcej ludzi jest dobrze diagnozowanych, to państwo musi odpowiadać możliwością zaoferowania obywatelom nowoczesnych terapii. Teraz należałoby się skupić na odwróceniu piramidy świadczeń, czyli na odejściu od świadczeń szpitalnych, budowaniu dobrostanu obywatela w jego miejscu zamieszkania, pracy – to jest wyzwanie o wymiarze gospodarczym, społecznym, politycznym, także mentalnym. Ze zdrowiem nie będzie się już kojarzył budynek szpitala, ale lekarz podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarka, położna, którzy przejmą wiele funkcji „miękkich" i będą działali na rzecz społeczności lokalnej. Będą bliżej tej osoby, która potrzebuje pomocy medycznej. I nie będzie to dotyczyło tylko opieki nad seniorami – choć w pierwszej kolejności o nich myślimy, bo ich dobre funkcjonowanie w zdrowiu ma wpływ właśnie na koszty pośrednie – lecz wszystkich obywateli. Człowiek ma jak najdłużej cieszyć się zdrowiem, być sprawny, pracować, dobrze funkcjonować społecznie, odprowadzać składki.

3.2.

Jak zwiększyć nakłady na ochronę zdrowia?

Mimo ustawy 6 proc. PKB środki przeznaczane na służbę zdrowia są za małe. – Jesteśmy w ogonie państw Unii Europejskiej, wyprzedzili nas nawet Czesi – mówiła dr Małgorzata Gałązka-Sobotka. Eksperci zwracali także uwagę na to, że w zdrowie inwestują sami pacjenci. Analizy ekonomiczne są nam potrzebne do tego, by jak najbardziej efektywnie wydawać nasze składki (dziś przy 9 proc. przeznaczanych na służbę zdrowia kupujemy za mało usług), a także pieniądze, które przeznaczamy na zdrowie z własnej kieszeni (w sumie ponad 40 mld zł rocznie). Najwięcej pieniędzy wydajemy na suplementy – preparaty bez potwierdzonego działania, tymczasem za taką kwotę można by na przykład wykupić dodatkowe ubezpieczenie.

Rozwiązaniem może być też podniesienie składki zdrowotnej, jak również akcyzy na te produkty, które szkodzą zdrowiu. Mowa tu o alkoholu, wyrobach tytoniowych, a także tych zawierających dużą ilość cukrów prostych. Rozważano także pobieranie opłat od punktów licencyjnych sprzedających wyroby tytoniowe, a jest ich w Polsce bardzo dużo, ok. 110–120 tysięcy. Oczywiście jednym z rozwiązań byłby wzrost stopnia zamożności Polaków: im więcej będziemy zarabiać, tym więcej będziemy płacić podatków i tym więcej Narodowy Fundusz Zdrowia będzie miał pieniędzy.

Podsumowując debatę, prof. Krzysztof Opolski stwierdził, że obywatele są gotowi podnieść składkę na ochronę zdrowia do 11 proc., ale muszą wiedzieć, na co będzie ona przeznaczona.

Dr n. o zdr. Michał Chojnacki: Zarówno zaawansowana analityka ekonomiczna na gruncie ochrony zdrowia, jak i dodatkowe źródła finansowania mogą pozwolić na stopniowe przywracanie pożądanej wydajności systemu.

Rozwiązania mające na celu szybką relokację środków w celu zwiększania nakładów na ochronę zdrowia powodować będą zmniejszenie finansowania w innych sektorach gospodarki publicznej, dla których budżety są już teraz niewystarczające w opinii ich interesariuszy. Wszelkim dyskusjom na gruncie finansowania ochrony zdrowia towarzyszyć powinna świadomość, że jesteśmy jednym z państw Europy wydającym ze środków publicznych na ochronę zdrowia najmniej od lat, a oczekiwania zdrowotne muszą wiązać się ze stosownymi kosztami odzwierciedlonymi w wysokości składki zdrowotnej. Przeskok z obecnego poziomu finansowania publicznej ochrony zdrowia – z 4,8 proc. PKB do planowanych 6 proc. w 2024 r. – stanowi wyzwanie samo w sobie i oznacza trudności w jego realizacji już w roku 2020. A obecna sytuacja – bardziej niż doraźnych przesunięć środków w i tak napiętym już budżecie – wymaga rozwiązań systemowych i mechanizmów długofalowych zwiększania efektywności alokacji i wydatkowania środków.

Wydatki finansowe związane z obciążeniem państwa w zakresie realizacji polityki zdrowotnej przerastają obecnie możliwości wielu rządów, nie tylko w Polsce. Wydaje się, że zarówno zaawansowana analityka ekonomiczna na gruncie ochrony zdrowia, jak i dodatkowe źródła finansowania

zdrowia mogą pozwolić na stopniowe przywracanie pożądanej wydajności systemu.

Rachunek ekonomiczny w służbie zdrowia zawsze będzie się trochę różnił, zawsze będziemy na niego brać poprawkę, gdyż wycena zdrowia i życia ludzkiego jest niezmiernie trudna. Sposobem na poprawę sytuacji są narzędzia do analizy i ekonomiki zdrowia i na nich trzeba się skupić. Bardziej na efektywności i potencjale ekonomicznym niż na zabieraniu środków innym sektorom i nagłym zastrzyku finansowym.

Barbara Misiewicz-Jagielak: Z każdej złotówki wydanej na lek wyprodukowany w Polsce 0,78 gr wraca do budżetu państwa.

Im więcej będziemy kupować leków wyprodukowanych w Polsce, tym więcej pieniędzy w postaci PKB wróci do budżetu państwa – z każdej złotówki – 0,78 gr. Ten sektor odprowadza do budżetu państwa ok. 4,5 mld zł rocznie w postaci m.in. podatków. Dla porównania: na leki refundowane NFZ wydaje 2,5 mld zł rocznie, a na opiekę psychiatryczną – 2 mld zł.

Marek Zuber: Nie ma takiej możliwości, żebyśmy osiągnęli wynikające z ustawy 6 proc. PKB na służbę zdrowia bez dodatkowych źródeł, dodatkowych wpłat do budżetu.

Ostatnie lata przyniosły wzrost wydatków na służbę zdrowia, także w stosunku do PKB. Stało się to głównie z powodu dwóch czynników. Oba związane są z okresem koniunktury, który obserwowaliśmy nie tylko w Polsce, lecz także w całej Europie, szczególnie w Europie Środkowo-Wschodniej. Przyspieszenie rozwoju gospodarczego zaowocowało wyraźnym wzrostem liczby miejsc pracy. Jednocześnie po raz pierwszy zaobserwowaliśmy istotny wzrost liczby ubezpieczonych cudzoziemców, szczególnie z Ukrainy. Nowe miejsca pracy w połączeniu z wyraźnym ograniczeniem podaży siły roboczej doprowadziły do znaczącego wzrostu wynagrodzeń. Większa liczba pracujących oraz wyższe wynagrodzenia w konsekwencji oznaczały większe środki wpłacane do Narodowego Funduszu Zdrowia. Ponieważ wzrost liczby miejsc pracy i wzrost wynagrodzeń były w ostatnich latach wyższe od założeń budżetowych państwa, przychody NFZ okazały się istotnie wyższe od planowanych. Już sam wzrost wynagrodzeń był większy niż wzrost PKB, stąd choćby tylko z tego tytuły rósł udział środków przeznaczanych na ochronę zdrowia w stosunku do PKB. Proces ten wyhamuje jednak w obliczu zwalniania całej gospodarki i osłabienia procesów mających swoje źródło w koniunkturze gospodarczej. Nie ma takiej możliwości, żebyśmy osiągnęli wynikające z ustawy 6 proc. PKB na służbę zdrowia bez dodatkowych źródeł, dodatkowych wpłat do budżetu.

Moim zdaniem dalsze znaczące zwiększenie wydatków na służbę zdrowia w Polsce może odbyć się na pięć sposobów, poprzez:

1. Podniesienie składki zdrowotnej. Wydaje się, że nie ma na to dzisiaj zgody społecznej. Stąd prawdopodobieństwo takich działań jest raczej niskie.
2. Zwiększenie finansowania ochrony zdrowia z budżetu. Ten element pojawił się zresztą w związku z przyjętą koncepcją zwiększenia wydatków na służbę zdrowia do 6 proc. PKB. Zgodnie z przepisami budżet państwa ma dokładać środki zgodnie z przyjętym modelem, aż do osiągnięcia poziomu 6 proc. PKB. Problem w tym, że realizacja projektów społecznych, przede wszystkim programu 500+, w istotny sposób ogranicza możliwości generowania środków z budżetu. Można domniemywać, że transfer środków będzie możliwy tylko wtedy, kiedy wprowadzi się podwyżki podatków lub parapodatków.
3. Wprowadzenie nowego podatku lub parapodatku bezpośrednio finansującego służbę zdrowia. Pojawi się tu jednak podobny problem jak przy składce zdrowotnej, czyli kwestia zgody społecznej na takie działania.
4. Wprowadzenie jakiejś formy dodatkowej płatności związanej z procedurami. Również na to nie ma zgody społecznej, zwłaszcza że ta opłata musiałaby być na tyle duża, aby realnie

poprawić sytuację związaną z finansowaniem służby zdrowia.

5. Stworzenie systemu dodatkowych dobrowolnych ubezpieczeń zdrowotnych. Tego typu szkieletowy system oparty na opłatach abonamentowych już w Polsce istnieje. Formalne wprowadzenie dodatkowych ubezpieczeń jest jednak związane z wieloma kwestiami, jak choćby tą dotyczącą równego dostępu do opieki zdrowotnej.

Prof. Piotr Czauderna: W miejsce działań punktowych powinno się stosować mechanizmy o charakterze długofalowym.

Obecne finansowanie systemu jest zdecydowanie niewystarczające, konieczne jest prowadzenie analiz ekonomicznych wydatkowania i gromadzenia środków na zdrowie. Oczywiście dodatkowych źródeł finansowania można poszukać poprzez: podniesienie składki zdrowotnej i poszerzenie bazy jej płatników, wzrost akcyzy, czyli opodatkowania szkodliwych produktów zdrowotnych (papierosy, opłaty licencyjne za sprzedaż alkoholu, napoje wysokosłodzone itd.), wprowadzenie dodatkowych ubezpieczeń, ewentualnie na końcu drogi – współfinansowanie, a także reformę i aktualizację koszyka świadczeń gwarantowanych.

Najważniejsze jednak jest to, aby podjąć działania w kierunku zmiany świadomości społeczeństwa co do przyzwolenia na zwiększenie danin na zdrowie połączone z budową zgody politycznej na dodatkowe źródła finansowania systemu ochrony zdrowia. Bardzo mocno trzeba podkreślić, że należy zmienić język debaty publicznej na ten temat: zrezygnować z uproszczenia, że to państwo sięga do kieszeni obywateli, na rzecz poglądu, że to my wszyscy musimy dołożyć się do wzrostu finansowania systemu ochrony zdrowia. Aby to osiągnąć, konieczne jest potraktowanie obywateli jako partnerów w podjęciu decyzji odnośnie wzrostu finansowania ochrony zdrowia ze wskazaniem, na co mają być przeznaczone dodatkowe środki. Równolegle ze zwiększaniem nakładów musi iść zwiększanie efektywności w sektorze ochrony zdrowia.

Na zakończenie debaty prof. P. Czauderna podsumował wypowiedzi wszystkich uczestników:

W trakcie dyskusji stwierdzono, że brakuje w Polsce oparcia systemowych decyzji na danych (możliwe byłoby wsparcie w tym zakresie ze strony Agencji Badań Medycznych). Bardzo mocno podkreślono konieczność oparcia polityki zdrowotnej na analizach i liczbach.

Wszyscy zgodzili się też, że sektor ochrony zdrowia należy rozumieć w kategoriach ekonomii, choć trzeba rozgraniczyć wycenę świadczeń i zaspokojenie potrzeb zdrowotnych pacjentów, rachunek ekonomiczny w ochronie zdrowia powinien zaś być inny niż w innych działach ekonomii. Sektor ochrony zdrowia ma bowiem inne cele niż pozostałe działy gospodarki – nakierowane przede wszystkim na osiągnięcie dobrych wyników zdrowotnych oraz satysfakcji pacjenta. Zaspokajanie potrzeb społecznych nie zawsze podlega mechanizmom rynkowym – dotyczy to w części także ochrony zdrowia.

Niewątpliwie w dyskusji na temat zdrowia nie można pominąć kategorii popytu i podaży, choć nie istnieje jeden model zaspokajania popytu. Podkreślono bardzo mocno, że od praw ekonomii, także w ochronie zdrowia, nie da się abstrahować. Bardzo ważna jest w tym aspekcie teoria kapitału ludzkiego, ujmująca nakłady na zdrowie jako inwestycję a nie koszt, choć jej przełożenie na zdrowie nie jest proste, ale pomocna może w tym być kategoria kosztów pośrednich. Zwrócono również uwagę na ekonomię behawioralną w aspekcie generowania optymalnych zachowań pacjentów i świadczeniodawców, a także podkreślono, że zwiększenie długości życia obywateli przekłada się na wyższe PKB kraju.

Istotną rolę w systemie ochrony zdrowia powinno odgrywać zdrowie publiczne, które musi być monitorowane pod kątem założonych celów i ponoszonych wydatków. Konieczna jest również integracja działań i uporządkowanie strumienia wydatków na zdrowie publiczne.

W drugiej części panelu mówiono o tym, jak zwiększyć nakłady na ochronę zdrowia. Postulowano stosowanie mechanizmów o charakterze długofalowym w miejsce działań punktowych. Podkreślono, iż obecne finansowanie systemu jest zdecydowanie niewystarczające i że konieczne jest prowadzenie analiz ekonomicznych wydatkowania i gromadzenia środków na zdrowie.

W zakresie konkretnych mechanizmów finansowania sugerowano: wzrost składki zdrowotnej i poszerzenie bazy jej płatników, wzrost akcyzy/opodatkowania szkodliwych produktów zdrowotnych (papierosy, opłaty licencyjne za sprzedaż alkoholu, napoje wysokosłodzone, itd.), wprowadzenie dodatkowych ubezpieczeń, ewentualnie na końcu drogi – współfinansowanie, a także reformę i aktualizację koszyka świadczeń gwarantowanych.

Najważniejszym jednak wnioskiem płynącym z drugiej części panelu jest konieczność podjęcia działań w kierunku zmiany świadomości społeczeństwa co do przyzwolenia na zwiększenie danin na zdrowie, połączone z budową zgody politycznej na dodatkowe źródła finansowanie systemu ochrony zdrowia. Bardzo mocno wybrzmiało stwierdzenie, że należy zmienić język debaty publicznej na ten temat: zrezygnować z uproszczenia, że to państwo sięga do kieszeni obywateli po zdrowie, na rzecz poglądu, że to my wszyscy musimy dołożyć się do wzrostu finansowania systemu. Dla osiągnięcia tego celu konieczne jest potraktowanie obywateli jako partnerów decyzji co do wzrostu finansowania ochrony zdrowia ze wskazaniem na co mają być przeznaczone dodatkowe środki oraz z równoczesnym zwiększaniem nakładów i efektywności w sektorze ochrony zdrowia.

Dr n. ekon. Adam Niedzielski: Powinny być specjalnie dedykowane tytuły, które będą z nas zdejmowały konieczność ubiegania się w strefach politycznych o pieniądze.

Pieniądze muszą być wydawane w sposób efektywny. Nad efektywnością musimy pracować po to, aby budować wiarygodność sektora zdrowia, aby była zgoda społeczna na wydatkowanie większych środków. Skąd je brać? Powinny być specjalnie dedykowane tytuły, które będą z nas zdejmowały konieczność ubiegania się o pieniądze w strefach politycznych. W tym roku wpływy z podatku dochodowego od osób fizycznych w formie składki wzrosły – budżet zwiększył się o ponad 5 mld zł. Podczepienie tytułów dochodowych pod konkretny tytuł dedykowany to jest pewien element niezależnego finansowania dla zdrowia. „Sin-taxy", czyli dedykowane przychody, pozwalają unikać stawania każdego roku do przetargu budżetowego o dodatkowe środki.

Dr n. ekon. Małgorzata Gałązka-Sobotka: Powinniśmy rozmawiać ze społeczeństwem, podnosić jego świadomość i dawać narzędzia do tego, aby nakłady na zdrowie czynione z naszego portfela, czy to w postaci składki zdrowotnej, czy dodatkowego ubezpieczenia, były dobrze ulokowane.

Ostatnie statystyki OECD pokazały, że mimo ustawy 6 proc., w której zadeklarowaliśmy, że dynamicznie idziemy w kierunku zwiększania środków na służbę zdrowia, zatrzymaliśmy się na 4,5 proc. PKB publicznych wydatków na zdrowie, co plasuje nas w ogonie krajów objętych statystyką. Wszyscy nasi sąsiedzi o tym samym poziomie rozwoju gospodarczego wyprzedzili nas – na przykład Czesi o 2 proc. PKB. Zatem powinniśmy szukać pieniędzy i rozmawiać z największymi inwestorami w zdrowie – a są nimi obywatele. Powinniśmy rozmawiać ze społeczeństwem, podnosić jego świadomość i dawać narzędzia do tego, aby nakłady na zdrowie czynione z naszego portfela, czy to w postaci składki zdrowotnej, czy dodatkowego ubezpieczenia, były dobrze ulokowane. Analizy są potrzebne do tego, abyśmy wiedzieli, co możemy kupić za pieniądze z podniesionej składki zdrowotnej. Polacy wydają ponad 40 mld zł rocznie z własnej kieszeni na zakup suplementów, mimo że nie mają one udowodnionej skuteczności. Te pieniądze można by na przykad wykorzystać na wykupienie dodatkowego ubezpieczenia zdrowotnego. Musimy rozmawiać o nowych rozwiązaniach, dodatkowych składkach, dodatkowych źródłach finansowych typu akcyza – nałożeniu jej na te produkty, które absolutnie szkodzą zdrowiu. Jako płatnicy musimy wyłożyć więcej pieniędzy, by dostać więcej, a państwo ma udowodnić, że tych pieniędzy nie zmarnuje.

Dr n. med. Grzegorz Juszczyk: Dzisiejsze przychody z akcyzy i podatku VAT od wyrobów tytoniowych i napojów alkoholowych to prawie 60 mld zł. Jakaś część tej kwoty mogłaby być zainwestowana w zdrowie.

Nakłady na ochronę zdrowia możemy zwiększyć poprzez:

- podwyższenie składki zdrowotnej do 11 proc., z uwzględnieniem dyskusji, jak podzielić te dodatkowe 2 pkt. proc. – ile ma płacić pracodawca, a ile płatnik,
- zwiększenie opodatkowania produktów o udowodnionym negatywnym wpływie na zdrowie. Dzisiejsze przychody z akcyzy i podatku VAT wyrobów tytoniowych i napojów alkoholowych to prawie 60 mld zł. Jakaś część tej kwoty mogłaby być zainwestowana w zdrowie. Także dodatkowe opodatkowanie wyrobów szkodliwych zawierających wysoką ilość cukrów,
- pobieranie opłat licencyjnych od punktów sprzedaży alkoholu – jest ich ponad 120 tys. w Polsce, a także wyrobów tytoniowych.

Prof. Ewelina Nojszewska: Składką powinni być objęci wszyscy i powinna być ona wyższa.

Jak zwiększyć nakłady na ochronę zdrowia?

1. Składką powinni być objęci wszyscy i powinna być wyższa.
2. Z budżetu, z pieniędzy ogólnych powinny być przeznaczane większe środki na służbę zdrowia.
3. Należy uregulować w racjonalny sposób możliwość rozwoju ubezpieczeń komercyjnych, prywatnych.
4. Współfinansowanie.

Grzegorz Ziemniak: Konieczna jest reforma koszyka świadczeń gwarantowanych.

1. Koszyk świadczeń gwarantowanych jest dość mocno rozdęty, bo za dużo jest rzeczy refundowanych, dlatego należy przeprowadzić jego reformę.
2. Edukacja, inwestycje w zdrowie publiczne, budowanie właściwych zachowań i świadomości już od przedszkola.
3. Dodatkowe ubezpieczenia zdrowotne.
4. Racjonalna polityka sprzętowa, jak i lekowa.
5. Telemedycyna jako odpowiedź na braki kadrowe.
6. Koordynacja działań.
7. Budżet przeznaczony na służbę zdrowia powinien znajdować się w dyspozycji jednego podmiotu.

Dr n. med. Konstanty Radziwiłł: Na razie stały wzrost publicznych nakładów na ochronę zdrowia gwarantuje ustawa 6 proc. i należy ją konsekwentnie realizować.

Mechanizm przyjęty w tzw. ustawie 6 proc. gwarantuje nie tylko wzrastający minimalny poziom publicznego finansowania ochrony zdrowia, lecz także zapewnia brakujące do gwarantowanego poziomu środki w systemie powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego, które uzupełnia się odpowiednią dotacją z budżetu państwa. Należy podkreślić, że ustawa gwarantuje poziom minimum, ale nie zabrania finansowania służby zdrowia na jeszcze wyższym poziomie. W ostatnich latach można obserwować właśnie takie zjawisko.

Na razie stały wzrost publicznych nakładów na ochronę zdrowia gwarantuje ustawa 6 proc. i należy ją konsekwentnie realizować. Jednocześnie trzeba podnieść efektywność wykorzystania dodatkowych środków (np. poprzez wzmocnienie roli podstawowej opieki zdrowotnej, zmianę systemu finansowania POZ na bardziej motywacyjny oraz racjonalną standaryzację opieki).

Dr hab. Adam Fronczak: Zwiększenie nakładów na służbę zdrowia można wdrożyć poprzez: zwiększenie kwoty przeznaczanej z PKB na zdrowie, zwiększenie składki zdrowotnej, ubezpieczenia dodatkowe i współfinansowanie wybranych procedur medycznych.

Zwiększenie nakładów na służbę zdrowia można wdrożyć poprzez: zwiększenie kwoty przeznaczanej z PKB na zdrowie, zwiększenie składki zdrowotnej, ubezpieczenia dodatkowe i współfinansowanie wybranych procedur medycznych.

Polacy nigdy nie będą gotowi na dalsze zwiększanie swoich wydatków na zdrowie. Trzeba im wyjaśnić bardzo rzeczowo i uczciwie, że nowoczesna medycyna wymaga większych pieniędzy i pokazać na przykładach wybranych chorób, jak wzrosła kosztochłonność leczenia, diagnostyki i wielu innych obszarów medycznych.

4 Kształtowanie postaw prozdrowotnych i budowanie odpowiedzialności za własne zdrowie

Od lat promowane jest hasło: „Twoje zdrowie w twoich rękach". Niestety obowiązek, jakim jest dbanie o siebie, jest wciąż jeszcze lekceważony przez znaczny odsetek Polaków. – Wiele osób nie pamięta o badaniach profilaktycznych, nie chce rzucić palenie papierosów, nie chce zrezygnować z siódmej kawy w ciągu dnia, chociaż wiadomo, że jej nadmiar szkodzi – mówił podczas Kongresu prof. Jerzy Woy-Wojciechowski, przypominając, że w Polsce mamy wciąż 9 mln palaczy i duży odsetek źle odżywiających się ludzi. Ponadto – jak zauważył prof. Wiesław Osiński – przeciętny Polak z *homo sapiens* staje się *homo sedens*, czyli człowiekiem siedzącym. Siedzenie jest coraz częściej porównywane z paleniem, bo jego skutki dla zdrowia mogą być równie, a czasem nawet bardziej niebezpieczne od nikotyny. Zmiana nawyków żywieniowych oraz zwiększenie aktywności fizycznej dzieci, młodzieży, osób dorosłych, a także seniorów to wątki, które poruszano podczas wszystkich paneli i debat dotyczących profilaktyki chorób cywilizacyjnych.

Człowiek, który czuje się odpowiedzialny za swoje zdrowie, pamięta o badaniach profilaktycznych. Wykonuje je z własnej inicjatywy albo w ramach proponowanych dostępnych programów profilaktyki zdrowia. Niestety, jak zwracali uwagę kolejni eksperci, nie wszyscy pacjenci objęci takimi programami są skłonni poddawać się proponowanym badaniom. A odsetek takich osób nie jest wcale mały. Na przykład z zaproszeń na cytologię, które wysyłano w ramach programu prewencyjnego raka szyjki macicy, skorzystało – jak oszacowano – zaledwie 20 proc. zapraszanych kobiet, donosił prof. Włodzimierz Sawicki. Polki od lat namawiane są do regularnego wykonywania badań cytologicznych, a wciąż jest wiele przypadków, w których chorobę diagnozuje się w zaawansowanym stadium.

Kolejni prelegenci wskazywali na fakt, że dotychczasowe sposoby promocji zdrowia w Polsce zawodzą. Po latach uświadamiania Polakom zasad zdrowej diety, namawiania do aktywności fizycznej, zachęcania do zaniechania palenia i wykonywania badań profilaktycznych mamy wciąż znaczny odsetek osób, które nabytej z różnych źródeł wiedzy dotyczącej profilaktyki nie wprowadzają w życie i narażają się tym samym na większe ryzyko rozwoju chorób. Dotychczasowe działania opierały się na założeniu, że zdrowie jest dla wszystkich najważniejszą wartością. Tak jest, ale tylko w deklaracjach, a nie w praktyce życia codziennego. Dziś nie ulega wątpliwości, że wdrożenie zdrowego trybu życia przerasta możliwości wielu osób. Z kolei jednym z powodów odmowy badań profilaktycznych, takich jak kolonoskopia, mammografia czy cytologia, jest rakofobia, wskazywała dr Małgorzata Synowiec-Piłat, i zaznaczyła, że skuteczność wielu akcji profilaktycznych można by zwiększyć dzięki wsparciu ze strony psychologów oraz

socjologów. Jak podkreślała, wykorzystanie wiedzy z zakresu socjologii w działaniach promujących zdrowie może być niezwykle pomocne, jeżeli chcemy zapewnić jak największą skuteczność podejmowanych interwencji prozdrowotnych.

Prelegenci byli zgodni co do tego, że dotychczasowa profilaktyka nie przynosi oczekiwanych efektów, a realizowane dotąd programy lokalne, regionalne oraz ogólnokrajowe nie są wystarczająco spójne i racjonalnie koordynowane. Wielu z nich podkreślało potrzebę stworzenia rozwiązań systemowych w skali całego kraju. Istotnym elementem, jak wskazywało wielu uczestników Kongresu, jest racjonalne spojrzenie na strukturę zarządzania zdrowiem w Polsce. Trzeba zastanowić się, jak skoncentrować działania zdrowotne i prozdrowotne. Jedno prężnie działające centrum zarządzania zdrowiem w Polsce mogłoby przejąć kompetencje i działania, które obecnie znajdują się w gestii różnych ministerstw.

Zastanawiając się, jak zbudować skuteczny system profilaktyki prozdrowotnej w Polsce, uczestnicy kolejnych dyskusji i debat odwoływali się do alarmujących danych GUS na temat zdrowia Polaków. – Dane dotyczące umieralności są jednymi z istotniejszych danych demograficznych z punktu widzenia oceny sytuacji epidemiologicznej i zdrowotnej ludności Polski. Wybrane współczynniki, np. współczynnik zgonów niemowląt, są „papierkiem lakmusowym" postępu dokonującego się w medycynie, działań prowadzonych przez państwo w zakresie profilaktyki i efektywności leczenia czy dostępności do określonych usług medycznych. W sposób jednoznaczny wskazują obszary, na które należy kierować uwagę i środki, mówiła Dorota Szałtys, oraz te, które – ze względu na podjęte działania – przestają być newralgiczne i priorytetowe. Sytuacja epidemiologiczna z powodu przedwczesnej umieralności powinna być priorytetem dla instytucji odpowiedzialnych za kondycję zdrowotną społeczeństwa, jakość opieki zdrowotnej i prowadzonych działań profilaktyczno-zaradczych w tym zakresie, reasumowała D. Szałtys.

Odnosząc się do danych statystycznych pokazujących, że mimo obserwowanego spadku umieralności w Polsce przeciętna długość życia mieszkańców naszego kraju jest zdecydowanie krótsza niż w krajach UE, szczególnie w ostatnich dwóch latach, eksperci różnych dziedzin medycyny wskazywali te obszary zdrowia, w których wdrożenie działań związanych z profilaktyką wydaje się najpilniejsze. Z kolei realizatorzy dotychczasowych programów, przedstawiciele organizacji pacjenckich i psychologowie, korzystając z zebranych wcześniej doświadczeń, przedstawiali pomysły rozwiązań, dzięki którym można zwiększyć skuteczność oddziaływania na pacjentów w różnym wieku, a tym samym – poprawić efektywność realizowanych w przyszłości działań związanych z profilaktyką zdrowia.

– I Kongres „Zdrowie Polaków" 2019 to dopiero początek dyskusji zmierzającej do poprawienia profilaktyki zdrowotnej w Polsce – podkreślał inicjator Kongresu prof. Henryk Skarżyński. Pomysł zorganizowania pierwszego takiego kongresu został doceniony przez wielu jego uczestników. – Mamy okazję się przekonać – mówił Jakub Gołąb – co znaczy determinacja jednego człowieka, który potrafi zgromadzić wokół siebie ludzi mających równie dużo zapału co on, by tworzyć tak szeroko zakrojone akcje jak Program „Po Pierwsze Zdrowie". Podsumowanie tego programu miało miejsce podczas debaty plenarnej „Największe zagrożenia zdrowotne dla naszego społeczeństwa". Charakter podsumowania miała także debata plenarna Medycznej Racji Stanu powołanej do życia w 2016 r. W czasie Kongresu przypominano o wielu akcjach i inicjatywach prozdrowotnych podejmowanych przez rozmaite organizacje związane z ochroną zdrowia.

– W obradach i dyskusji o zdrowiu nie może zabraknąć nikogo – żadnego pokolenia, żadnego środowiska, żadnej grupy społecznej, żadnego autorytetu osobowego i społecznego – podkreślał podczas otwarcia prof. H. Skarżyński. I Kongres „Zdrowie Polaków" 2019 zgromadził przedstawicieli wszystkich środowisk związanych z szeroko rozumianą profilaktyką, dlatego wnioski z debat i paneli zostaną wykorzystane w pracach nad tworzeniem strategii ochrony zdrowia w Polsce.

W dalszej części tego rozdziału przedstawiamy głosy ekspertów na temat kondycji zdrowia Polaków w różnym wieku, efektywności realizowanych dotąd programów profilaktycznych oraz konieczności zintensyfikowania tych działań w celu zapobiegania chorobom, które stanowią największe zagrożenie dla zdrowia w naszym kraju i są obecnie największym wyzwaniem dla systemu ochrony zdrowia.

Małgorzata Cierniak-Piotrowska, Dorota Szałtys: Dysponowanie rzetelną informacją o zgonach i umieralności według przyczyn jest kluczowe dla polityki zdrowotnej i budowania strategii długofalowych w zakresie ochrony zdrowia oraz oceny ich skuteczności.

Dane dotyczące umieralności są jednymi z istotniejszych danych demograficznych z punktu widzenia oceny sytuacji epidemiologicznej i zdrowotnej ludności Polski. Wybrane współczynniki z tego zakresu, np. współczynnik zgonów niemowląt, są „papierkiem lakmusowym" postępu dokonującego się w medycynie, działań prowadzonych przez państwo w zakresie profilaktyki i efektywności leczenia czy dostępności do określonych usług medycznych. W sposób jednoznaczny wskazują obszary, na które należy kierować uwagę i środki oraz te, które ze względu na podjęte działania przestają być newralgiczne i priorytetowe.

W latach 1992–1998 obserwowany był systematyczny spadek umieralności; od 2003 r. nastąpił jej powolny wzrost – rejestrowano ok. 365–380 tys. zgonów rocznie. Natężenie zgonów w Polsce nie zmienia się istotnie – rośnie, ale tempo wzrostu jest niewielkie i w miarę jednostajne; współczynnik zgonów w 2018 r. wyniósł 10,8, tj. o 0,3 pkt. prom. więcej niż w roku 2017.

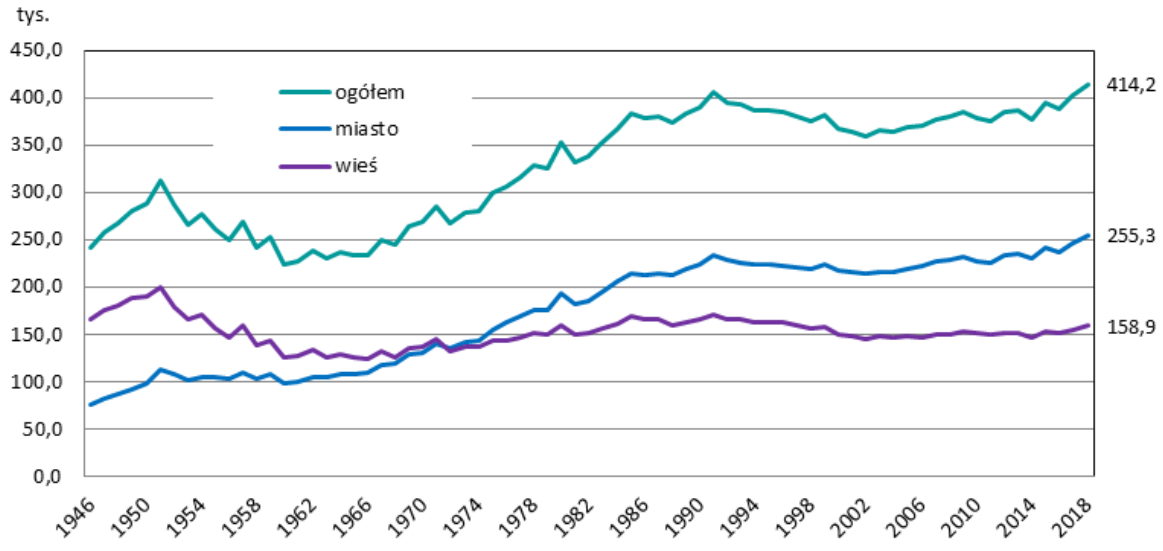
Należy oczekiwać, że liczba i natężenie zgonów nadal będzie wzrastać z powodu systematycznego wzrostu liczby i odsetka osób w najstarszych grupach wieku. Średnioroczna liczba zgonów w minionych latach XXI w. wyniosła niespełna 380 tys. (współczynnik zgonów kształtował się na poziomie ok. 10 proc.). W latach 90. ubiegłego wieku oraz na początku bieżącego stulecia umieralność mieszkańców wsi była zdecydowanie wyższa niż ludności miast (różnica wartości współczynnika sięgała 1–2 proc.), obecnie natężenie zgonów w miastach jest nieco wyższe i w 2018 r. wyniosło 11,1 proc. (na wsi 10,4 proc.).

W ogólnej liczbie ok. 414 tys. osób zmarłych w 2018 r. prawie 52 proc. stanowili mężczyźni, a mediana wieku zmarłych wyniosła 77 lat (dla mężczyzn 71 lat, dla kobiet 83 lata), podczas gdy w 2000 r. było to odpowiednio: 73 lata, 69 lat i 78 lat.

Natężenie umieralności jest zróżnicowane w zależności od płci i wieku. W Polsce od szeregu lat obserwuje się zjawisko wysokiej nadumieralności mężczyzn, tj. współczynniki zgonów dla mężczyzn są wyższe niż dla kobiet, co jest już widoczne wśród chłopców.

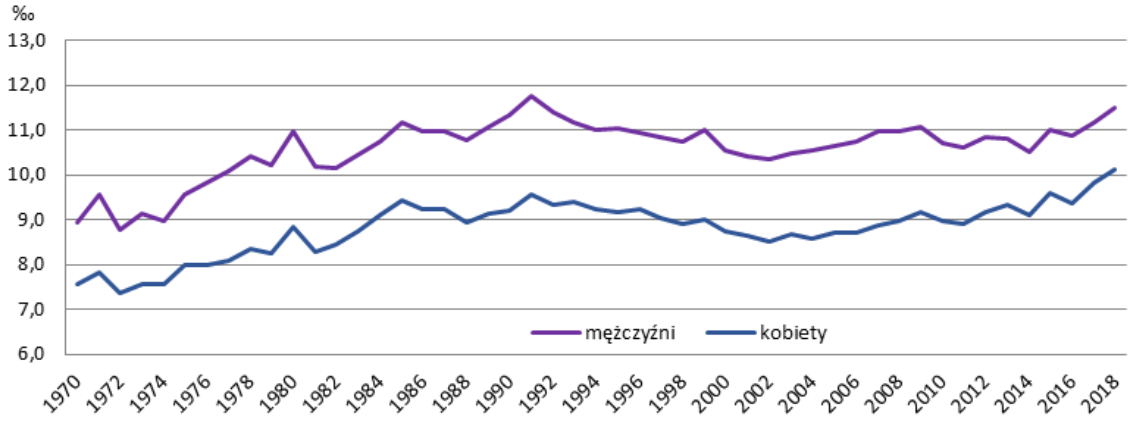
W młodszych grupach wieku wielkości współczynników są niewielkie (dla kobiet ok. 1,5, a dla mężczyzn 2,3 na 10 tys. ludności danej płci), ale w grupie wieku około 20–44 lata stają się 3-krotnie wyższe dla mężczyzn, w tym dla 20-latków (20–29 lat) różnica sięga 4 razy (2,6 do 9,9).

Wraz ze wzrostem wieku natężenie zgonów także staje się coraz wyższe, a w najstarszych



Wykres 1. Zgony w latach 1946–2018

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych GUS.



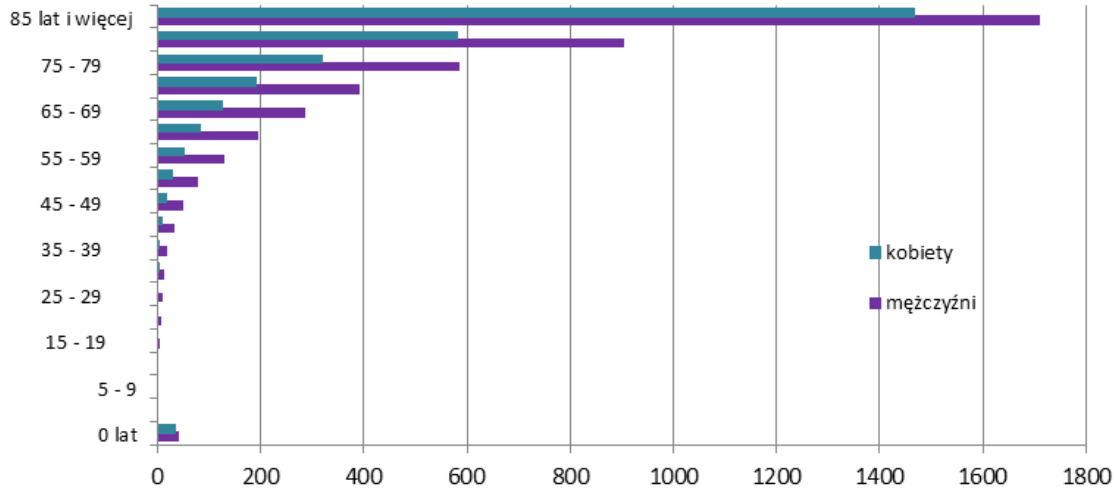
Wykres 2. Współczynnik zgonów według płci w latach 1970–2018
Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych GUS.

rocznikach – rośnie wręcz lawinowo. Ale też wielkości współczynników dla płci zaczynają się wyrównywać: na każde 10 tys. mężczyzn w wieku co najmniej 85 lat w ciągu roku umiera ich ponad 1700, a wśród kobiet – prawie 1500.

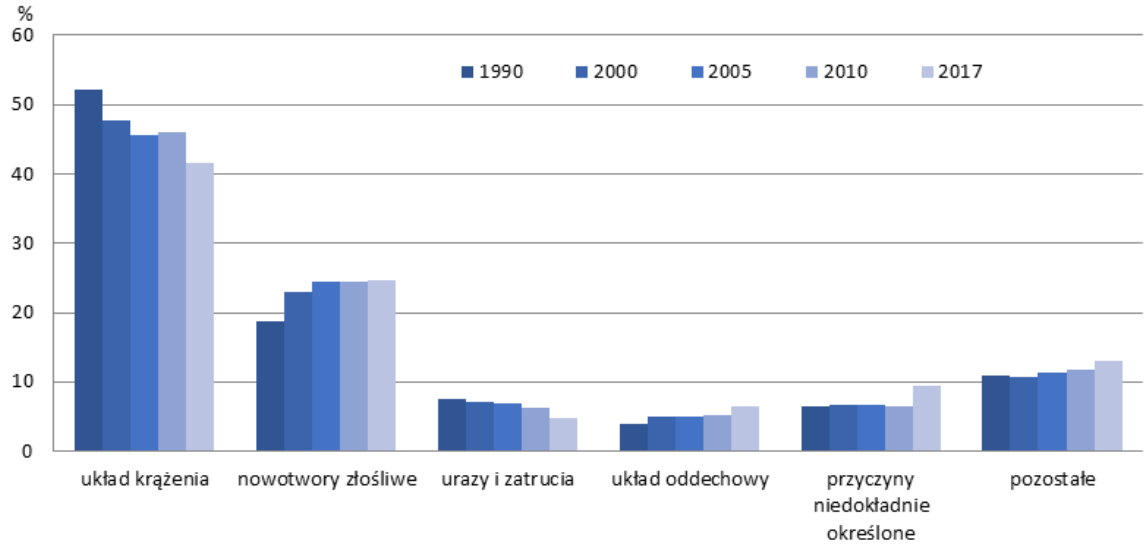
Zróżnicowanie według płci i wieku dotyczy także oddziaływania przyczyn zgonów. W zbiorowości mężczyzn poniżej 50 roku życia najczęstszymi przyczynami zgonów są przyczyny zewnętrzne, czyli skutki urazów, wypadków i zatruć. Relatywnie mniej zgonów przyczyny te powodują wśród osób starszych. Mężczyźni od 45 roku życia umierają przede wszystkim na choroby układu krążenia i udział tych zgonów systematycznie rośnie wraz z wiekiem. Dla młodych kobiet, podobnie jak dla mężczyzn, najgroźniejsze są przyczyny zewnętrzne, ale już wśród kobiet w wieku 30–79 lat najwięcej zgonów powodują nowotwory. Struktura zgonów według najważniejszych grup przyczyn utrzymuje się w Polsce od wielu lat.

Głównymi przyczynami zgonów w Polsce są choroby układu krążenia (ChUK) i choroby nowotworowe; stanowią one blisko 70 proc. wszystkich zgonów. Do niedawna trzecią grupą przyczyn były urazy i zatrucia, stanowiące ok. 6 proc. wszystkich zgonów. Od 2015 r. ich miejsce zajęły choroby układu oddechowego, których udział kształtuje się obecnie na poziome 6,5 proc.

W przypadku umieralności z powodu chorób układu krążenia od kilku lat obserwuje się istotną poprawę. W 2017 r. były przyczyną ok. 42 proc. wszystkich zgonów, podczas gdy w pierwszej połowie lat



Wykres 3. Natężenie zgonów według płci i wieku w 2018 r. (współczynniki na 10 tys. ludności danej płci i grupy wieku)
Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych GUS.



Wykres 4. Zgony według przyczyn w latach 1990–2017
Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych GUS.

90. stanowiły ok. 52 proc. ogółu (na początku tego stulecia – prawie 48 proc.). Wśród kobiet umieralność w wyniku chorób układu krążenia jest zdecydowanie wyższa niż wśród mężczyzn. W 2017 r. udział tej grupy przyczyn w ogólnej liczbie zgonów kobiet wyniósł ok. 47 proc. (w 1990 r. wynosił ok. 57 proc., a w 2000 r. – 53 proc.). Wśród mężczyzn odsetek jest o ok. 10 pkt. proc. niższy i wynosił odpowiednio: obecnie – ok. 37 proc., w 2000 r. – 43 proc. oraz w 1990 r. – 48 proc. Umieralność w wyniku chorób układu krążenia jest zróżnicowana według wieku. Wśród osób starszych (w wieku 65 lat i więcej) choroby te stanowią przyczynę blisko 48 proc. zgonów, wśród osób w wieku poniżej 65 lat – ok. 22 proc.

Niekorzystnym zjawiskiem jest szybki wzrost liczby zgonów powodowanych chorobami nowotworowymi, przy jednoczesnym wzroście liczby nowych zachorowań. W 1990 r. nowotwory złośliwe były przyczyną prawie 19 proc. zgonów, w 2000 r. stanowiły 23 proc., a w 2017 r. już prawie 1/4. Choroby nowotworowe są częstszą przyczyną zgonów wśród mężczyzn (stanowią ponad 26 proc. zgonów) niż wśród kobiet (ok. 23 proc. zgonów) oraz wśród osób w wieku poniżej 65 lat, gdzie są przyczyną blisko 1/3 zgonów (a wśród osób starszych – niespełna 23 proc.).

Podobnie niepokojącym zjawiskiem – obserwowanym od zaledwie kilku lat – jest wzrost liczby zgonów z powodu chorób układu oddechowego. W 2017 r. stanowiły one prawie 7 proc. wszystkich zgonów, podczas gdy w 1990 r. zaledwie 4 proc. (w 2000 r. – 5 proc.). Odsetek nie jest znacząco zróżnicowany ze względu na płeć; w 2017 r. choroby układu oddechowego były odpowiedzialne za 6 proc. zgonów kobiet i niespełna 7 proc. mężczyzn. Większy wpływ na zróżnicowanie wielkości wskaźnika ma wiek. Wśród osób w wieku 65 lat i więcej choroby układu oddechowego są niemal dwukrotnie częściej występującą przyczyną zgonów niż wśród osób do 65 roku życia – w 2017 r. było to odpowiednio: ponad 7 proc. i ponad 4 proc.

Stopniowo zmniejsza się odsetek zgonów powodowanych urazami i zatruciami, które w 2017 r. stanowiły niespełna 5 proc. wszystkich zgonów, wobec prawie 8 proc. na początku lat 90. ubiegłego stulecia (w 2000 r. były przyczyną 7 proc. zgonów). W tym przypadku występuje duże zróżnicowanie umieralności według płci (wśród mężczyzn urazy i zatrucia stanowią blisko 7 proc. przyczyn, a wśród kobiet tylko niespełna 3 proc.), a także według wieku, tj. wśród dzieci i osób młodych (w wieku 10–34 lata) urazy i zatrucia są przyczyną od 34 proc. do 66 proc. zgonów. Szczególnie wysokie wartości wskaźnik przyjmuje w grupie wieku 15–19 lata, gdzie co trzeci zgon jest wynikiem urazu lub zatrucia. W przypadku chłopców zgony z tego powodu stanowią 75 proc. wszystkich zgonów w tym wieku, natomiast wśród dziewcząt odpowiadają za połowę przedwczesnych zgonów.

Dodatkowo bardzo niepokojącym zjawiskiem jest rosnąca – na przestrzeni ostatnich niemal 30 lat – liczba samobójstw wśród nastolatków (w wieku 15–19 lat). Szczególnie gwałtowny wzrost obserwowano

w latach 90. ubiegłego wieku, tj. od notowanego na poziomie 10 proc. udziału na początku lat 90. do ponad 16 proc. w 2000 r. Od 2004 r. poziom samobójstw wśród młodzieży kształtuje się na poziomie ok. 20 proc. Przy czym w 2011 r. było to niespełna 18 proc., natomiast w 2014 r. – ponad 23 proc. Ten wysoki udział nadal się utrzymuje i – pomimo istotnego spadku ogólnej liczby zgonów wśród młodych osób – zamachy samobójcze w 2017 r. stanowiły przyczynę prawie 1/5 zgonów wśród nastolatków.

Analizując przyczyny zgonów w Polsce należy podkreślić stosunkowo wysoki – wynoszący ponad 9 proc. – udział zgonów, w przypadku których przyczyny nie zostały dokładnie określone (jest to specjalnie wydzielona w orzecznictwie, tj. w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych, grupa zdarzeń medycznych służąca do klasyfikacji przypadków zgonów, dla których nie zidentyfikowano konkretnej przyczyny); odsetek tych orzeczeń w Polsce jest jednym z najwyższych w Unii Europejskiej. Szczególnie zaskakujący i niepokojący jest również ich wysoki udział wśród osób do 65. roku życia – w 2017 r. było to 13 proc. (wśród osób powyżej 65 lat nieco ponad 8 proc.).

Jeszcze gorzej przedstawia się sytuacja, gdy przy analizie przyczyn zgonów zostanie wzięta pod uwagę umieralność z powodu tzw. *garbage codes* (GC). GC to termin wprowadzony w 1996 r. przez Murraya i Lopeza w celu określenia wszystkich przyczyn zgonów, które nie są przydatne do analiz zdrowia publicznego i umieralności. Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) definiuje *garbage codes* jako kody odpowiadające niedokładnym i nieścisłym opisom stanów i chorób, które uniemożliwiają precyzyjne określenie przyczyny zgonu.

Polska jest krajem o 100-procentowej kompletności rejestracji zgonów, jest jednak również krajem o bardzo niskiej jakości informacji o przyczynach zgonów. Z danych dotyczących 2017 r. wynika, że w przypadku 28,1 proc. zgonów (ponad 113 tys.) lekarze orzekający zgon nieprawidłowo opisali jego przyczyny. Podstawowym problemem jest pominięcie chronologicznego opisu łańcucha przyczyn/chorób odpowiedzialnych za zgon chorego lub nieprawidłowe jego przedstawienie, a w konsekwencji niewłaściwe lub nieprecyzyjne wskazanie wyjściowej przyczyny zgonu.

Powodem wysokiego odsetka zgonów z przyczynami określanymi jako *garbage codes* jest nadmierne używanie bezużytecznych opisów i określeń z zakresu chorób układu krążenia. Liczba bezużytecznych opisów z zakresu ChUK jest wysoka – obecnie stanowią one ponad 40 proc. orzeczeń dla zgonów w wyniku chorób układu krążenia oraz prawie 2/3 wszystkich zgonów oznaczonych jako GC, co z kolei przekłada się na prawie 17 proc. ogólnej liczby zgonów w Polsce (69 tys. w 2017 r.).

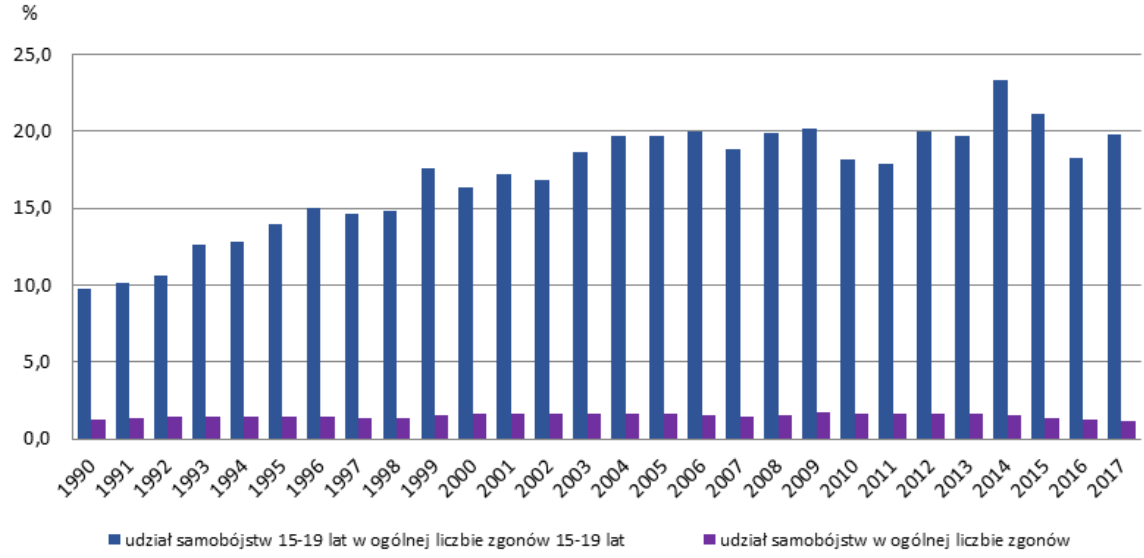
Pozytywnym zjawiskiem jest natomiast obserwowany nieprzerwanie spadek umieralności dzieci w wieku 1–14 lat. Szczególnie niska jest umieralność dzieci w wieku 5–14 lat, zwłaszcza w porównaniu z kolejnymi, starszymi grupami wieku. W 2017 r. na każde 100 tys. dzieci w wieku 1–14 lat odnotowano niespełna 13 zgonów (w 2000 r. było ich 22, a na początku lat 90. ubiegłego wieku – 36). W miastach współczynnik ten był niższy niż na wsi (odpowiednio 12 i 13).

Podstawowymi przyczynami zgonów w tej grupie wieku są urazy i zatrucia, które stanowią ponad 1/4 wszystkich zgonów. Kolejną grupę przyczyn stanowią wady rozwojowe wrodzone (szczególnie w grupie 1–4 lata), które odpowiadają za ponad 21 proc. wszystkich zgonów dzieci, nowotwory złośliwe (blisko 19 proc. wszystkich zgonów), choroby układu nerwowego i narządów zmysłu (blisko 10 proc.) oraz choroby układu oddechowego (prawie 9 proc.).

Stałemu spadkowi umieralności dzieci towarzyszy także trend malejącej umieralności niemowląt. W 2018 r. odnotowano 1,5 tys. zgonów dzieci w wieku poniżej 1. roku życia – o ponad 100 mniej niż rok wcześniej. Współczynnik wyrażający liczbę zgonów niemowląt na 1000 urodzeń żywych wyniósł 3,8 proc., tj. o połowę mniej niż na początku tego wieku oraz prawie 5 razy mniej niż notowany na początku lat 90. ubiegłego wieku.

Z ogólnej liczby zmarłych niemowląt ponad 70 proc. umiera przed ukończeniem pierwszego miesiąca życia (w okresie noworodkowym), w tym ponad połowa w okresie pierwszego tygodnia życia. Przyczyną ponad połowy zgonów niemowląt są choroby i stany okresu okołoporodowego, czyli powstające w trakcie trwania ciąży i w okresie pierwszych 6 dni życia noworodka. Przyczyną kolejnych 37 proc. zgonów są wady rozwojowe wrodzone, a pozostałe zgony są powodowane chorobami nabytymi w okresie niemowlęcym lub urazami.

Obniżanie się poziomu umieralności niemowląt, a także stosunkowo niska liczba urodzeń martwych skutkują także spadkiem natężenia umieralności okołoporodowej, której współczynnik obecnie wynosi ok. 5,3 proc. wobec 19,5 proc. w 1990 r. (w 2000 r.



Wykres 5. Udział samobójstw wśród zgonów ogółem w latach 1990–2017
Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych GUS.

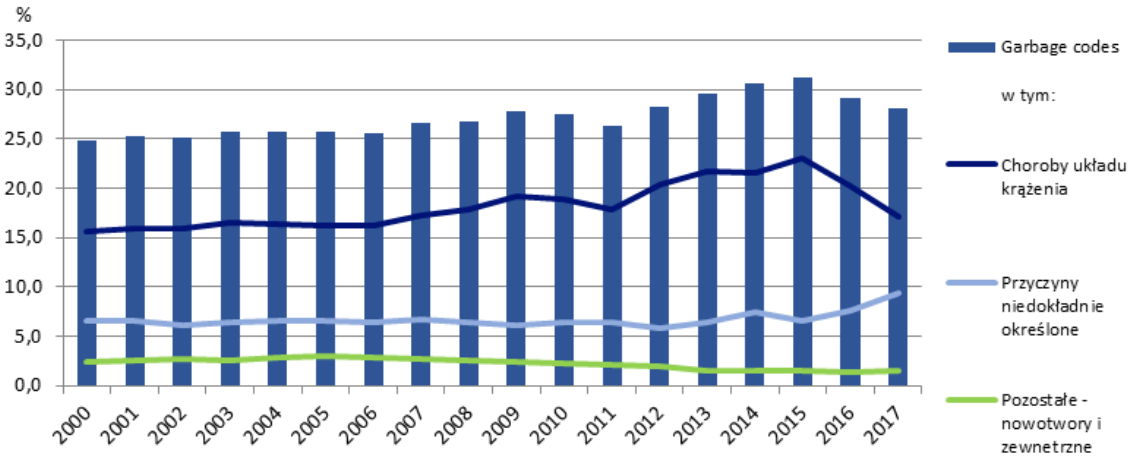
wyniósł 9,7 proc.). Umieralność okołoporodowa jest jednym z podstawowych czynników określających kondycję zdrowotną ludności – obok ogólnego natężenia zgonów i parametrów trwania życia.

Polska na tle krajów Unii Europejskiej

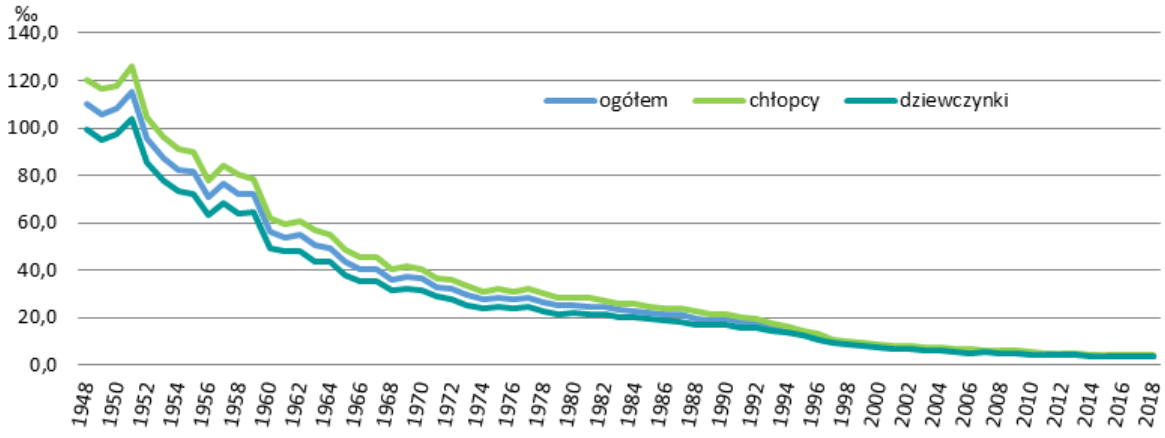
W 2018 r. w krajach Unii Europejskiej (UE) zmarło ponad 5 mln osób, a współczynnik zgonów na 1000 ludności wyniósł 10,4 proc. Współczynnik umieralności jest silnie zróżnicowany; w 2018 r. najniższą jego wartość odnotowano w Irlandii (6,4 proc.), natomiast w Bułgarii był on niemal 2,5 razy wyższy i wyniósł 15,4 proc. Polska znajduje się w grupie krajów o wyższym współczynniku umieralności, tj. przekraczającym 10 proc. – w 2018 r. wyniósł on w naszym kraju 10,9 proc.

W 2017 r. w Unii Europejskiej zmarło około 18 200 dzieci przed osiągnięciem pierwszego roku życia; odpowiadało to umieralności niemowląt wynoszącej 3,6 zgonów na 1000 urodzeń żywych.

Jedną z najbardziej znaczących zmian, które doprowadziły do zwiększenia oczekiwanej długości trwania życia w chwili urodzenia, było niewątpliwie zmniejszenie umieralności niemowląt. W ciągu 10 lat, od 2007 do 2017 r., współczynnik umieralności niemowląt w Unii Europejskiej spadł z 4,4 zgonów na 1000 urodzeń żywych do 3,6 proc. Najistotniejsze



Wykres 6. *Garbage codes* w Polsce w odniesieniu do zgonów ogółem
Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych GUS.



Wykres 7. Zgony niemowląt na 1000 urodzeń żywych w latach 1948–2018
Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych GUS.

spadki umieralności niemowląt odnotowano na ogół w tych państwach członkowskich UE, które w 2007 r. wykazywały wyższy ich poziom w porównaniu ze średnią Unii.

W 2017 r. najwyższe współczynniki umieralności niemowląt w Unii Europejskiej odnotowano na Malcie i w Rumunii (6,7 zgonów na 1000 żywych urodzeń) oraz w Bułgarii (6,4 proc.), najniższe zaś na Cyprze (1,3 zgony na 1000 urodzeń żywych).

Polska – pomimo obserwowanego od wielu lat spadku umieralności niemowląt – nadal plasuje się w czołówce państw o najwyższym współczynniku zgonów niemowląt, który w 2017 r. wyniósł 4 proc.

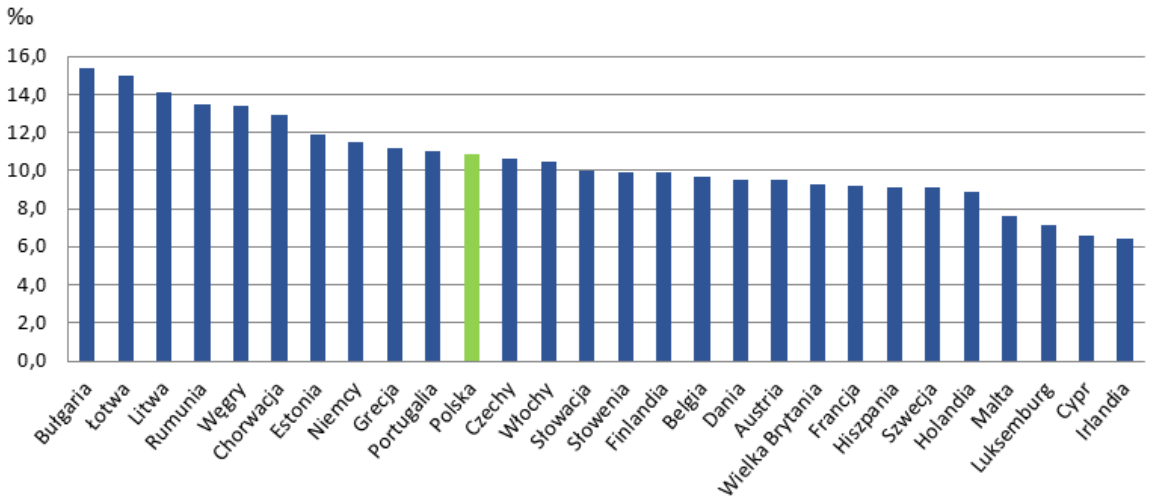
Zgony z powodu chorób układu krążenia (ChUK) są od szeregu lat główną przyczyną umieralności mieszkańców zarówno naszego kraju, jak i innych krajów Unii Europejskiej – szczególnie krajów Europy Środkowej i Wschodniej. Zgodnie z gromadzonymi przez Eurostat danymi w 28 krajach UE corocznie umiera ok. 5 mln osób, w tym blisko 2 mln z powodu chorób układu krążenia (w 2016 r. – 36 proc.). Kolejnymi najczęstszymi przyczynami zgonów mieszkańców UE są nowotwory złośliwe (26 proc.) i choroby układu oddechowego – ponad 8 proc.

Pod względem częstości zgonów z powodu ChUK pomiędzy krajami UE występuje znaczne zróżnicowanie. W 2016 r. w 5 krajach choroby te były przyczyną ponad 50 proc. wszystkich zgonów (Bułgaria, Rumunia, Litwa, Łotwa oraz Estonia), natomiast w 7 innych nie przekroczyły 30 proc. (Portugalia, Hiszpania, Belgia, Holandia, Wielka Brytania, Francja i Dania). W Polsce odsetek ten wyniósł ok. 43 proc.

Pomimo obserwowanego obniżania się poziomu umieralności w Polsce przeciętne trwanie życia mieszkańców naszego kraju jest zdecydowanie krótsze niż w innych krajach. W ponad połowie krajów Europy przekracza ono 81 lat, a tym samym jest dłuższe od 3 do nawet 6 lat. W Polsce w 2018 r. przeciętne trwanie życia wyniosło 77,6 lat (w tym dla mężczyzn – 73,8 lat, natomiast dla kobiet – 81,7 lat). W porównaniu z 1990 r. trwanie życia wydłużyło się o ponad 7 lat (i odpowiednio o 7,6 i 6,5 lat). Należy odnotować, że pomimo wzrostu trwania życia w długiej perspektywie w ostatnich dwóch latach obserwowany był jego spadek. W 2018 r. oczekiwane trwanie życia było krótsze niż w 2016 r. o około 0,1 roku w przypadku mężczyzn i o blisko 0,3 roku dla kobiet. Najdłużej żyją mężczyźni w Liechtensteinie – 81,6 lat, najkrócej na Ukrainie – 68,3 lata. Wśród kobiet najwyższe oczekiwane trwanie życia odnotowano w Hiszpanii – 86,1 lat, najkrótsze w Gruzji – 77,8 lat.

Poziom umieralności jest najlepszym negatywnym miernikiem kondycji zdrowotnej społeczeństwa. Coraz większe znaczenie zyskują również wskaźniki określające przedwczesną umieralność, wyrażaną w jednostkach utraconych lat życia[1]. Ich analizy

[1] Utracone lata życia z potencjalnego limitu życia (ang. *potential years of life lost*, PYLL), miernik jest uzupełnieniem analizy umieralności przedwczesnej, gdyż uwzględnia liczbę zgonów z powodu określonej przyczyny oraz wiek, w którym nastąpił zgon. Jeżeli przyjąć, że zgon przed dożyciem wieku 70 lat (przyjęta granica wieku jest kwestią umowną) jest przedwczesny, to jego fakt przynosi utratę takiej liczby potencjalnych lat życia, jaka wynika z różnicy między wiekiem, w którym nastąpił zgon osoby, i 70 rokiem życia. I tak na przykład mężczyzna, który



Wykres 8. Współczynnik zgonów w Unii Europejskiej w 2018 r.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych Eurostat [dostęp: 16.12.2019].

wskazują na społeczno-ekonomiczny obszar strat spowodowanych przedwczesnymi zgonami.

Publikowane przez Eurostat dane dotyczące potencjalnych lat utraconego życia (PYLL) są miarą podsumowującą przedwczesną umieralność, która zakłada oszacowanie zgonów występujących w młodszym wieku, a którym można zapobiec. Metodologia stosowana przez Eurostat do obliczenia PYLL (w latach) prezentowanego na wykresie 10. zakłada dodanie wszystkich zgonów z powodu wszystkich przyczyn zgonów (kody A do R oraz V do Y zgodnie z ICD-10) występujących w każdym wieku do 70 lat, pomnożenie wyniku przez liczbę pozostałych lat życia do wybranej granicy wieku (70 lat), a następnie podzielenie przez ludność z połowy okresu. Na końcu wyniki podlegają standaryzacji na podstawie European Standard Population. Stanowi to tylko ogólny obraz kondycji zdrowotnej społeczeństwa. Niewątpliwie przy analizie PYLL kluczowe jest prowadzenie obserwacji na poziomie bardziej szczegółowym, tj. przy uwzględnieniu konkretnych grup wieku, płci i konkretnych przyczyn zgonów. Dopiero takie badanie i uzyskane wyniki w sposób pełny wskazują na obszary szczególnie newralgiczne, w których konieczna jest intensyfikacja działań profilaktycznych czy poprawa standardów leczenia.

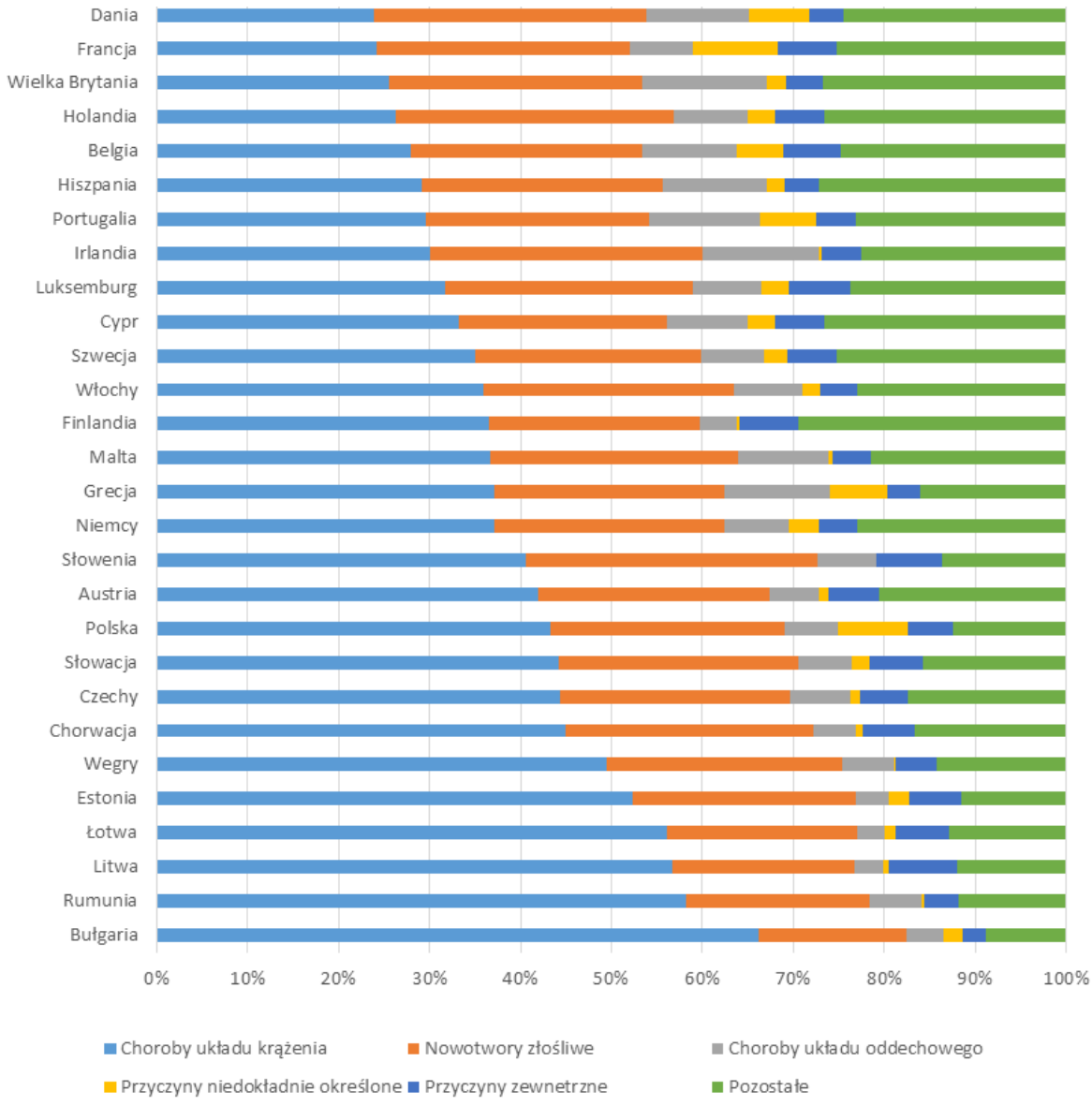
Polska należy do grupy krajów w Unii Europejskiej, w której potencjalnie zakłada się najwięcej utraconych lat życia – w 2016 r. było to ponad 5 lat. Natomiast najwięcej lat utraconych wykazano dla Litwy i Łotwy (ponad 7 lat), najmniej dla Cypru – niespełna 2,5.

Podsumowanie

Zgony stanowią jeden ze składników bilansu ludności i jako taki determinują zarówno bieżącą sytuację demograficzną, jak i perspektywy rozwoju ludności. Z drugiej strony sytuacja demograficzna, a w szczególności struktura ludności według wieku, wpływa na liczbę i natężenie zgonów. Istnieją bowiem silne wzajemne zależności między natężeniem występowania poszczególnych faktów demograficznych a strukturą ludności według płci i wieku. Obserwowane i prognozowane zmiany w strukturze wieku ludności Polski wskazują na istotne i coraz większe zaawansowanie w procesie starzenia. Konsekwencją takiego kształtowania się tej struktury będzie zapewne wzrost liczby i natężenia zgonów, ponieważ prawdopodobieństwo zgonu jest wyższe w starszych grupach wieku.

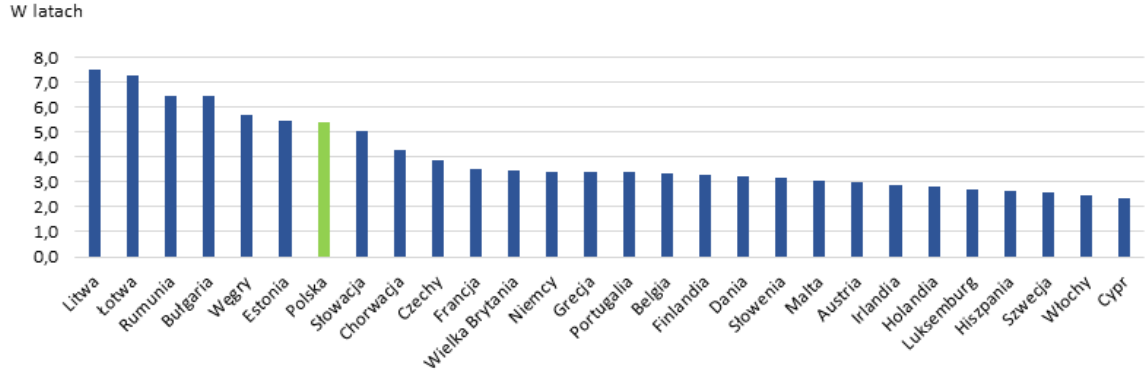
Choroby układu krążenia pozostają główną przyczyną umieralności w Polsce. W celu dokonania prawidłowej oceny sytuacji epidemiologicznej i zdrowotnej ludności niezbędne jest dysponowanie dobrej jakości informacją statystyczną dotyczącą skali i charakterystyki zgonów według schorzeń

zmarł w 2016 r. w wieku 15 lat, utracił 55 lat potencjalnego dalszego trwania życia, a kobieta, która zmarła w wieku 65 lat, utraciła 5 lat. Z tego względu zgony w młodszym wieku mają większe znaczenie niż w wieku starszym. Uwzględniając ten fakt, można obliczyć, w jakim stopniu poszczególne przyczyny zgonów przyczyniają się do straty potencjalnych lat życia przez mieszkańców danego kraju.



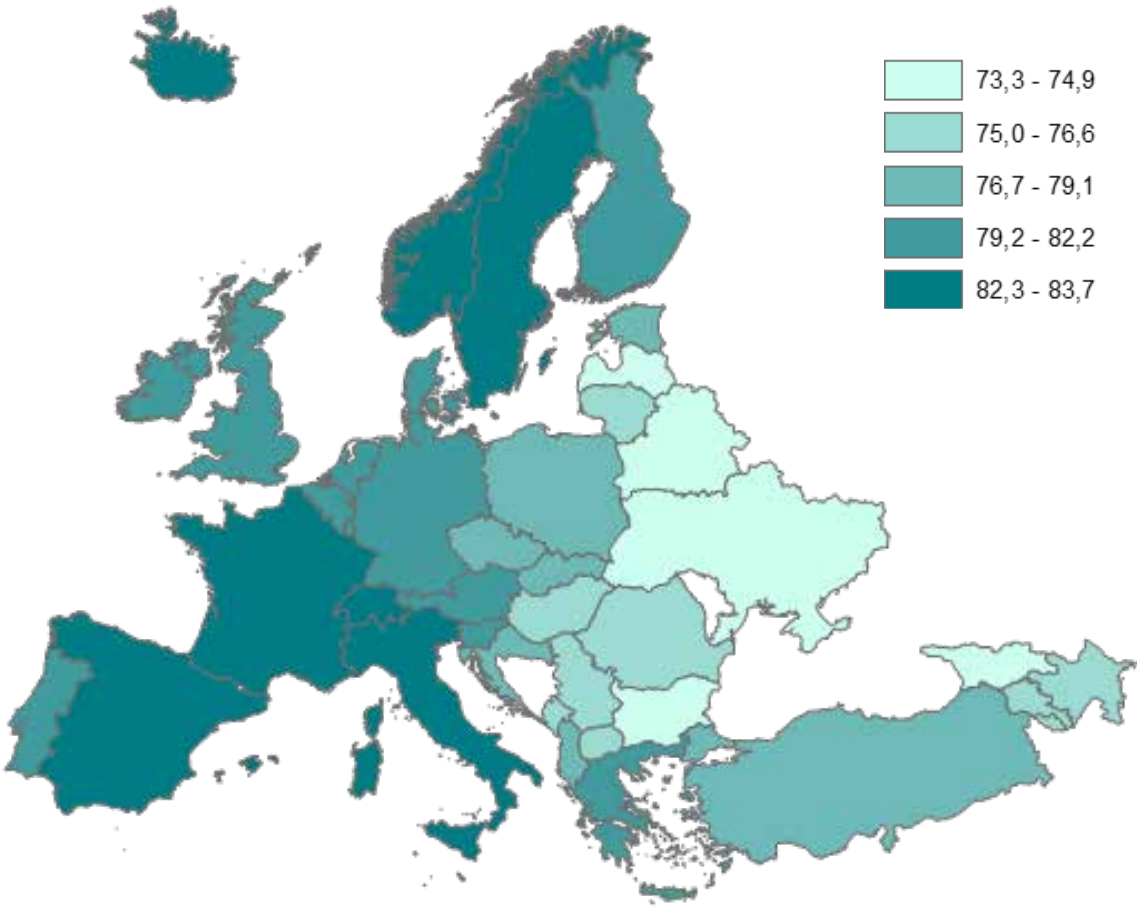
Wykres 9. Zgony według przyczyn w Unii Europejskiej w 2016 r.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych Eurostat [dostęp: 16.12.2019].



Wykres 10. Potencjalne utracone lata życia w Unii Europejskiej w 2016 r.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie Eurostatu [dostęp: 16.12.2019].



Rycina 1. Przeciętne trwanie życia w krajach Europy w 2017 r.
Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych Eurostat [dostęp: 16.12.2019].

prowadzących do zgonu. Potrzeba rzetelnej diagnozy, która będzie podstawą do przewidywań i budowania programów prozdrowotnych, stanowi wyjątkowo pilne zadanie w obliczu wyzwania, jakim jest szybko starzejące się społeczeństwo. Ponieważ choroby układu krążenia w przeważającej mierze dotykają osób w starszych grupach wieku, można spodziewać się wzrostu liczby i natężenia zgonów powodowanych tymi przyczynami. Można także przypuszczać, że jeśli nie nastąpi istotna poprawa w przeciwdziałaniu chorobowości związanej z układem krążenia – ale i z układem oddechowym czy nowotworami – można spodziewać się zwiększenia liczby zgonów na skutek tych grup przyczyn i wzrostu ich udziału w ogólnej liczbie zgonów. Tak więc jedynie realizacja efektywnych programów dotyczących zdrowia publicznego może zmniejszyć ryzyko wzrostu umieralności determinowanej starzeniem się społeczeństwa czy niekorzystnymi zmianami środowiskowymi.

Dogłębna diagnoza stanu zdrowia i przyczyn umieralności ludności Polski powinna stanowić nieodzowny element prowadzenia polityki zdrowotnej, w tym działań profilaktycznych. Najbardziej wiarygodną ocenę tych obszarów umożliwiają analizy umieralności. Nie jest to jednak możliwe bez dobrej jakości danych o przyczynach zgonów, ponieważ tylko rzetelne i miarodajne orzekanie o przyczynach zgonów może stanowić podstawę do sporządzania takich analiz. W określaniu kondycji zdrowotnej ludności coraz większą rolę odgrywają także wskaźniki, za pomocą których ocenia się przedwczesną umieralność, wyrażoną w jednostkach utraconego czasu. Przedwczesne zgony skutkują wielowymiarową stratą rzutującą zarówno na funkcjonowanie najmniejszej komórki społecznej (rodzina), jak i na całe społeczeństwa. Analiza współczynników umieralności i zachodzących na tym obszarze zmian umożliwia ocenę stanu zdrowia społeczeństwa, a także umożliwia identyfikację problemów

zdrowotnych w największym stopniu odpowiedzialnych zarówno za wysokość tych współczynników, jak i liczbę utraconych lat życia. Ich rozpoznanie umożliwi podjęcie działań zmierzających do redukcji niekorzystnych trendów umieralności, a także niwelowania nierówności w stanie zdrowia.

Sytuacja epidemiologiczna z powodu umieralności przedwczesnej powinna być priorytetem dla instytucji odpowiedzialnych za kondycję zdrowotną społeczeństwa, jakość opieki zdrowotnej i prowadzonych działań profilaktyczno-zaradczych w tym zakresie.

Bibliografia:

1. Eurostat Database, https://ec.europa.eu/eurostat/data/database [dostęp: 16.12.2019].
2. Cierniak-Piotrowska M., Marciniak G., Stańczak J. Statystyka zgonów i umieralności z powodu chorób układu krążenia, [w]: Zachorowalność i umieralność na choroby układu krążenia. Strzelecki Z., Szymborska J. (red. nauk.). Warszawa: Rządowa Rada Ludnościowa; 2015.
3. Cierniak-Piotrowska M. Na co umarł pacjent – czyli, co jest wpisywane na kartach zgonu? https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/statystyka-przyczyn-zgonow/na-co-umarl-pacjent-czyli-co-jest-wpisywane-na-kartach-zgonow-,1,1.html [dostęp: 20.12.2019].
4. Główny Urząd Statystyczny. Statystyka przyczyn zgonów. Zgony według przyczyn określanych jako „garbage codes", https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/statystyka-przyczyn-zgonow/zgony-wedlug-przyczyn-okreslanych-jako-garbage-codes,3,2.html [dostęp: 21.12.2019].
5. Ludność. Stan i struktura oraz ruch naturalny w przekroju terytorialnym (stan w dniu 31.12.2018 r.), Warszawa, kwiecień 2019, https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/ludnosc/ludnosc-stan-i-struktura-oraz-ruch-naturalny-w-przekroju-terytorialnym-w-2018-r-stan-w-dniu-31-xii,6,25.html [dostęp: 20.12.2019].
6. Marek M., Chłoń-Domińczak A., Kaleta D. i wsp. Społeczne nierówności w zdrowiu w Polsce. WHO, Warszawa 2012, https://wsse.krakow.pl/page/wp-content/uploads/2013/06/Spoleczne-nierownosci-w-zdrowiu-w-Polsce.pdf [dostęp: 23.12.2019].
7. Neonatal and perinatal mortality for the year 2000: country, regional and global estimates. World Health Organization (WHO), Genewa 2013, http://whqlibdoc.who.int/publications/2006/9241563206_eng.pdf [dostęp: 16.12.2019.
8. Rocznik Demograficzny 2019, październik 2019, https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/roczniki-statystyczne/roczniki-statystyczne/rocznik-demograficzny-2019,3,13.html [dostęp: 20.12.2019].
9. Stawińska-Witoszyńska B., Gałęcki J., Wasilewski W. Poradnik szkoleniowy dla lekarzy orzekających o przyczynach zgonów i wystawiających kartę zgonu. Warszawa: NIZP-PZH, MZ; 2019, https://karta-zgonu.pzh.gov.pl/elementor-5/poradniki-i-materialy/ [dostęp: 16.12.2019.
10. Sytuacja demograficzna Polski – raport 2017–2018 Rządowej Rady Ludnościowej, https://bip.stat.gov.pl/organizacja-statystyki-publicznej/rzadowa-rada-ludnosciowa/publikacje-rzadowej-rady-ludnosciowej/raporty-sytuacja-demograficzna-polski/ [dostęp: 10.01.2020].
11. Wojtyniak B., Rabczenko D., Pokarowski P. i wsp. Atlas umieralności ludności Polski 2008–2010. Warszawa: NIZP-PZH; 2012, https://www.pzh.gov.pl/13919/ [dostęp: 23.12.2019].

Prof. Jerzy Woy-Wojciechowski: Amerykańscy gerontolodzy uważają, że w 2080 r. średnia długość życia w Stanach Zjednoczonych będzie wynosiła 100 lat.

Zdrowie danej populacji odzwierciedla średnia długość życia. W epoce kamiennej człowiek żył średnio 19 lat, w czasach Chrystusa – 23 lata, w połowie XIX w. średnia długość życia w Europie wynosiła 45 lat. W drugiej połowie XIX w. w Londynie w zakładach włókienniczych dokładnie kontrolowano nieobecności w pracy, notowano wszystkie choroby oraz długość życia pracownic, stąd wiadomo, że kobiety w tym mieście żyły średnio 53 lata. Obecnie w krajach zachodnich średnia długość życia kobiet wynosi 84 lata, a mężczyzn – 77 lat. Amerykańscy gerontolodzy uważają, że w 2080 r. średnia długość życia w Stanach Zjednoczonych będzie wynosiła 100 lat.

Jak wygląda średnia długość życia Polaków? Według danych GUS z 2016 r. kobiety żyją średnio 82 lata, mężczyźni – 74 lata. Głównymi przyczynami zgonów w Polsce są choroby krążenia i nowotwory. W 2000 r. choroby krążenia odpowiadały za 51–52 proc. zgonów, a nowotwory za 21 proc. Od tamtej pory niewiele się zmieniło (obecnie choroby układu krążenia stanowią 51 proc., a nowotwory

niecałe 20 proc.), pomimo że potrafimy szybciej wykrywać nowotwory.

Wpływ na zdrowie mają geny. Niektórzy mówią „mam wszystko zapisane w genach". Ale to nie do końca prawda. Aż w 53 proc. długość życia zależy od stylu życia, czyli od nas samych. Polacy powinni wziąć to sobie do serca. Światowa Organizacja Zdrowia przyjęła hasło: „Twoje zdrowie w Twoich rękach". Ale nie staramy się wprowadzić go w życie. Obecnie w Polsce 80 proc. środków przeznacza się na leczenie już istniejących chorób, a tylko 20 proc. na profilaktykę. Powinno być odwrotnie.

„W zgiełku ulicznym, zamęcie życia zachowaj pokój ze swą duszą. Z całym swym zakłamaniem, znojem i rozwianymi marzeniami ciągle jeszcze ten świat jest piękny. Bądź uważny, staraj się być szczęśliwy". Cytując fragment „Dezyderaty", pragnę podkreślić, że powinniśmy robić wszystko, aby Polacy przykładali większą wagę do profilaktyki. Pacjenci nie pamiętają jednak o podstawowych zasadach prozdrowotnych, nie chcą rzucić papierosów, nie chcą rzucać siódmej kawy, chociaż wiadomo, że to szkodzi. Mamy w Polsce 9 mln palaczy i znaczny odsetek źle odżywiających się ludzi, choć wiadomo, że palenie i złe odżywianie są przyczynami wielu chorób.

Dwadzieścia lat temu w Szwecji paliło 50 proc. lekarzy i 45 proc. lekarek. Kiedy stało się oczywiste, że palenie jest przyczyną nowotworów i zawałów, lekarze brytyjscy ankietowali swój stan zdrowia przez ponad 30 lat. Jak się okazało, w grupie palaczy odnotowano w tym czasie 1800 zawałów serca i 60 nowotworów płuc, w grupie niepalących – tylko 450 zawałów i 10 nowotworów płuc. W Finlandii pali obecnie 5 proc. lekarzy i 2 proc. lekarek. Obyśmy byli tak mądrzy! Obyśmy stwierdzili, że nie ma cenniejszej rzeczy niż nasze zdrowie! Oby nie tylko lekarze, lecz także nasi decydenci przekonywali ludzi: „Musicie dbać o zdrowie sami".

Prof. Tomasz Zdrojewski: Alarmujące dane o czynnikach ryzyka chorób niezakaźnych w Polsce. W polityce zdrowotnej mamy pilną potrzebę wzmocnienia prewencji i zdrowia publicznego.

Stan zdrowia Polaków w ostatniej dekadzie nie poprawił się. W ciągu tych 10 lat nastąpiło, po raz pierwszy od lat 80. XX wieku, zahamowanie trendu wzrostu długości życia w naszym kraju. Z badań NATPOL, WOBASZ i PolSenior wynika, że nadciśnienie tętnicze występuje u 10,5 mln Polaków, cholesterolemia – u 18 mln, pali – 8 mln (przy czym odnotowano znaczący wzrost liczby nastolatków palących e-papierosy i dziewcząt palących papierosy), a otyły jest co piąty Polak. Niepokojący jest stały wzrost spożycia alkoholu, zaś metody stosowane w prewencji chorób niezakaźnych są przestarzałe i nieefektywne. Zwiększył się odsetek osób z otyłością brzuszną, ze zbyt wysokim poziomem trójglicerydów, ze zbyt niskim poziomem HDL, z podwyższonym ciśnieniem tętniczym.

Również cukrzyca stała się niezwykle ważnym problemem zdrowotnym, społecznym i ekonomicznym. Uznano, że odsetek chorych na tę chorobę może być dobrym wskaźnikiem oceny zdrowotnej kondycji Polaków. W 2011 r. wspólnie z firmą KPMG i z prof. Wojciechem Drygasem byliśmy konsultantami analizy kosztów (pośrednich i bezpośrednich) leczenia cukrzycy – przewidywany wówczas wzrost kosztów do 2020 r. wynosił prawie 50 proc. I tak się stało! Obecnie mamy 3 mln osób chorych na cukrzycę (8 proc. Polaków). Według badania NATPOL co 5. z nich nie wie, że jest na nią chora (20 proc.). Biorąc pod uwagę te dane, w 2030 r. ok. 4,2 mln Polaków będzie chorowało na cukrzycę. Rok temu policzyliśmy wszystkie koszty związane z leczeniem tej choroby (ambulatoryjnym, szpitalnym, farmakologicznym). Łącznie wynoszą one ok. 6 mld zł: 3 mld zł – koszty diagnostyki i leczenia, 3 mld zł – koszty leczenia powikłań i chorób współtowarzyszących.

Powyższe dane pokazują, jak ważna jest poprawa prewencji cukrzycy i jej wczesne wykrywanie oraz kontrolowanie przebiegu tej choroby u pacjentów. Są to działania niezbędne do zmniejszenia obciążenia finansowego, medycznego i społecznego. Wyznaczenie priorytetów na rzecz ograniczenia skutków epidemii cukrzycy, która bardzo narasta, powinno być oparte na już wykonanych analizach epidemiologicznych, w tym kosztowych.

Zmiany polityki zdrowotnej powinny nastąpić bardzo szybko ze względu na dużą dynamikę wzrostową obserwowanych zjawisk. Jeśli teraz nie rozpoczniemy skutecznej prewencji, to znaczący

wzrost zachorowań na choroby niezakaźne będzie nie do zatrzymania w ciągu najbliższych 10–15 lat. Przypomnę, że już w 2015 r. prof. Zbigniew Strzelecki, jeden z najwybitniejszych polskich demografów, w dokumencie Rządowej Rady Ludnościowej wskazał, że sytuacja wymaga zmiany paradygmatu myślenia o zdrowiu publicznym w polityce zdrowotnej Rządu RP.

Prof. Wojciech Hanke: Stałym zagrożeniem dla zdrowia Polaków jest niska jakość powietrza skutkująca zwiększonym ryzykiem zachorowań i zgonów m.in. na choroby serca i naczyń, układu oddechowego oraz nowotwory złośliwe. Odpowiedzialna jest również za zaburzania rozwoju ciąży, a także nieprawidłowy rozwój psychosomatyczny dzieci.

Inne wyzwania dla zdrowia środowiskowego:

1. Nowym zagrożeniem zdrowia są tzw. e-papierosy. Wynika to głównie z obserwacji, że mogą być wykorzystywane do inhalowania (wapowania) substancji odurzających. Konieczne jest podjęcie szybkich kroków legislacyjnych w celu ograniczenia do nich dostępu dla młodzieży.
2. Powszechne korzystanie przez dzieci i młodzież z telefonów komórkowych stanowi wyzwanie dla profilaktyki wad postawy (zmian w układzie kostnym, które równoważą nienaturalne pozycje ciała i zniekształcenia kciuka) oraz zagrożeń związanych z nadmierną ekspozycją na niebieskie światło (anomalie siatkówki). Aktualnie problematyka ta tylko w niewielkim stopniu jest brana pod uwagę.
3. Na wielu obszarach kraju zgłaszane jest zagrożenie uciążliwościami zapachowymi, istotnie obniżającymi jakość życia. Konieczne jest opracowanie wskaźników natężenia uciążliwości zapachowej i kryteriów oceny ryzyka zdrowotnego.
4. W dobie postępujących zmian klimatycznych musimy być przygotowani na wynikające z nich zagrożenia dla zdrowia, szczególnie w grupach wysokiego ryzyka (osoby starsze, chorujące na choroby układu krążenia, układu oddechowego). W kontekście zapobiegania katastrofie klimatycznej ważne jest zarówno podejmowanie działań na poziomie rządu, jak i edukacja obywateli ukierunkowana na zmniejszenie zużycia energii i promocję aktywnego transportu.

Prof. Piotr Jankowski: W Polsce średnia długość życia, u kobiet i u mężczyzn, jest krótsza niż w większości krajów rozwiniętych.

Lubimy się porównywać z Europą Zachodnią, z tak zwaną starą Unią Europejską. W wielu dziedzinach nadganiamy zaległości, również w zakresie średniej długości życia, tyle że nadganiamy bardzo wolno. W tej chwili w Polsce żyjemy średnio prawie 5 lat krócej niż w 15 krajach starej Unii. W ciągu ostatnich 20, prawie 30 lat stopniowo, co roku, zmniejszamy tę różnicę, ale za wolno. Jeśli to tempo się utrzyma, to średnia oczekiwana długość życia w Polsce osiągnie średnią krajów starej Unii dopiero za ponad 85 lat. Nie dożyjemy tego ani my, ani nasze dzieci.

Prof. Mariusz Frączek: Dyskusje o zachowaniach prozdrowotnych mają w tej chwili ograniczony sens – podajcie przykład palacza, który nie wie o tym, że papierosy mu szkodzą, znajdźcie alkoholika, który nie wie o tym, że alkohol szkodzi jego zdrowiu. Powinniśmy zatem skupić się na działaniach, które wiedzę na temat zapobiegania chorobom pozwolą wprowadzić w życie.

Wydaje mi się, że po pierwsze powinniśmy skoncentrować się na lekarzach pierwszego kontaktu, których praca ma obecnie charakter zadaniowy (pacjent jest chory, trzeba mu zapisać leki). W obecnym systemie lekarz pierwszego kontaktu nie myśli o tym, żeby zlecić pacjentowi badania

profilaktyczne, żeby na przykład wykonać badanie PSA u mężczyzn powyżej 50. roku życia. W skali kraju niewielu jest mężczyzn, którzy sami pamiętają o wykonaniu tego badania. Wszystkie kobiety wiedzą, że trzeba regularnie robić mammografię. Kiedy jednak przyjeżdża mammobus, na badanie zgłaszają się tylko nieliczne kobiety. Podobnych przykładów jest wiele. Dlatego myślę, że tylko mówienie o potrzebie wzorców zdrowych zachowań, zdrowej diecie itp. nie ma dziś większego sensu. Trzeba zastanowić się nad tym, jak tę wiedzę wprowadzić w życie.

Zachowania prozdrowotne mają na celu ochronę zdrowia. Mówiąc o niej, czy nie zapominamy jednak o osobach już chorujących, w przypadku których możemy uniknąć eskalacji kolejnych schorzeń.

Pierwsze pytanie, które zadałbym jako przewodniczący zespołu badawczego chorych z nadmierną wagą ciała, brzmi: kiedy pomyśleć o skierowaniu otyłego pacjenta na operację bariatryczną? Prawie 99 proc. chorych na otyłość nie jest leczonych profilowo. Każdy ze specjalistów jest w stanie stwierdzić, który z pacjentów jest otyły, a który ma w miarę normalną wagę ciała. Nie oznacza to jednak, że w przypadku stwierdzenia otyłości zaczyna się jej leczenie. Przykładem może być jeden z pacjentów, u którego w wieku 28 lat lekarz rodzinny rozpoznał cukrzycę typu drugiego i zlecił leki doustne. Kiedy ów pacjent miał 34 lata zdiagnozowano u niego dodatkowo nadciśnienie tętnicze. Trzydziestopięcioletni chory odwiedza różnych lekarzy, bo oprócz cukrzycy i nadciśnienia ma zespół snu z bezdechem. Zalecane mu dawki insuliny są bardzo duże. W wieku 52 lat chory umiera z powodu zawału mięśnia sercowego. Analiza masy ciała tego pacjenta daje do myślenia. Jako młody mężczyzna ważył 80 kg, w chwili zgonu – 122 kg. Jego BMI było na tyle wysokie, że stanowiło wskazanie do leczenia u obesitologa – u tego chorego bardzo wcześnie powinno się wdrożyć profilaktyczne leczenie zachowawcze, a może nawet wykonać zabieg z zakresu chirurgii bariatrycznej. Po 17 latach w sytuacji braku takiego leczenia doszło do śmierci chorego. W karcie zgonu trudno jednak znaleźć informację dotyczącą pierwotnej przyczyny śmierci. Czy była tam wpisana otyłość? Obawiam się, że nie.

Wśród 10 głównych przyczyn zgonów na świecie w 2012 r. znajdują się m.in. choroba niedokrwienna serca, zawał, cukrzyca typu drugiego, nadciśnienie. Jeżeli przyjrzelibyśmy się pacjentom, którzy zmarli z powodu tych chorób, okazałoby się, że 66 proc. z nich pierwotnie chorowało na otyłość. Wyników badań naukowych jednoznacznie wskazujących, że chirurgia bariatryczna przedłuża życie, można znaleźć wiele. Na przykład jedno z nich, z 2015 r., wskazuje, że ryzyko zgonu chorych operowanych z powodu otyłości jest o 10 proc. mniejsze względem chorych leczonych zachowawczo. Oznacza to, że na każdych 100 chorych na otyłość dzięki chirurgii bariatrycznej możemy uratować 10. Jedna z ostatnich prac opublikowanych w *New England Journal of Medicine* wskazuje na różnice zachorowań na cukrzycę, nadciśnienie i inne choroby spowodowane otyłością u pacjentów leczonych chirurgicznie i niechirurgicznie. Jak się okazuje, pomiędzy tymi dwiema grupami pacjentów różnice sięgają 300–900 proc. na korzyść chirurgii bariatrycznej. Panuje mylne przekonanie, że w trakcie operacji bariatrycznej wycinamy żołądek, ponieważ jest za duży. Wielkość żołądka nie ma nic wspólnego z tym, czy chory jest otyły – otyłość zależy od możliwości odpływu z żołądka. Jeżeli chory ma zwężenie powrzodowe odźwiernika, to pokarm trudno przyciska się przez dwunastnicę i żołądek urasta do dużych rozmiarów. Jeśli nie ma przeszkód, to – niezależnie od tego, ile człowiek zje – pokarm swobodnie się przemieszcza, a żołądek się nie powiększa. Wiele razy słyszałem, że należy jeść małymi porcjami, bo to zmniejsza żołądek. To stwierdzenie nie jest jednak potwierdzone wynikami badań.

Ostatnio wraz z kolegą z kliniki sprawdzaliśmy w aptekach ofertę preparatów przeciwko otyłości. Doliczyliśmy się ponad 100 takich „specyfików". Te preparaty nie posiadają jednak potwierdzonego w badaniach naukowych korzystnego działania w leczeniu chorych na otyłość. W ich przypadku przyczyną otyłości nie jest nadmierne objadanie się, ale zaburzenia w wydzielaniu hormonów głodu i sytości. Podczas tzw. rękawowej resekcji żołądka wycinamy miejsce produkcji greliny – hormonu, który stymuluje odczuwanie głodu. Łaknienie hamuje GLP-1, tzw. hormon sytości, produkowany w jelicie cienkim. Chorzy na otyłość nie mają poposiłkowego wyrzutu GLP-1, co oznacza, że nigdy nie czują się nasyceni. „Panie Profesorze, ja w życiu jeszcze nie czułam się/nie czułem się najedzony", słyszę od tych chorych. Wykonanie u nich operacji bariatrycznej przywraca prawidłowe wydzielanie GLP-1.

Pod koniec lat 90. pojawiło się mnóstwo preparatów do leczenia otyłości. Jednocześnie w leczeniu bariatrycznym zaczęto coraz częściej stosować techniki laparoskopowe. Efekty takich operacji były bardzo dobre – obserwowano poprawę stanu zdrowia, ustępowanie cukrzycy, przy braku jakichkolwiek powikłań. Tylko dwa wprowadzane wówczas preparaty znalazły zastosowanie w leczeniu otyłości i są używane do dziś. Jednak wśród chirurgów panuje przekonanie o nieskuteczności leczenia farmakologicznego, gdyż brak jest wyników badań naukowych, aby leki te były skuteczne w grupie chorych na otyłość olbrzymią. Niechirurdzy z kolei widzą rozwiązanie problemu otyłości w leczeniu interdyscyplinarnym. W okresie przedoperacyjnym jesteśmy w stanie przygotowywać chorych farmakologicznie po to, żeby operować ich, kiedy znajdują się w jak najlepszej formie. Jest to niezwykle ważne, jeśli weźmiemy pod uwagę, że chorzy ci cierpią często na otyłość powikłaną cukrzycą typu drugiego, otyłość z nadciśnieniem tętniczym itd. Z badań skandynawskich wynika, że u chorych na otyłość olbrzymią skuteczność leczenia zachowawczego oscyluje wokół 2 proc., mniej więcej w zakresie błędu statystycznego. Zachowanie tych otyłych przypomina niekiedy zachowania wspomnianego na początku alkoholika czy palacza papierosów. Oni wiedzą, że jedzenie dużych ilości im szkodzi. Mimo to jedzą – nie dlatego, że nie mają silnej woli, ale dlatego, że taki rozkaz otrzymują od nieprawidłowo działających hormonów regulujących spożycie pokarmów. W przypadku alkoholu i papierosów – da się bez nich żyć, jednak w przypadku jedzenia jest to niemożliwe.

Dr n. med. Michał Sutkowski: Ze zdrowiem jest tak jak z każdym towarem – trzeba je wypromować, żeby ludzie je „kupili".

Uważam, że musimy wszyscy odrzeć zdrowie z meritum. Przez lata uważaliśmy, że to meritum jest wystarczające, bo po drugiej stronie nie do końca partnerskiej medycyny jest chętny do działania pacjent. Jeśli lekarz powie mu: „Schudnij, nie pal, jedz warzywa", to on posłucha tych zaleceń. Mieliśmy pewne podstawy do takiego myślenia. Kiedy zapisywaliśmy bowiem na przykład lek hipotensyjny, statyny, pacjenci go stosowali i mieli lepsze wyniki. W kontekście profilaktyki zdrowia znaczenie mają jednak nie tylko medyczne aspekty.

Z promocją zdrowia w Polsce jest tak, jak z ustawą o zdrowiu publicznym. Ustawa istnieje, wielu działa lokalnie, niewielu globalnie, nic o sobie jednak nie wiedząc. Ustawa więc jest, a jakby jej nie było. Podobnie promocja zachowań prozdrowotnych – opowiadamy o systemie, który chcemy oddolnie naprawiać, edukować społeczeństwo. Mamy jednak „rywali" – szarlatanów i ludzi, którzy dzielą się z innymi wiedzą pseudomedyczną. Niektórzy, ci najbardziej skuteczni, mają miliony wyświetleń w internecie. Uważam, że przeciwko nim powinny być prowadzone postępowania z urzędu.

Z dyskusji o promocji zdrowia nasuwa się wniosek – istnieje konieczność działań lokalnych, globalnych, przynajmniej tej najbardziej świadomej i zaangażowanej części specjalistów medycyny rodzinnej. Naszym zdaniem, działania te powinny być koordynowane przez państwo – z hasłem przewodnim i określonym czasem realizacji. Jako środowiska medyczne oczekujemy wręcz, aby działania prozdrowotne były organizowane, scalone i moderowane przez państwo. Chciałbym zatem, aby podczas Kongresu wybrzmiały konkretne propozycje. Pierwsza to wspólny apel towarzystw lekarskich do polityków, a także mediów, aby w przestrzeni publicznej znalazło się miejsce do działań na rzecz promocji zdrowia, abyśmy mogli razem z innymi profesjonalistami, psychologami, socjologami, innymi organizacjami, nie tylko lekarskimi, mówić o zdrowiu. Jako Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce chętnie podejmiemy się roli sekretarza w projekcie promocji zdrowia z wykorzystaniem wszystkich możliwych narzędzi. Profesor Mirosław Wierzbicki mówił kiedyś o TV-doktorze, który w latach 60. czy 70. opowiadał na antenie telewizyjnej o skutkach palenia i tym sposobem w ciągu 5 lat oduczył palenia 23 proc. Anglików. Mówmy jednak także o różnych innych mechanizmach, takich jak wprowadzenie certyfikatu wiarygodności medycznej z nieskomplikowaną procedurą przyznawanym na przykład przez Ministerstwo Zdrowia, PZH czy NFZ. Ten certyfikat byłby drogowskazem dla pacjentów poszukujących informacji także w internecie. Jak powiedział bowiem Stanisław Lem „Nie wiedziałem, że na świecie jest tylu idiotów, dopóki nie zajrzałem do internetu".

Prof. Wojciech Drygas: Wydatki na skuteczną edukację zdrowotną i profilaktykę są niedostateczne, a na dodatek nie są we właściwy sposób dystrybuowane.

W naszym kraju wydatki na profilaktykę są niedostateczne. Koncentrujemy się na wprowadzaniu nowoczesnych, drogich i czasem tylko nieco bardziej skutecznych metod leczenia. Oczywiście wszyscy jesteśmy dumni, że pod tym względem Polska dotrzymuje kroku krajom bardzo zaawansowanym. Jednak wydatki na skuteczną edukację zdrowotną i profilaktykę są niedostateczne, a na dodatek nie są we właściwy sposób dystrybuowane. Choroby przewlekłe – cukrzyca, choroby układu krążenia, a także niektóre choroby nowotworowe – mają te same czynniki ryzyka. Nie ma zatem sensu prowadzić kilkudziesięciu czy nawet kilkuset odrębnych programów profilaktycznych. Przedmiotem dyskusji winien być natomiast wybór najlepszych, skutecznych i uzasadnionych ze względów ekonomicznych programów z zakresu promocji zdrowia i profilaktyki chorób przewlekłych.

Dr hab. Adam Fronczak, prof. WUM: Uwrażliwienie młodego pokolenia na problem, jakim jest ochrona zdrowia, to zadanie, na wykonanie którego nie mamy już wiele czasu. Jeżeli nie zmienimy stylu życia dzieci i młodzieży, konsekwencje zdrowotne mogą być bardzo poważne.

Podczas kadencji, w której pełniłem funkcję podsekretarza stanu w MZ, przypadł mi zaszczyt prowadzenia polskiej prezydencji w UE. Parlament Europejski, wcześniej Rada Europejska, przyjął 3 konkluzje, z których jedna dotyczyła zmniejszania różnic zdrowotnych w Unii Europejskiej poprzez zorganizowane działania na rzecz promowania zdrowego stylu życia. Obecnie pracuję z młodzieżą na Wydziale Nauk o Zdrowiu WUM kształcącym magistrów zdrowia publicznego. Niestety, ich potencjał nie jest wykorzystywany. Nieliczni z naszych absolwentów znajdują zatrudnienie zgodne z wykształceniem, np. w samorządach czy innych obszarach, gdzie możemy promować zdrowy styl życia. Tymczasem to właśnie młodzi i dobrze wykształceni ludzie mają największe szanse, aby dotrzeć do najmłodszych pokoleń Polaków – dzieci w szkole podstawowej, uczniów szkół średnich, studentów. To ostatni dzwonek, aby nauczyć ich wszystkich zasad ochrony zdrowia. Dawniej dziecka nie można było zaciągnąć do domu z podwórka, teraz jest ono „przykute" do miejsca przed komputerem, coraz więcej czasu swojego życia spędza w wirtualnym świecie. Uzależnienie od internetu to problem, który – jak wskazuje jedna z naszych prac magisterskich i doktorskich – dotyka już gimnazjalistów, narasta w liceum i blokuje młodych ludzi, wyłącza ich z rzeczywistości. Po paru latach nie odróżniają oni prawdziwego życia od tego wirtualnego.

Mówiąc o niepokojących statystykach na temat cukrzycy, otyłości i innych chorób osbób młodocianych, należy podkreślić, że uwrażliwienie młodego pokolenia na problem, jakim jest ochrona zdrowia, to zadanie, na wykonanie którego nie mamy już wiele czasu. Jeżeli nie zmienimy stylu życia dzieci i młodzieży, konsekwencje zdrowotne mogą być bardzo poważne.

Dr hab. Dariusz Czaprowski, prof. OSW: U dzieci z nieprawidłową postawą ciała obserwuje się m.in. trudności z wykonywaniem najbardziej podstawowych wzorców ruchowych. Wzorce te wykonywane są nieprawidłowo z wieloma mechanizmami kompensacyjnymi.

Wstępem do działań mających na celu korygowanie zaburzeń w postawie ciała powinna być diagnostyka, której celem jest określenie nieprawidłowości w postawie ciała. Kolejny krok to zaplanowanie przyczynowego postępowania korekcyjnego.

Jedną z przyczyn zaburzeń w postawie ciała jest brak lub ograniczenie zarówno spontanicznej, jak i zorganizowanej aktywności fizycznej. Przykładem tej sytuacji są powszechne zwolnienia dzieci z lekcji wychowania fizycznego. Kolejne przyczyny to m.in.:

siedzący tryb życia, niewłaściwe stanowisko pracy ucznia, niewłaściwe pozycje podczas wypoczynku, nieprawidłowe wzorce żywieniowe. Należy również zwrócić uwagę na wzorce dotyczące roli aktywności fizycznej, jakie dziecko otrzymuje w domu – trudno będzie zachęcić dziecko do aktywności ruchowej, jeżeli rodzicom jest ona obca.

Do najpoważniejszych konsekwencji zaburzeń w postawie ciała można zaliczyć: a) pogorszenie estetyki, b) częstsze występowanie zespołów bólowych kręgosłupa i stawów obwodowych, czego następstwem mogą być zwolnienia z zajęć szkolnych, c) trudności z wykonywaniem podstawowych wzorców ruchowych, np. przysiadu czy skłonu tułowia, d) obniżenie sprawności fizycznej, e) tendencję do przyjmowania niewłaściwych pozycji podczas wykonywania codziennych czynności (np. przy odrabianiu prac domowych, korzystaniu z komputera).

Jakie jest optymalne postępowanie z dziećmi lub osobami dorosłymi z nieprawidłową postawą ciała? Działania takie powinny obejmować wiele aspektów, wśród których można wyróżnić pięć filarów:

1. Edukacja – powinna być skierowana zarówno do dzieci, jak i rodziców. Jej celem jest wyjaśnienie, jakiego typu zaburzenie postawy ciała ma dziecko i jakie mogą być konsekwencje w sytuacji braku podjęcia leczenia. Ważnym elementem edukacji jest także uświadomienie dziecku jego współodpowiedzialności za skuteczność procesu korekcyjnego.
2. Ocena występowania restrykcji mięśniowo-powięziowych, które mogą ograniczać przyjęcie odpowiednio skorygowanej pozycji. Po rozpoznaniu występujących w obrębie tkanek miękkich restrykcji podejmuje się działania mające na celu ich usunięcie. W tym celu wykorzystuje się m.in.: łagodne techniki w postaci poizometrycznej relaksacji mięśni, techniki punktów spustowych, techniki powięziowe czy też bardziej intensywne oddziaływania, jak masaż głęboki, mobilizacje stawowe i różne formy stretchingu. Techniki te mogą być wykonywane przez terapeutę zarówno manualnie, jak i z wykorzystaniem różnego rodzaju przyborów i narzędzi (np. bańka chińska, piłki gumowe o różnej średnicy i twardości, flossing, taśma *power band*). Warunkiem skuteczności terapii mającej na celu zmniejszenie wpływu restrykcji mięśniowo-powięziowych na postawę ciała jest jednak jak najszybsze usamodzielnienie dziecka w zakresie wykonywania ćwiczeń bez pomocy terapeuty. Ważne jest, aby forma tych ćwiczeń była dobrana do wieku oraz możliwości fizycznych i percepcyjnych dziecka.
3. Nauka indywidualnie dobranego, samodzielnie wykonywanego przez dziecko ruchu korekcyjnego. Obecnie większość czasu spędzamy w pozycji siedzącej. W związku z czym w pierwszej kolejności należy nauczyć dziecko kontroli pozycji kompleksu lędźwiowo-miedniczno-biodrowego jako filaru prawidłowej pozycji podczas siedzenia. Zazwyczaj ćwiczenia rozpoczyna się od pozycji niskich, aby następnie przejść do pozycji wyższych, z czasem dochodząc do ćwiczeń wykonywanych w pozycjach typowych dla codziennych czynności (siad, stanie, chodzenie). Jednym ze sposobów wykorzystywanych w nauce kontroli pozycji kompleksu lędźwiowo-miedniczno-biodrowego jest ćwiczenie „zupa". W technice tej dziecko wyobraża sobie, że jego miednica to talerz z zupą. Jeżeli podczas siedzenia zupa wylewa się w jakimkolwiek kierunku, to znaczy, że dziecko siedzi nieprawidłowo (jeżeli miednica pozostaje w zwiększonym przodopochyleniu, zupa wylewa się do przodu, jeżeli ustawiona jest w tyłopochyleniu, zupa wylewa się do tyłu). Istotą tego ćwiczenia jest jego prostota, czytelność dla dziecka oraz rodziców, jak również mała czasochłonność. Krótki komunikat: „ustaw zupę", skierowany do dziecka, w trakcie na przykład posiłku czy odrabiania lekcji, prowadzi do szybkiej i efektywnej zmiany pozycji podczas siedzenia.
4. Utrzymywanie skorygowanej postawy ciała podczas codziennych czynności. W pierwszym rzędzie należy zidentyfikować, jakie pozycje przyjmuje dziecko podczas typowych, codziennych zajęć. Następnie należy nauczyć je wykonywania tych czynności z zachowaniem prawidłowej pozycji. Aby ułatwić utrzymanie optymalnej pozycji siedzącej, można wykorzystać na przykład stoły z regulowaną wysokością i kątem nachylenia blatu. Ewentualnie podobny efekt można uzyskać, stosując łatwo dostępne podkładki na biurko. Powyższe zasady mają również zastosowanie u osób dorosłych. W ich przypadku warto również zwrócić uwagę na możliwości, jakie daje odpowiednie projektowanie pomieszczeń biurowych. Do niedawna priorytetem w tym wypadku była ergonomia rozumiana przez pryzmat oszczędzania czasu. Dlatego też powszechne jest projektowanie takich pomieszczeń, w któ-

rych możliwy jest bezpośredni kontakt osób mających ze sobą współpracować. Jak się jednak okazuje, ta oszczędność czasu jest pozorna, ponieważ unieruchomieni pracownicy są mniej efektywni w pracy. Dlatego też, zgodnie z obecnymi trendami, współpracownicy nie powinni siedzieć blisko siebie, co powinno wymuszać częstą zmianę pozycji, a w konsekwencji – bardziej wydajną pracę.

5. Kształtowanie ogólnej sprawności fizycznej, która nie tylko wspomaga rozwój fizyczny, lecz także wpływa korzystnie na rozwój emocjonalny i społeczny dziecka.

Każdy z powyższych filarów jest istotny, przy czym w każdym z nich zmienia się rola terapeuty i rodziców. W edukację zaangażowani powinni być zarówno terapeuta, jak i rodzice, lecz w przypadku zmniejszania wpływu restrykcji mięśniowo-powięziowych rola rodziców będzie mniejsza. Większa będzie natomiast w sytuacji weryfikowania utrzymywania optymalnej pozycji na co dzień czy też w kształtowaniu ogólnej sprawności fizycznej (np. poprzez niewypisywanie zwolnień z lekcji wychowania fizycznego). Niezależnie jednak od znaczenia terapeuty i rodziców kluczową rolę w realizacji założeń każdego z filarów odgrywa dziecko, które powinno być zaangażowane w cały proces korygowania zaburzeń w postawie ciała. Bez akceptacji przez dziecko planu leczenia oraz świadomej konsekwencji w jego realizacji nie jest możliwe osiągnięcie satysfakcjonującego efektu korekcyjnego.

Prof. Tomasz Kotwicki: Siedzący tryb życia jest dla człowieka zgubny. Ruch jest znakomitym czynnikiem profilaktyki nie tylko w chorobach narządu ruchu, lecz także chorób cywilizacyjnych.

Powróćmy do koncepcji prof. Wiktora Degi, który ponad pół wieku temu pisał: „Ruch musi być przepisany ze wszystkimi szczegółami, podobnie jak lek. Lekiem można wyleczyć, lecz także zatruć. Podanie leku wymaga prawdziwego mistrzostwa. Przekazanie go choremu wraz z osobowością i sercem czyni ten lek niezastąpionym". Ruch rozpatrujemy zatem jako czynnik leczenia, a także profilaktyki i – co warto dodać – lek, który każdy może podawać sobie sam. Wszyscy powinni zatem nauczyć się, jak z niego korzystać. W tym kontekście wydaje się, że marnujemy potencjał tkwiący w lekcjach wychowania fizycznego. Siedzenie jest plagą naszych czasów, a zgubne skutki długotrwałej pozycji siedzącej, takie jak dolegliwości bólowe, zmniejszenie sprawności fizycznej, zwiększenie podatności na urazy, są odczuwalne w życiu dorosłym. Choroby kręgosłupa są w tej chwili jedną z najczęstszych przyczyn wizyt u lekarzy i jedną z pierwszych przyczyn absencji chorobowej. Osoby, które przez całe życie nie mają kłopotów z kręgosłupem, zdarzają się rzadko. Większość z nas ma tego typu problemy, co opisał nawet Stanisław Wyspiański w *Weselu*: „Bo człowiek jest tylko człowiekiem. Usiada się tylko z wiekiem". Kłopot polega na tym, że w ostatnich dekadach to „usiadanie" odbywa się nie tylko z wiekiem, lecz już na etapie rozwoju dziecięcego i młodzieńczego.

Spróbujmy uświadomić sobie, skąd się biorą wady w postawie i w rozwoju fizycznym, pomijając czynniki genetyczne, konstytucjonalne. Kiedyś brały się one z biedy – dzieci były niedożywione, miały awitaminozy, ciężko pracowały fizycznie. Obecnie od kilku dekad mamy zupełnie inną sytuację – jesteśmy krajem bogatym, przynajmniej na tyle, że możemy sobie pozwolić na niezdrowe jedzenie. Przekarmienie i brak ruchu są głównymi czynnikami powodującymi problemy w rozwoju fizycznym dzieci i młodzieży, rzutującymi na wiek dorosły! Szczególnie trudno wstać z kanapy, opuścić strefę komfortu, aby uprawiać systematyczne ćwiczenia fizyczne. Jednym z głównych sposobów radzenia sobie z tym problemem jest sport amatorski. Różne dyscypliny sportowe, również takie, o których kiedyś myślano, że mogą szkodzić, są skuteczne nawet u osób z bólami kręgosłupa określonego pochodzenia. Skoro siedzenie jest takie złe, to najlepiej nie siedzieć w ogóle, a jeżeli już siedzieć to dynamicznie, tak jak dzieci z ADHD, którym każe się siedzieć w pozycji statycznej. Jeżeli siedzi się statycznie to przynajmniej prawidłowo. Dzisiaj nie mamy do dyspozycji odpowiednich krzeseł. Jeżeli porównamy nasze przewagi, osiągnięcia i niedociągnięcia, to wiemy bardzo dużo o mechanizmach, które sterują postawą i ruchem. Przykładowo, jeżeli mamy skrócenie czy nadaktywność mięśnia prostego uda z jednoczesnym

osłabieniem mięśni brzucha i mięśni pośladkowych, to skutkiem jest zwiększone przodopochylenie miednicy, a w konsekwencji zwiększenie lordozy lędźwiowej i kifozy piersiowej. Wiemy, że istnieją ćwiczenia, które – wyuczone i systematycznie wykonywane – mają znaczenie profilaktyczne, a dzieci powinny być ich uczone w ramach wychowania fizycznego. Możemy mówić nie tylko o rozpoznaniu objawowym, lecz także przyczynowym i różnicowym. Jeżeli mamy odstające łopatki, czyli typowe rozpoznanie objawowe, to możemy stwierdzić po badaniu, czy jest to skutek słabych mięśni, które odpowiadają za to, żeby łopatka przylegała do ściany klatki piersiowej, czy jest to efekt skrócenia mięśni, które odciągają tę łopatkę ku przodowi, a więc rozpoznać przyczynowo, czy wreszcie nie jest to na przykład objaw rozpoczynającej się skoliozy, a więc rozpoznanie różnicowe. Z drugiej strony wydaje się, że mamy ciągle pewien niedostatek badań nad pozycją siedzącą. W piśmiennictwie można znaleźć informacje dotyczące etapu, który jest już za nami – w XXI w. główną pozycją, jaką przyjmuje człowiek, jest pozycja siedząca, tymczasem narzędzia badawcze, techniki analizują głównie pozycje stojącą i chód. Obecnie właśnie w pozycji siedzącej powinniśmy również zalecać i wykonywać ćwiczenia, chociażby w zespołach różnych wad postawy ciała. Po uświadomieniu dziecku, jakie to są wady, usunięciu przeszkód do korekcji, odbudowaniu równowagi mięśniowej można czynnie wykonać autokorekcje postawy ciała w pozycji nie tylko stojącej, lecz także siedzącej, wyprowadzając miednicę do jej właściwego na przykład przodopochylenia, elongacji, cofnięcia ramion i głowy, tak żeby przejść od pozycji habitualnej do prawidłowej pozycji skorygowanej, a następnie utrwalić ją podczas wykonywania codziennych czynności.

Podsumowując, ruch jest znakomitym czynnikiem profilaktyki nie tylko w chorobach narządu ruchu, lecz także w chorobach cywilizacyjnych. Siedzący tryb życia jest dla człowieka zgubny. Dzieciom i młodzieży potrzebna jest zatem instrukcja obsługi własnego ciała – jak odpowiednio stać, jak siedzieć, jak się rozciągać, jak się poruszać, jak się prostować, jakie obuwie nosić. Informacje te powinny być przekazywane na przykład w ramach wychowania fizycznego.

Dr n. med. Agnieszka Kalińska-Bienias, prof. Sławomir Majewski: Zwiększa się świadomość zagrożenia czerniakiem, ogólna wiedza na temat czynników ryzyka nowotworów skóry jest zadowalająca, ale nie zawsze przekłada się to na prozdrowotne zachowania.

Jednym z poważnych zagrożeń zdrowotnych są nowotwory złośliwe, a szczególnie czerniak. Głównym czynnikiem ryzyka rozwoju nowotworów złośliwych skóry jest promieniowanie UV, emitowane zarówno przez słońce, jak i przez sztuczne źródła promieniowania ultrafioletowego (UV), takie jak solaria. Poparzenia słoneczne, zwłaszcza w dzieciństwie, są szczególnie niebezpieczne. Czerniak wykryty wcześnie jest całkowicie wyleczalny przez usunięcie chirurgiczne. W Polsce udaje się uratować 2/3 pacjentów z czerniakiem. Świadczy to o tym, że pacjenci nie zgłaszają się do dermatologów wystarczająco wcześnie na badanie znamion skórnych. Świadczy to również o ciągle jeszcze niewystarczającej świadomości wysokiego ryzyka czerniaka w przypadku niestosowania się do podstawowych zasad profilaktyki.

Do działań prewencyjnych nowotworów złośliwych skóry należą: edukacja społeczeństwa na temat stosowania ochrony przeciwsłonecznej i konieczności prowadzenia samokontroli oraz regularne monitorujące badania dermatologiczne z użyciem dermatoskopu. W ramach programu „Po Pierwsze Zdrowie" przeprowadzono ocenę stanu skóry w połączeniu z badaniem dermoskopowym oraz oceną wiedzy na temat czynników ryzyka zachorowania na nowotwory skóry, możliwości zapobiegania nowotworom skóry i zasad samokontroli znamion zagrażających nowotworom skóry. Na podstawie tych badań wyciągnięto następujące wnioski:

1. Ogólna świadomość zagrożenia czerniakiem w społeczeństwie się poprawia.
2. Wiedza na temat czynników ryzyka rozwoju nowotworów skóry jest zadowalająca.
3. Wiedza na temat czynników prewencyjnych (właściwa ochrona przed UV) oraz zasad samokontroli znamion jest niewystarczająca.

Sytuację tę można poprawić poprzez podjęcie następujących działań:

1. Stworzenie kompleksowego krajowego programu profilaktyki raków skóry, w tym systemu badań przesiewowych.
2. Wprowadzenie programów edukacyjnych dla dzieci i młodzieży w szkołach podstawowych na temat zasad właściwej ochrony przed UV: unikanie opalania w godzinach południowych, stosowanie kremów z filtrem UV, używanie okularów przeciwsłonecznych.
3. Wprowadzenie programów szkoleniowych dla lekarzy różnych specjalności, a także pielęgniarek, fizjoterapeutów etc.
4. Aplikacja mobilna dla pacjentów umożliwiająca samokontrolę krok po kroku.
5. Rozpowszechnienie programów na rzecz profilaktyki nowotworów złośliwych skóry poprzez środki masowego przekazu (zwłaszcza internet).

Dr n. med. Grzegorz Juszczyk: Najważniejszym postulatem w zakresie kształtowania postaw prozdrowotnych jest wprowadzenie jednolitego modelu kształcenia w szkołach powszechnych w ramach przedmiotu wiedza o zdrowiu lub lekcji o zdrowiu prowadzonych w ramach innych przedmiotów.

Pracownicy ochrony zdrowia i organizacje pacjentów jednogłośnie wskazują, że Polacy niewystarczająco angażują się w działania prozdrowotne organizowane przez wiele instytucji publicznych, samorządowych czy prywatnych. Nadal niskie są wskaźniki uczestniczenia w populacyjnych badaniach przesiewowych w kierunku wykrywania nowotworów – piersi, szyjki macicy oraz jelita grubego. W debacie wskazuje się także na niewykorzystany potencjał placówek podstawowej opieki zdrowotnej (POZ), których misją i zadaniem jest inicjowanie i realizowanie działań profilaktycznych. Organizacje pacjentów podkreślają natomiast kwestie komunikacji między instytucjami a obywatelami, jak również pracownikami ochrony zdrowia i pacjentami, która nie zawsze jest czytelna i zrozumiała.

Najważniejszym postulatem w zakresie kształtowania postaw prozdrowotnych jest wprowadzenie jednolitego modelu kształcenia w szkołach powszechnych w ramach przedmiotu wiedza o zdrowiu lub lekcji o zdrowiu prowadzonych w ramach innych przedmiotów. Tylko w ten sposób umożliwimy każdemu Polakowi i Polce dokonywanie świadomych wyborów prozdrowotnych, bo wiedza i umiejętności, czyli kompetencje zdrowotne, na progu dorosłości będą na podobnym poziomie. Na takim fundamencie można budować skuteczne działania profilaktyczne.

Jednym z przykładów kompleksowego wsparcia obywatela w podejmowaniu zdrowotnych wyborów jest Narodowe Centrum Edukacji Żywieniowej (NCEŻ), prowadzone obecnie przez Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – PZH. Zmiany nawyków żywieniowych na prozdrowotne są jednym z elementów prewencji i leczenia wielu chorób przewlekłych, dlatego Centrum realizuje swoją misję poprzez portal internetowy z kompleksowymi informacjami na temat zaleceń żywieniowych (www.ncez.pl) oraz Centrum Dietetyczne Online i aplikacje edukacyjne na telefon. Dodatkowo prowadzone są warsztaty kulinarne dla dzieci, konkursy z wyzwaniami motywującymi do podejmowania zmiany nawyków żywieniowych, np. „Rodzinna Akcja – Zdrowa Rywalizacja", czy pikniki rodzinne, podczas których wiedza na temat zdrowego odżywiania dociera bezpośrednio do mieszkańców Polski. W ramach ogólnopolskich projektów edukacyjnych, jak np. program „Po Pierwsze Zdrowie" realizowany przez Światowe Centrum Słuchu Instytutu Fizjologii i Patologii Słuchu, Instytut Narządów Zmysłów oraz Komitet Nauk Klinicznych PAN we współpracy z Telewizją Polską i Polskim Radiem, eksperci NCEŻ dzielą się wiedzą i udzielają indywidualnych porad.

Warto podkreślić, że NCEŻ jest projektem stałym, realizowanym obecnie ze środków „Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016–2020". Narzędzia opracowywane przez zespół naukowy NCEŻ mają ułatwiać praktyczne i bezproblemowe wdrażanie zasad zdrowego odżywiania zarówno osobom indywidualnym, jak i organizatorom żywienia zbiorowego – w szpitalach, zakładach opieki długoterminowej czy szkołach.

O celowości powołania i prowadzenia NCEŻ może świadczyć fakt, że z dostępu do artykułów

eksperckich, kompendium zaleceń żywieniowych w różnych jednostkach chorobowych, filmów, animacji, infografik i wideoporad skorzystało już ponad 2,3 mln osób (łącznie 5,5 mln odsłon).

Narodowe Centrum Edukacji Żywieniowej oferuje nie tylko dostęp do wiedzy, lecz także możliwość indywidualnego doradztwa z dowolnego miejsca w Polsce. Centrum Dietetyczne Online (www.poradnia.ncez.pl) jest bezpłatną internetową poradnią dietetyczną, dzięki której pacjenci z całej Polski mogą od początku 2018 r. korzystać z profesjonalnej konsultacji dietetycznej bezpłatnie i bez wychodzenia z domu. W 2019 r. na konsultacje do dietetyków zapisało się ponad 10 tys. osób. Oferta skierowana jest także do rodzin.

Poradnia działa 6 dni w tygodniu, w tym w soboty. Aby skorzystać z porady dietetycznej wystarczy zalogować się na stronę poradni (adres powyżej) lub przez aplikację „Asystent Zdrowia". Aplikacja ułatwia kontrolowanie liczby dostarczanych do organizmu kalorii oraz komponowanie zdrowych i smacznych posiłków, a jej innowacyjną funkcją jest właśnie możliwość indywidualnych konsultacji z dietetykiem lub psychologiem.

NCEŻ prowadzi także edukację żywieniową wśród najmłodszych poprzez praktyczne warsztaty kulinarne. W 2019 r. przeprowadzono je wśród 810 dzieci ze szkół podstawowych z klas I–III. W 2020 r. planowane są kolejne edycje i znaczące zwiększenie liczby warsztatów.

Prof. Włodzimierz Sawicki: Oblicza się, że w ciągu 10 lat liczba pacjentów chorych onkologicznie wzrośnie o około 30 proc. Obecnie na nowotwory choruje około miliona osób, a umiera blisko 100 tys. rocznie. Dobrze prowadzony program profilaktyczny może zmniejszyć liczbę zachorowań na nowotwory nawet o 50 proc.

Profilaktyką pierwotną jest m.in. szeroko prowadzona edukacja pacjentów. Uważa się, że prawidłowo prowadzona profilaktyka wtórna pozwala na zmniejszenie odsetka konsekwencji choroby o 30 proc., a związane z tym wczesne jej rozpoznanie, umożliwiające zastosowanie technik mikroinwazyjnych, daje bardzo często możliwość jej wyleczenia.

Program prewencyjny raka szyjki macicy zakładał wysyłanie zaproszeń na darmowe badanie cytologiczne. Szacuje się, że z zaproszeń skorzystało zaledwie 20 proc. kobiet. W związku z tym chorobę diagnozowano w stadium II, III, bądź dopiero IV, kiedy odsetek wyleczeń jest wysoce niezadowalający. Należy pamiętać, że w raku szyjki macicy niezwykle ważnym elementem profilaktyki pierwotnej są szczepienia przeciwko HPV, pozwalające ograniczyć częstość zachorowań.

Jakub Gołąb: Skuteczniejszej działalności na rzecz profilaktyki prozdrowotnej posłużyć może współpraca i wspólne stanowisko organizacji pacjenckich w kontaktach z administracją publiczną. Mamy plany dotyczące zbudowania platformy do dyskusji z organizacjami, aby to środowisko mogło mówić jednym, wspólnym głosem.

W sprawie kierunków zmian w systemie ochrony zdrowia mogę wypowiedzieć się z perspektywy pacjentów, którzy zgłaszają uwagi, skargi do Rzecznika Praw Pacjenta, a także na podstawie oglądu systemowego, jaki posiadamy. Uczenie zasad profilaktyki od najmłodszych lat, wprowadzenie lekcji wiedzy o zdrowiu w szkołach, choć wydaje się banalne, byłoby bardzo ważnym zadaniem, również publicznym. Obecnie takie lekcje są już prowadzone, ale niestety nie dla wszystkich dzieci. Nadal nie mogą z nich korzystać te z mniejszych miejscowości. Dopiero wprowadzenie takiego programu, nie pilotażowo, nie próbnie, nie pokazowo, ale w całym kraju, może przynieść dobre efekty.

Rok 2020 poświęcimy polskim seniorom. W kwestii polityki senioralnej, o czym mówiło się od dawna, potrzebne są pilne działania. Wiemy, że polska psychiatria, w tym psychiatria dzieci i młodzieży, jest w złym stanie. W tym obszarze także potrzebne są: pilna interwencja, inwestycje, działania systemowe oraz wprowadzenie profilaktyki na poziomie podstawowej opieki zdrowotnej. Kolejnym warunkiem skutecznego działania jest edukacja zarówno

w odniesieniu do osób zaangażowanych w sektor pozarządowy, w odniesieniu do urzędników i pracowników sektora publicznego, jak i szersza edukacja społeczna na temat możliwości i publicznej roli NGO.

Dr n. med. Janusz Meder: Profesor Tadeusz Koszarowski, wieloletni dyrektor Instytutu Onkologii, nauczył nas widzieć pacjenta jako OSOBĘ, z jego całą duchowością, częścią psychiczną i fizyczną, oraz traktować go w sposób holistyczny, począwszy od edukacji społecznej, prewencji i profilaktyki, przez poszczególne etapy diagnostyki, leczenia i rehabilitacji psycho-fizycznej, po opiekę paliatywną i hospicyjną. Żyjemy w czasach, w których coraz więcej chorób nowotworowych ze śmiertelnych stało się chorobami przewlekłymi. Obecnie w Polsce żyje ponad milion osób, u których rozpoznanie choroby nowotworowej nastąpiło w okresie ostatnich 5–10 lat.

Często powtarzane sformułowanie „pacjent w centrum uwagi" nie powinno być sloganem. To hasło musi mieć swój wydźwięk, zwłaszcza w sytuacji, kiedy przychodzi choroba. Trzeba wiedzieć, jak ją pokonać, i mieć w tym procesie wielu partnerów. Tymi partnerami są m.in. lekarze rodzinni, pielęgniarki, psychoonkolodzy, fizjoterapeuci, asystenci socjalni, członkowie rodziny i przyjaciele chorych, czy wreszcie organizacje pacjenckie. Polska Unia Onkologii (PUO) od początku została przez nas nazwana stowarzyszeniem ponad wszelkimi podziałami. Przez 20 lat działalności dążyliśmy do tego, żeby mieć z decydentami konstruktywne relacje, które pozwoliłyby na urzeczywistnienie tego hasła. Myślę, że udało się nam zrobić wiele. Na początku naszym głównym celem było wyjście z 15-letniej stagnacji, zaniedbań, zaniechań i niedoinwestowania w polskiej onkologii (świadczyły o tym pogarszające się dramatycznie wyniki leczenia). Zrobiliśmy autentyczne pospolite ruszenie i 5 lat zajęło nam doprowadzenie do powstania ustawy, która zagwarantowała realizację i odpowiednie do możliwości państwa finansowanie „Narodowego Programu Zwalczania Chorób Nowotworowych na lata 2006–2015", opracowanego przez Radę Naukową PUO. Dopomogło nam to, że w 2000 r. odbył się Światowy Szczyt Walki z Rakiem w Paryżu, podczas którego powstała *Paryska karta walki z rakiem*, i że zaapelowano do przywódców wszystkich krajów świata o tworzenie narodowych programów zwalczania chorób nowotworowych ze względu na istniejące i postępujące zagrożenia epidemiologiczne i demograficzne.

Paweł Rabiej: Chciałbym, żebyśmy w samorządach lepiej uczyli Polaków zachowań prozdrowotnych. W szkole uczymy różnych rzeczy. Dlaczego nie uczymy, jak przeżyć swoje życie zdrowo i jak dożyć wieku senioralnego w zdrowiu, szczęściu, pomyślności oraz dobrostanie?

Największe wyzwanie w ochronie zdrowia to wspólne działanie, które daje efekty. Bez koordynacji trudno osiągnąć dobry efekt profilaktyki i lecznictwa, zarówno z perspektywy celów rządu i NFZ, jak i z perspektywy samorządów, które są najbliżej mieszkańców i chciałyby zatroszczyć się o ich lepsze zdrowie.

Mam wrażenie, że samorządy biorą dziś na siebie coraz większy ciężar dbania o zdrowie Polaków – i finansowy, i organizacyjny. Te finansowe obciążenia rosną i będą coraz większym obciążeniem dla miast, gmin i regionów. To nasuwa pytania: czy jesteśmy w stanie znaleźć sposób na zintegrowanie wszystkich działań? Na czym moglibyśmy się skupić, żeby osiągnąć dobre rezultaty i znacząco podnieść jakość opieki zdrowotnej nad pacjentami?

Uważam, że powinniśmy położyć zdecydowanie większy nacisk na profilaktykę zdrowotną i kształtowanie zdrowych nawyków, zwłaszcza u młodego pokolenia, które dorasta w szczególnych warunkach – nowych technologii, łatwego dostępu do wirtualnej rzeczywistości, niskiej aktywności fizycznej, stresów i napięć. Widzimy już, jak potężnymi problemami skutkuje to w zakresie zdrowia psychicznego.

Świat *fake news* dotyczy również zdrowia – w internecie jest mnóstwo nieprawdziwych informacji i wręcz kłamstw, które mogą prowadzić do zachowań ryzykownych, jeśli chodzi o zdrowie, np. unikania szczepień. Z drugiej strony współczesna medycyna dysponuje badaniami genetycznymi, zaawansowaną diagnostyką, niesamowitymi terapiami, dostępnymi także w Polsce, które mogą leczyć choroby wcześniej nieuleczalne albo bardzo trudne do wyleczenia. W szkole uczymy dzieci różnych rzeczy. Dlaczego nie uczymy ich również tego, jak przeżyć swoje życie zdrowo, dożyć wieku senioralnego w zdrowiu, szczęściu, pomyślności oraz dobrostanie? Dlaczego nie wspieramy budowania dobrych nawyków? Można zacząć już od żłobka. Dlatego w Warszawie wprowadziliśmy zasadę, że do żłobka przyjmujemy tylko szczepione dzieci. Wprowadzamy programy przeciwdziałania otyłości, uczące zasad zdrowego odżywania się. Takie nawyki powinno się kształtować od najmłodszych lat. Szczepimy 12-latki przeciwko HPV. Jako samorządy jesteśmy bardzo blisko naszych mieszkańców. Mamy wszelkie narzędzia, by kształtować postawy prozdrowotne.

Dr n. hum. Małgorzata Synowiec-Piłat: Należy zwrócić szczególną uwagę na społeczno-kulturowe uwarunkowania zdrowia. Po pierwsze, na czynniki społeczno-demograficzne (wiek, płeć, miejsce zamieszkania, wykształcenie, pozycja społeczno-ekonomiczna), które należy powiązać z zagadnieniem nierówności w zdrowiu i chorobie, czyli z nierównym – ze względu na położenie społeczne jednostek czy grup – dostępem do możliwości prowadzenia prozdrowotnego stylu życia. Jeżeli chodzi zaś o czynniki kulturowe, niezbędne jest uwzględnianie takich zmiennych, jak: wartości i normy, postawy, zachowania i przekonania.

W rozważaniach na temat zachowań profilaktycznych związanych z chorobami nowotworowymi szczególnie konieczne jest zwrócenie uwagi na ich społeczno-kulturowe determinanty. Na zależność pomiędzy podejmowaniem zachowań profilaktycznych a zmiennymi społeczno-demograficznymi (płcią, wiekiem, wykształceniem, miejscem zamieszkania i sytuacją ekonomiczną) oraz społeczno-kulturowymi (wartościami i normami, postawami, przekonaniami oraz wierzeniami związanymi ze zdrowiem) wskazuje wiele socjologicznych badań europejskich i w mniejszym zakresie – polskich, w tym prowadzone przeze mnie w latach 2012–2018 badania porównawcze na populacji dorosłych, zdrowych (bez diagnozy nowotworowej) wrocławian [Synowiec-Piłat 2012–2018].

Nowotwory to obecnie drugi, po chorobach układu krążenia, zabójca mieszkańców Polski. Wysokie wskaźniki zachorowalności i umieralności na nowotwory utrzymują się od 100 lat. Oczywiście w naszym kraju podejmowane są różnorodne interwencje antynowotworowe, zarówno na poziomie makrostrukturalnym („Narodowy Program Zwalczania Chorób Nowotworowych na lata 2006–2015" i obecny 2016–2024), jak i mikrostrukturalnym, jednak prowadzone analizy empiryczne ukazują ich niezadowalającą skuteczność [Januszek-Michalecka et al. 2013; Ostrowska 2011; Wojtyniak, Goryński et al. 2012; Wasilewski 2014]. Wskazuje to jednoznacznie na naglącą potrzebę wypracowania nowej strategii działań.

Strategie walki z rakiem przebiegają i powinny przebiegać cyklicznie i dwutorowo:

1. Na poziomie makrostrukturalnym – m.in. podnoszenie jakości i dostępności do onkologicznych usług medycznych, walka z zanieczyszczeniem środowiska oraz eliminacja czynników rakotwórczych, działania legislacyjne na rzecz kształtowania prozdrowotnego stylu życia.
2. Na poziomie mikrostrukturalnym – działania instytucjonalne oraz działania oddolne w bezpośrednim środowisku funkcjonowania człowieka.

Na obydwu tych poziomach budowania strategii antynowotworowych należy zwrócić szczególną uwagę, o czym często zapominają decydenci i promotorzy zdrowia, na społeczno-kulturowe uwarunkowania zdrowia. Po pierwsze, na czynniki społeczno-demograficzne, tj. wiek, płeć, miejsce zamieszkania, wykształcenie i pozycję społeczno-ekonomiczną. Należy je powiązać z zagadnieniem nierówności w zdrowiu i chorobie, czyli z nierównym – ze względu na położenie społeczne jednostek czy grup – dostępem do możliwości prowa-

dzenia prozdrowotnego stylu życia. Jeżeli chodzi zaś o czynniki kulturowe, niezbędne jest uwzględnianie takich zmiennych, jak: wartości i normy, postawy, zachowania i przekonania.

Dlaczego perspektywa społeczno-kulturowa? I dlaczego przekonania zdrowotne? Warto zwrócić uwagę, że w podejmowanych interwencjach na rzecz pozytywnej zmiany behawioralnych czynników ryzyka w przypadku nowotworów, w tym na uczestnictwo w badaniach profilaktycznych, bardzo rzadko uwzględniana jest perspektywa, w której brane są pod uwagę laickie przekonania związane z rakiem [Synowiec-Piłat 2017; Synowiec-Piłat, Pałęga 2018]. Rozliczne badania potwierdzają natomiast, że potoczne przekonania na temat raka wpływają na postawy i zachowania zdrowotne.

Analizując problematyką chorób nowotworowych, należy zwrócić szczególną uwagę na to, że w społecznym odbiorze są one postrzegne w kategoriach jednego z najbardziej traumatycznych doświadczeń w życiu. Rak w świadomości społecznej kojarzony jest z nieuchronnością śmierci, bólem i ogromnym cierpieniem. Pomimo postępów w diagnostyce i leczeniu rak budzi o wiele więcej negatywnych emocji niż inne groźne schorzenia, takie jak chociażby choroby serca, cukrzyca, AIDS czy zdrowie psychiczne [Slenker, Spreitzer 1988]. Wiele badań naukowych [Niederdeppe, Levy 2007; Rabinowitz, Peirson 2006; Reich, Gaudron, Penel 2009], także prowadzonych w Polsce [Jokiel 1990; Synowiec-Piłat, Pałęga 2018; Tobiasz-Adamczyk, Szafraniec, Bajka 1999] potwierdza istnienie wysokiego poziomu lęku przed rakiem, określanego terminem „rakofobia". Co warte podkreślenia, wysoki poziom lęku przed nowotworami nie traci na sile pomimo rozwoju medycyny, metod diagnostyki i terapii oraz w rezultacie – coraz większej szansy na wyleczenie i uniknięcie śmierci. Przykładowo w badaniach własnych na populacji dorosłych, zdrowych wrocławian [Synowiec-Piłat 2012–2018] potwierdzono utrzymujący się trend odnośnie wysokiego poziomu rakofobii na przestrzeni 6 lat – na poziomie 82–81 proc. Należy oczywiście rozróżniać pojęcie „fobia" nowotworowa jako jednostki chorobowej (*cancer phobia, carcinophobia*) i „rakofobia" (*cancerophobia*), która jest rozumiana jako nadmierne, subiektywne/deklarowane poczucie zagrożenia chorobą nowotworową. Rakofobia jest aktywnym zachowaniem lęku przed rakiem, które może przyczyniać się do rozwoju choroby oraz jej negacji, wyparcia [Reich et al. 2009]. Niewątpliwie ze względu na powszechność występowania rakofobii oraz szerokie spektrum konsekwencji (zdrowotnych, ale także psychicznych i społecznych), jakie ze sobą niesie, może i powinna być ona rozpatrywana jako zjawisko społeczno-kulturowe.

Wysokiemu poziomowi lęku przed nowotworami towarzyszą dodatkowo przekonania fatalistyczne na temat tej grupy chorób [Chapple, Ziebland, McPherson 2004; Miles, Voorwinden, Chapman, Wardle 2008]. Fatalizm to przekonanie, zgodnie z którym wydarzenia i/lub problemy zdrowotne, z którymi mamy do czynienia, są kontrolowane przez czynniki zewnętrzne, a zatem są poza kontrolą indywidualną [Beeken, Simon, von Wagner, Whitaker, Wardle 2011]. Przekonania fatalistyczne charakteryzują się pesymizmem, bezsilnością i zagubieniem odnośnie możliwości uniknięcia raka [Becker 2006; Beeken et al. 2011; Reich et al. 2009]. Można je określić mianem przekonań ograniczających aktywność jednostki, ich wyznawanie powoduje bowiem utrzymywanie status quo, zrzucanie odpowiedzialności na innych oraz na czynniki zewnętrzne.

Fatalizm nowotworowy został zoperacjonalizowany na wielu etapach kontinuum nowotworowego. Badania wskazują jednoznacznie, że przekonania fatalistyczne blokują/negatywnie wpływają na:

- podejmowanie zachowań prozdrowotnych, w tym prewencyjnych, np. „Nie ma nic, co dana osoba może zrobić, aby zapobiec rakowi" [Powe, Finnie 2003];
- uczestnictwo w badaniach profilaktycznych [Niederdeppe, Levy 2007; Straughan, Seow 1998], w tym w badaniach przesiewowych, ze strachu, że pozytywny wynik testu oznacza wyrok śmierci, np. „Jeśli nie umrzesz z jednego powodu, umrzesz z innego, więc nie ma sensu robić testów przesiewowych" [Powe, Finnie 2003; Straughan, Seow 1998];
- zgłaszalność do lekarza w przypadku zaobserwowania niepokojących objawów, np. „Rak jest wyrokiem śmierci" [Mayo et al. 2001; Powe 2001];
- stosowanie się do zaleceń lekarskich i kontynuowanie leczenia [Powe, Finnie 2003];

W konsekwencji przekonania fatalistyczne negatywnie wpływają na przeżywalność [Grunfeld, Ramirez, Hunter, Richards 2002; Mayo et al. 2001]. W badaniach własnych potwierdzono, że poziom

przekonań fatalistycznych rośnie wraz ze wzrostem lęku przed rakiem. Co istotne, potwierdzono również negatywny wpływ wysokiego poziomu lęku przed rakiem oraz przekonań fatalistycznych na uczestnictwo w onkologicznych badaniach profilaktycznych [Synowiec-Piłat 2012–2018].

Implikacje i postulaty

Zrozumienie charakteru, zakresu, natężenia oraz przyczyn i skutków przekonań laików na temat nowotworów ma nie tylko walor poznawczy, lecz także implementacyjny. W związku z wysokim poziomem zależności chorób nowotworowych od stylu życia we współczesnej promocji zdrowia akcentuje się potrzebę podejmowania stałych i cyklicznych interwencji na rzecz wzmacniania podmiotowości jednostek i grup społecznych w utrzymaniu i utrwalaniu potencjału zdrowia. Braniu odpowiedzialności za swoje zdrowie nie sprzyjają jednak rakofobia oraz wysoki poziom przekonań fatalistycznych dotyczących chorób nowotworowych. Istnieje zatem potrzeba prowadzenia cyklicznych interwencji prozdrowotnych i kampanii społecznych mających na celu zmniejszenie poziomu rakofobii i fatalizmu nowotworowego. Istnieje także konieczność szerokiego i wnikliwego uwzględniania czynników społeczno-kulturowych, w tym przekonań dotyczących nowotworów, w tworzonych interwencjach prozdrowotnych.

Dogłębne poznanie przekonań laików odnośnie chorób nowotworowych oraz wpływu tych przekonań na postawy i zachowania zdrowotne (np. udział w badaniach profilaktycznych) jawi się zatem jako obiecująca droga do wypracowania bardziej skutecznych strategii walki z nowotworami.

Ks. dr Arkadiusz Nowak: Każda organizacja pozarządowa jest wyrzutem sumienia dla tych wszystkich, którzy tworzą politykę zdrowotną państwa. Gdyby nie było potrzeb, to te organizacje po prostu by nie powstawały.

Warto wiedzieć, że organizacji jest bardzo wiele – istnieje prawie tysiąc aktywnych organizacji, które w różnym zakresie działają dla dobra pacjenta. Z raportu Instytutu Praw Pacjenta wynika, że 73 proc. z nich działa w obszarze promocji zdrowia, profilaktyki i edukacji zdrowotnej, 60 proc. prowadzi rehabilitację lub terapie albo też udziela wsparcia, 30 proc. zajmuje się interwencjami kryzysowymi i wsparciem psychologicznym, 29 proc. – dystrybucją leków, materiałów, sprzętu medycznego lub wsparciem finansowym przy ich zakupie, 14 proc. angażuje się m.in. w poprawienie opieki szpitalnej. Każda z organizacji działających na rzecz pacjentów powstała więc z jakiegoś określonego powodu – biedy czy dramatu życiowego konkretnej osoby bądź konkretnej grupy osób.

Dr hab. Adam Bodnar: Prawo do ochrony zdrowia, zgodnie w art. 68 Konstytucji RP, jest jednym z podstawowych praw obywatelskich.

Rzecznik Praw Obywatelskich pełni rolę uzupełniającą, strategiczną w porównaniu do działań Rzecznika Praw Pacjenta. RPO koncentruje się na działaniach systemowych. Rzecznika w tym zakresie wspierają: Komisja Ekspertów ds. Zdrowia oraz Komisja Ekspertów ds. Ochrony Zdrowia Psychicznego.

Jako główne problemy systemu ochrony zdrowia rzecznik praw obywatelskich wskazał na sytuację lekarzy rezydentów w kontekście niedawnego ich strajku. Konieczność wypełnienia zobowiązań władzy publicznej w zakresie wysokości finansowania systemu zdrowia (6 proc. PKB). W ocenie rzecznika bez dodatkowych środków finansowych nie uda się bowiem przeprowadzić skutecznych reform.

Rzecznik poruszy też narastający problem osób cierpiących na choroby rzadkie i konieczność przyjęcia przez Radę Ministrów projektu Narodowego Planu dla Chorób Rzadkich. Jest to szczególnie ważne z uwagi na specyfikę tej grupy pacjentów: mnogość jednostek chorobowych, dużą grupę pacjentów, jednakże rozdrobnioną z uwagi na rzadkość występowania danej choroby. To powoduje konieczność szczególnego traktowania tej grupy

pacjentów, z uwzględnieniem indywidualnego traktowania i specjalnej strategii.

Kolejnym istotnym problemem jest dramatyczna sytuacja w psychiatrii dzieci i młodzieży. O ile w psychiatrii dorosłych widać pewne pozytywne zmiany, o tyle w przypadku dzieci i młodzieży mamy do czynienia z narastającym, gigantycznym problemem, możemy wręcz mówić o zapaści w tym sektorze. Na dramatyczną sytuację składa się między innymi: brak lekarzy, przeludnienie oddziałów, ich zamykanie oraz złe warunki. To wszystko jest tym bardziej niepokojące, że wzrasta odsetek osób mających problemy psychiczne wśród najmłodszej części populacji. Problem też należy rozpatrywać przez pryzmat nowych technologii, ich wpływu na postrzeganie świata przez najmłodszych oraz zmianę modelu autorytetów.

System ochrony zdrowia to również personel medyczny. Z perspektywy RPO istotne znaczenie dla prawidłowości funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej ma adekwatna do potrzeb liczba lekarzy i pielęgniarek. W przypadku lekarzy mamy stały deficyt szeregu specjalistów (np. anestezjologów czy geriatrów). Środowisko pielęgniarek i położnych – w tym przypadku to brak zastępowalności pokoleń. Do tego dochodzi emigracja – przede wszystkim z powodów finansowych (zbyt niskich wynagrodzeń). Nie można również zapominać o personelu pomocniczym i wspomagającym. Wszyscy powinni móc pracować w godnych warunkach, za godziwe wynagrodzenie.

Od kilku lat społeczeństwo jest coraz bardziej świadome konsekwencji życia w zanieczyszczonym powietrzu. Walka ze smogiem nie jest domeną Ministra Zdrowia, jednakże smog negatywnie wpływa na dobrostan zdrowotny społeczeństwa. W tym zakresie musimy zmienić optykę i przestać postrzegać ten problem jako kwestie resortową. Pozostałe istotne zagadnienia zasygnalizowane przez RPO to: dostęp pacjentów do leków nowych generacji oraz system ich refundacji, geriatria w kontekście starzejącego się społeczeństwa, szpitalne oddziały ratunkowe oraz opieka paliatywna.

Mec. Piotr Mierzejewski: Prawo do ochrony zdrowia od lat niezmiennie pozostaje jednym z priorytetów Rzecznika Praw Obywatelskich kolejnych kadencji.

Kwestie pozostające ostatnio w centrum zainteresowania Rzecznika Praw Obywatelskich (RPO) to m.in.: starzenie się społeczeństwa, brak lekarzy geriatrów oraz odchodzenie od tworzenia specjalistycznych oddziałów geriatrycznych na rzecz interny, dramatyczna sytuacja w psychiatrii dzieci i młodzieży – zamykanie oddziałów, ich przeludnienie, złe warunki, brak kadry medycznej. Innym bardzo istotnym problemem jest konieczność walki ze smogiem i jego negatywnymi konsekwencjami dla zdrowia. Cieszy wzrost świadomości społeczeństwa w tym zakresie. Nadal jednak dużym niepokojem napawa zły stan powietrza. W wielu miejscowościach w okresie jesienno-zimowym jego wdychanie jest równoważne z codziennym wypalaniem paczki papierosów. Musimy wspólnie podjąć działania na rzecz wyeliminowania tego zagrożenia.

Działania RPO ukierunkowane na ochronę prawa obywateli do zdrowia należy podzielić na:

a) generalne – na przykład wystąpienia do Ministra Zdrowia, Prezesa NFZ, Rzecznika Praw Pacjenta;
b) procesowe – wnioski do Trybunału Konstytucyjnego, skargi do sądów administracyjnych, przystępowanie do spraw przed sądami powszechnymi;
c) indywidulane, na rzecz konkretnych pacjentów zwracających się ze skargą do RPO lub uczestniczących w spotkaniach regionalnych.

Dużym wsparciem w codziennej pracy RPO są utworzone przez niego: Komisja Ekspertów ds. Zdrowia oraz Komisja Ekspertów ds. Ochrony Zdrowia Psychicznego.

Istotną kwestią w działalności rzecznika w obszarze zdrowia publicznego jest możliwość aktywnego udziału w różnego rodzaju spotkaniach, przede wszystkim konferencjach i seminariach. Stanowią one platformę wymiany myśli, uwag czy pomysłów przedstawicieli środowiska medycznego, prawniczego oraz pacjentów i zrzeszających ich organizacji, jak również przedstawicieli organów władzy publicznej (Ministra Zdrowia, NFZ). Jedną z takich platform (think tank) jest Medyczna Racja Stanu pod honorowym patronem ks. kardynała Kazimierza Nycza. W ramach dotychczasowych spotkań omawiane były kwestie dotyczące problemu otyłości i związane z nim zagrożenie cukrzycą, sytuacja pacjentów onkologicznych oraz cierpiących na choroby rzadkie.

Mirella Panek-Owsiańska: Mam wrażenie, że w obszarze ochrony zdrowia brakuje dialogu i współpracy. Często mówi się także o braku szacunku różnych interesariuszy w stosunku do siebie.

Przykładowo organizacje pozarządowe narzekają, że Ministerstwo Zdrowia nie szanuje ich postulatów, środowisko lekarskie – że jego potrzeby są ignorowane, firmy farmaceutyczne nie mogą nawiązać dialogu z władzami. A tak naprawdę wszystkie te podmioty są interesariuszami w systemie ochrony zdrowia i każdy z nich odgrywa w nim bardzo ważną rolę.

Niektóre organizacje pozarządowe działają systemowo i oczekują zmian systemowych, niektóre mają charakter edukacyjny, inne – pomocowy. Łączy je jednak misja i wpływ społeczny. Organizacja skuteczna to zatem organizacja z misją, dobrze zarządzana, umiejąca pozyskiwać fundusze od darczyńców – nie tylko z funduszy rządowych, lecz przede wszystkim od darczyńców indywidualnych oraz prywatnych przedsibiorców. Organizacje w Polsce jeszcze uczą się skuteczniejszego prowadzenia działań edukacyjnych czy wprowadzania zmian systemowych. Uczą się także współpracy z innymi interesariuszami systemu ochrony zdrowia na zasadach partnerskich.

Dr n. hum. Małgorzata Synowiec-Piłat: Wykorzystanie socjologii w działaniach promujących zdrowie może być niezwykle pomocne, jeżeli chcemy zapewnić jak największą skuteczność podejmowanych interwencji prozdrowotnych.

Zainteresowania socjologii promocją zdrowia dotyczą dwóch obszarów:

1. Socjologii stosowanej w promocji zdrowia – dotyczy to sposobów, w jakich socjologiczne teorie, metodologia techniki wpływu mogą być pomocne w udoskonalaniu i rozwijaniu strategii i działań promocji zdrowia.
2. Socjologii promocji zdrowia – poświęcona jest krytycznej analizie poszczególnych założeń promocji zdrowia.

Właściwie wszystkie obszary działań promocji zdrowia mogą być przedmiotem analiz oraz interwencji socjologicznych, a zwłaszcza następujące jej strategie: wzmacnianie działań prozdrowotnych w społecznościach, współpraca międzysektorowa na rzecz zdrowia, tworzenie środowisk wspierających zdrowie, rozwijanie indywidualnej umiejętności dbania o zdrowie czy reorientacja służby zdrowia.

Jeżeli mówimy o skuteczności współczesnej promocji zdrowia, warto wyjść od rozważań na temat idei aktywizacji i upodmiotowienia (*empowerment*), która jest uważana za priorytet współczesnej promocji zdrowia oraz najskuteczniejsze narzędzie w rozwiązywaniu problemów zdrowotnych. Upodmiotowienie to zdolność do przejęcia kontroli nad swoim życiem i zdrowiem. Oprócz zdobywania kontroli na poziomie indywidualnym ważne jest także motywowanie ludzi do aktywnego angażowania się we wzmacnianie zdrowia w społecznościach, w których żyją. W procesie upodmiotawiania jednostek i grup społecznych socjologia jako nauka ma nie tylko walor poznawczy (wyjaśnia zjawiska związane ze zdrowiem), lecz przede wszystkim praktyczny – dysponuje narzędziami wpływu społecznego (socjotechnik), które są i powinny być stosowane w promocji zdrowia, z zachowaniem zasad etyki.

Aby móc skutecznie realizować w praktyce ideę upodmiotowienia na rzecz zdrowia, konieczne jest uwzględnianie w podejmowanych interwencjach zdrowotnych bardzo szerokiego spektrum społeczno-kulturowych i środowiskowych czynników mających wpływ na zdrowie (zależność zdrowia od obowiązujących w danej społeczności norm, systemów wartości i przekonań oraz związanych z tym społecznych oczekiwań, a także od uwarunkowań makro- i mikrostrukturalnych, w tym od pełnionych przez jednostkę ról społecznych). Jest to bezpośrednio związane z kategorią stylu życia, która w naukach medycznych sprowadza się do określonych behawioralnych czynników ryzyka. W socjologii natomiast kategoria stylu życia jest rozumiana o wiele szerzej, stanowi wykładnię położenia społecznego i podstawę identyfikacji społecznej jednostek i zbiorowości. Styl życia rozumiany jest jako zakres i formy codziennych zachowań swoistych

dla określonej zbiorowości społecznej, tj. charakterystyczny sposób bycia w społeczeństwie.

Fakt, że wzrost wskaźników zachorowalności i umieralności na choroby cywilizacyjne jest generowany w głównej mierze przez nieprzestrzeganie zaleceń odnośnie prozdrowotnego stylu życia, doprowadził do konstatacji, że są to tzw. choroby z wyboru. W efekcie występuje tendencja do zrzucania całej odpowiedzialności za stan zdrowia na jednostkę. Nie akceptuje się zatem, bądź nie dostrzega, złożoności społecznych uwarunkowań zdrowia i choroby. Powstaje więc problem określenia granic indywidualnej odpowiedzialności za stan zdrowia. Tendencja do zrzucania całej odpowiedzialność za zdrowie na jednostkę i jej zdrowotne wybory jest dużym nadużyciem i można ją uznać za nieetyczne uogólnienie ze względu na to, że:

- w określonych sytuacjach jednostki i grupy nie mogą podejmować prozdrowotnych wyborów z powodu niskiego poziomu świadomości zdrowotnej, sytuacji ekonomicznej, miejsca zamieszkania, nacisków kulturowych;
- choroby i niepełnosprawność wynikają nie tylko z indywidualnych wyborów, lecz także ze złożonego oddziaływania czynników biologicznych, genetycznych i środowiskowych (bezrobocie, bieda, skażenie środowiska, brak dostępu lub niska jakość usług medycznych, określone procesy społeczne).

Z powyższym zjawiskiem związany jest tzw. kult zdrowia (*healthism*), czyli postulat podporządkowania życia zdrowiu oraz piętnowanie tych, którzy nie stosują się do propagowanych zaleceń zdrowotnych. Zakłada się à priori, że zdrowie jest dla wszystkich najważniejszą wartością, co jak pokazują badania, nie jest prawdą (tylko w deklaracjach, nie w praktyce życia codziennego). Należy również pamiętać, że dążenie do doskonałego wizerunku człowieka zdrowego lansowanego przez promocję zdrowia u jednych poprawia kondycję zdrowotną, u innych może prowadzić do zaburzeń zdrowotnych. Należy również pamiętać o tzw. szumie informacyjnym w mediach odnośnie problematyki zdrowia i jego konsekwencjach.

W wyniku powyższych zjawisk ta część społeczeństwa, która nie jest w stanie sprostać wymaganiom, staje się ofiarą idei, która miała jej służyć. Mówimy tu o tzw. syndromie obwiniania ofiary. Jednostki i grupy są naznaczane ze względu na to, że nie stosują się do określonych zaleceń zdrowotnych – niejednokrotnie nie ze swojej winy. W efekcie, na skutek wypaczenia podstawowych założeń promocji zdrowia, jednostki i grupy, którym przede wszystkim idea promocji zdrowia miała służyć (priorytet wyrównywania szans w działaniach na rzecz zdrowia), m.in. osoby biedne, mniej wykształcone, mogą się stać jej ofiarami.

Opisane procesy znacząco przyczyniają się do obniżenia skuteczności prowadzonych, zarówno na poziomie makrostrukturalnym, jak i oddolnie, interwencji prozdrowotnych w ramach poszczególnych społeczności. W związku z powyższym w dążeniu do poprawy skuteczności działań mających na celu promowanie prozdrowotnego stylu życia, czyli określonych zachowań zdrowotnych, za szczególnie istotne należy uznać następujące postulaty:

1. Konieczność opierania interwencji prozdrowotnych na paradygmacie upodmiotowienia na rzecz zdrowia, polegającym na angażowaniu jednostek i grup w działania na rzecz zdrowia własnego i społeczności, w których żyją.
2. Uwzględnianie społeczno-kulturowych determinant stylu życia (behawioralnych czynników ryzyka) w interwencjach prozdrowotnych (nieograniczanie działań prozdrowotnych do kształtowania określonych behawioralnych czynników ryzyka bez zrozumienia ich uwarunkowań i barier w realizacji), a w konsekwencji konieczność: a) relatywizacji działań promocji zdrowia w odniesieniu do różnych kategorii odbiorców, pochodzących z różnych zbiorowości społecznych; b) powiązania stylu życia z procesami społecznymi (uwarunkowania strukturalne i systemowe; ekonomiczne etc. – np. nierówności w zdrowiu, jakość i dostępność do usług medycznych; role społeczne etc.) oraz z socjalizacją jednostek i grup (uwzględnienie w działaniach prozdrowotnych poszczególnych determinant kulturowych, wpływających na ludzkie zachowania – wartości, norm, postaw i laickich przekonań).
3. Potrzeba stałego zacieśniania współpracy środowiska medycznego z socjologami zarówno w projektach badawczych, jak i w działaniach praktycznych – na rzecz podnoszenia skuteczności podejmowanych interwencji prozdrowotnych.

4.1

Przykłady programów, kampanii, akcji i innych inicjatyw wspierających ochronę zdrowia w Polsce

W świetle przytaczanych podczas Kongresu danych statystycznych dotyczących zdrowia Polaków edukacja i profilaktyka prozdrowotna stają się obecnie ważniejsze niż kiedykolwiek wcześniej. Istnieje szansa na to, że wdrożenie programów wspierających ochronę zdrowia w Polsce mogłoby odwrócić niekorzystne trendy w ochronie zdrowia. – Nie wystarczy jednak powiedzieć: „Badaj się". Trzeba mieć wspólną strategię profilaktyki skierowaną do dzieci, młodzieży i dorosłych, szczególnie seniorów – podkreślał prof. Henryk Skarżyński. Punktem wyjścia do opracowania takiej strategii mogą być doświadczenia zebrane podczas realizacji dotychczasowych programów wspierających ochronę zdrowia.

Podczas Kongresu „Zdrowie Polaków" 2019 wiele miejsca poświęcono zainicjowanemu w 2016 r. przez prof. Henryka Skarżyńskiego Wielospecjalistycznemu programowi przeciwdziałania chorobom cywilizacyjnym i wsparcia zdrowia Polaków „Po Pierwsze Zdrowie", którego podsumowanie miało miejsce podczas debaty plenarnej „Największe zagrożenia zdrowotne dla naszego społeczeństwa". Charakter podsumowania miała także debata plenarna „Medyczna Racja Stanu – co się udało, co przed nami?". Podczas kolejnych debat i paneli przypomniano także wiele innych programów profilaktycznych, w tym lokalnych, regionalnych, a także inicjatyw i pomysłów krzewienia zdrowego stylu życia wśród Polaków. Przedstawiając wymierne korzyści, które przyniosły te działania, podkreślano jednocześnie, jak wiele jest jeszcze do zrobienia.

Za jeden z najważniejszych celów uznano działania mające na celu ochronę zdrowia najmłodszego pokolenia Polaków, w szczególności walkę z narastającym problemem, jakim jest otyłość wśród dzieci. Najbardziej skutecznym narzędziem w walce z otyłością dzieci jest aktywność fizyczna. Tymczasem – jak alarmował prof. Wiesław Osiński – 50 proc. dzieci ćwiczy wyłącznie na lekcjach wychowania fizycznego. Wspominając o dzieciach, którym boisko zastępuje teraz komputer, mówiono jednocześnie o konieczności zwiększenia aktywności fizycznej wśród ich rodziców i dziadków. Mimo że hasło „Ruch to zdrowie" promowane jest od wielu lat, w ocenie specjalistów tylko 20 proc. Polaków jest aktywnych w sposób zadawalający.

Wystąpienia licznych prelegentów pokazały, że w Polsce nie brakuje inicjatyw i pomysłów na profilaktykę zdrowia nie tylko wśród lekarzy i ekspertów, lecz także przedstawicieli organizacji pacjenckich, pozarządowych i samorządów. Rzecz w tym, aby wszystkie strony, którym ten ważny problem jest bliski, na podstawie dotychczas zebranych doświadczeń wypracowały wspólną strategię działań i zaczęły przez kolejne lata konsekwentnie realizować ją pod wspólnym szyldem. Efekty takiej współpracy i konsekwencji w działaniu widać na przykład w Wielkiej Brytanii czy krajach skandynawskich, znanych z wysokiego poziomu wiedzy obywatelskiej i wysokiego poziomu edukacji zdrowotnej. Jednak, jak zaznaczyła Marta Pawłowska, efekty, które dzisiaj możemy podziwiać w tej części Europy, są następstwem 20 lat pracy na rzecz edukacji zdrowotnej i prewencji chorób. W Polsce – dodała M. Pawłowska – odpowiedzialnej profilaktyki dopiero się uczymy.

Ogólnopolska debata „Wspólnie dla Zdrowia" i raport podsumowujący „Strategiczne kierunki rozwoju systemu ochrony zdrowia w Polsce".

Profilaktyka i zdrowie publiczne to jeden z istotnych punktów debaty „Wspólnie dla Zdrowia", której inicjatorem jest minister zdrowia, prof. Łukasz Szumowski. Celem debaty jest wypracowanie systemu, który zrównoważy potrzeby społeczne z możliwościami finansowymi i gospodarczymi państwa, oraz wskazanie, w jaki sposób rosnące, ale wciąż ograniczone nakłady na zdrowie wydawać najbardziej efektywnie.

Wnioski z ogólnopolskiej debaty o kierunkach zmian w ochronie zdrowia zawiera dokument podsumowujący pt. „Strategiczne kierunki rozwoju systemu ochrony zdrowia w Polsce" – to dzieło zbiorowe zespołu redakcyjnego pracującego pod kierunkiem **prof. Piotra Czauderny** oraz wielu ekspertów i naukowców z różnych dziedzin i różnych ośrodków w naszym kraju. W dokumencie tym eksperci podkreślają priorytety zdrowia publicznego:

- wzmacnianie świadomości i odpowiedzialności co do skutków występowania zagrożeń zdrowotnych, zwłaszcza poprzez działania w zakresie edukacji dzieci i młodzieży,
- zapewnienie powszechności dostępu do działań profilaktycznych i promujących zdrowie,
- uruchamianie długofalowych strategicznych programów ogólnopolskich skupionych na redukcji najważniejszych czynników zagrażających zdrowiu,
- ustalenie zakresu odpowiedzialności jednostek samorządu terytorialnego (JST) za działania z obszaru zdrowia publicznego oraz zaoferowanie wsparcia merytorycznego w realizacji samorządowych programów zdrowotnych,
- wykorzystanie podstawowej opieki zdrowotnej oraz medycyny pracy do prowadzenia systematycznej oceny ryzyka zdrowotnego na poziomie indywidualnym, w postaci tzw. bilansów zdrowia dla osób dorosłych.

Eksperci zwracają uwagę, że należy dążyć do uproszczenia modelu finansowania poszczególnych zadań poprzez konsolidację obecnie wykorzystywanych środków w jednym funduszu zdrowia publicznego, który gromadziłby środki przeznaczane na finansowanie zadań.

Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) terminem „zdrowie" określa stan pełnego/całkowitego dobrego samopoczucia/dobrostanu fizycznego, psychicznego i społecznego, a nie tylko brak choroby czy niepełnosprawności. Jest to także sprawność do prowadzenia produktywnego życia społecznego i ekonomicznego, poszerzona również o wymiar duchowy. Można więc w pewnym uproszczeniu skonstatować, że za zdrowie w pierwszej kolejności odpowiadają czynniki społeczno-ekonomiczne (w tym środowisko) oraz czynniki behawioralne (styl życia), a w mniejszym stopniu stan ten determinują: realizacja świadczeń opieki zdrowotnej oraz czynniki genetyczne. Odpowiedzialność obywatela za swoje zdrowie powinna być zrównoważona dobrze zorganizowaną, dostępną na czas i skuteczną ochroną zdrowia. Prawu każdego obywatela do ochrony zdrowia winna towarzyszyć także współodpowiedzialność rozumiana jako powinność dbania o własne zdrowie w zakresie stylu życia, przeciwdziałania chorobom zakaźnym, a także regularnego uczestniczenia w badaniach profilaktycznych finansowanych ze środków publicznych, a także niepodejmowanie działań, które są szkodliwe dla zdrowia innych osób i aktywne uczestnictwo w działaniach poprawiających zdrowie indywidualne i zbiorowe. Należy zahamować lub nawet odwrócić negatywne trendy zdrowotne obserwowane wśród dzieci i młodzieży, wprowadzając przedmiot zdrowie lub lekcje o zdrowiu do szkół podstawowych i średnich. W ramach tych zajęć kształtowane powinny być kompetencje w zakresie wiedzy o wpływie ludzkich zachowań oraz środowiska na zdrowie, prawach pacjenta, współodpowiedzialności za własne zdrowie oraz o sposobie korzystania z opieki zdrowotnej. Podstawa programowa takich lekcji musi uwzględniać konieczność budowania kompetencji zdrowotnych, czyli umiejętności

pozwalających na wdrożenie zasad zdrowego stylu życia. Należy rozważyć wprowadzenie systemu motywacyjnego zachęcającego do korzystania z badań profilaktycznych i szczepień finansowanych ze środków publicznych. Od kilku lat odsetek Polaków uczestniczących w populacyjnych badaniach przesiewowych jest na niewystarczającym poziomie. Dotyczy to głównie nowotworów (np. raka piersi, raka szyjki macicy, raka jelita grubego), które są drugą najczęstszą przyczyną zgonów Polaków. Kierowanie imiennych listów z zaproszeniami do pacjentów okazało się nieskuteczne, dlatego konieczne jest podejmowanie innych działań. Należy rozszerzyć kompetencje medycyny pracy i powierzyć jej obowiązki w zakresie wczesnego wykrywania chorób przewlekłych i cywilizacyjnych (np. cukrzycy, nadciśnienia tętniczego, miażdżycy, chorób metabolicznych, nowotworów). Obecnie problemem w Polsce jest zbyt późne wykrywanie chorób przewlekłych, takich jak cukrzyca, choroby układu krążenia czy zaburzenia lipidowe. Jedną z przyczyn takiego stanu rzeczy w odniesieniu do osób czynnych zawodowo jest brak wykorzystania potencjału medycyny pracy do działań profilaktycznych.

Wielospecjalistyczny całoroczny program przeciwdziałania chorobom cywilizacyjnym i wsparcia zdrowia Polaków „Po Pierwsze Zdrowie"

Trwający od 2016 r. program „Po Pierwsze Zdrowie" ma na celu stałą promocję badań przesiewowych w różnych obszarach medycyny oraz kreowanie postaw prozdrowotnych i solidarności międzypokoleniowej, które we współczesnym społeczeństwie są fundamentem sprawnego systemu opieki zdrowotnej i społecznej. Założenia i dotychczasowe efekty Programu zostały omówione podczas debaty plenarnej „Największe zagrożenia zdrowotne dla naszego społeczeństwa" moderowanej przez inicjatora Programu prof. Henryka Skarżyńskiego oraz dr. Andrzeja Mądralę. W podsumowaniu „Po Pierwsze Zdrowie" udział wzięli m.in. eksperci zaangażowani w realizację Programu.

Program został zainicjowany przez prof. Henryka Skarżyńskiego i zaplanowany na kilka kolejnych lat. Jego celem jest opracowanie ogólnopolskiego programu badań przesiewowych w wielu specjalnościach medycznych oraz stworzenie nowych standardów zapobiegania chorobom cywilizacyjnym w Polsce. Program został wsparty przez Komitet Nauk Klinicznych PAN i Radę Główną Instytutów Badawczych. Jego głównymi realizatorami są: Światowe Centrum Słuchu Instytutu Fizjologii i Patologii Słuchu i Instytut Narządów Zmysłów we współpracy z licznymi zespołami eksperckimi w wielu specjalnościach, towarzystwami naukowymi i organizacjami pozarządowymi.

Głównymi partnerami Programu są: Telewizja Polska oraz Polskie Radio. Inicjatywa zyskała duże wsparcie ze strony środowiska medycznego, a także mediów zajmujących się medycyną i zdrowiem.

Początkowo Program odnosił się do narządów słuchu, wzroku, równowagi oraz mowy. Sprawność słuchu i mowy ma decydujący wpływ na jakość komunikacji międzyludzkiej, a tym samym na rozwój współczesnych społeczeństw. Szczególnego znaczenia nabiera to w przypadku społeczeństwa polskiego, w którym szybkie powiększanie się grupy seniorów oznacza nowe wyzwania dla systemu opieki społecznej i zdrowotnej.

Pierwsze założenia Programu powstały na podstawie wieloletnich doświadczeń zespołu Instytutu w organizacji badań populacyjnych pod kątem wczesnego wykrywania zaburzeń słuchu i mowy. Zasadniczym celem przedsięwzięcia było połączenie wysiłku kilkunastu środowisk specjalistów z różnych obszarów medycyny i ochrony zdrowia oraz partnerów medialnych na rzecz promocji powszechnych badań profilaktycznych pozwalających

na wczesne wykrywanie chorób cywilizacyjnych. W szczególności chodzi o badania w kierunku wczesnego wykrywania chorób neurodegeneracyjnych w starzejącym się społeczeństwie, wczesnego wykrywania zaburzeń narządów zmysłów, m.in. słuchu, wzroku, równowagi i czucia, wczesnego wykrywania nowotworów głowy i szyi oraz raka prostaty, wczesnego wykrywanie chorób układu krążenia czy wczesnych symptomów cukrzycy.

Na obecnym etapie nadrzędnym celem Programu jest budowanie w naszym kraju aktywnych postaw prozdrowotnych, a także solidarności międzypokoleniowej, niezbędnej zwłaszcza dla zapewnienia należytej opieki rosnącemu odsetkowi seniorów. Stanowi to fundamenty sprawnego systemu wspierania opieki zdrowotnej Polaków. Powyższy cel jest zrealizowany poprzez:

- skuteczne informowanie – za pośrednictwem środków masowego przekazu: radia, telewizji, internetu oraz prasy ogólnodostępnej i specjalistycznej – o stanie zdrowia Polaków oraz możliwościach wczesnego wykrywania wielu schorzeń;
- konsultacje udzielane przez wielospecjalistyczne zespoły w miastach i gminach we wszystkich regionach kraju; zespoły te będą przeprowadzały w mobilnych centrach medycznych także badania przesiewowe, specjalistyczne, ankietowe;
- wykłady popularnonaukowe transmitowane online;
- udział ekspertów w debatach na temat zdrowia Polaków i budowania niezbędnej dla skutecznej ochrony zdrowia solidarności międzypokoleniowej podczas forów gospodarczych, ekonomicznych, samorządowych, społecznych, naukowych.

Program zakłada uzupełnienie badań medycznych, konsultacji i porad działaniami informacyjnymi oraz organizacją wydarzeń o charakterze edukacyjnym, które promują najnowsze osiągnięcia polskiej nauki i medycyny. Będą one obejmowały:

- projekcje filmowe prezentujące w przystępnej formie postęp w medycynie, sposoby wczesnego wykrywania, zapobiegania i terapii różnych schorzeń, dostępne online na stronie Programu (www.popierwszezdrowie.pl);
- prezentowanie różnych możliwości w budowaniu postaw prozdrowotnych z wykorzystaniem nowoczesnych rozwiązań z zakresu telemedycyny w celu zachęcania dzieci i młodzieży do dbania o swoje zdrowie oraz zdrowie rodziców i dziadków;
- współorganizację koncertów muzycznych (z udziałem profesjonalistów, a także pacjentów w różnym wieku) promujących osiągnięcia medycyny, nauki oraz sposoby wzajemnego wsparcia niezbędnego w budowaniu solidarności międzypokoleniowej.

Celem wszystkich działań podejmowanych w ramach Programu jest wykorzystanie możliwości inicjatorów w poszczególnych obszarach medycyny oraz partnerów medialnych – służących kreowaniu nowych, prospołecznych postaw każdego Polaka oczekującego zabezpieczenia jego interesów zdrowotnych na poziomie wczesnej profilaktyki, wczesnego identyfikowania schorzeń oraz wczesnej właściwej interwencji terapeutycznej. Program ma przyjąć formę całorocznej kampanii, która podchodzi do zdrowia Polaków w sposób szeroki, możliwie kompleksowy, a badania przesiewowe, które można wykonać podczas jej trwania, umożliwiają badanym wczesne wykrycie schorzeń dotyczących wielu narządów. Powinno to przyczynić się do podniesienia poziomu edukacji zdrowotnej obywateli, zmiany ich postaw na wyraźnie prozdrowotne zachowania, zwłaszcza w odniesieniu do zagrożeń chorobami cywilizacyjnymi, które nie omijają żadnego społeczeństwa.

W pierwszym roku realizacji Programu (2016 r.) specjaliści Instytutu Fizjologii i Patologii Słuchu wykonywali badania przesiewowe słuchu w każdy weekend wakacji przed koncertem organizowanym przez Polskie Radio na letniej trasie znanej audycji „Lato z Radiem". Ponadto mieszkańcy odwiedzanych miast mogli skorzystać z porad lekarzy otolaryngologów, audiologów, foniatrów oraz specjalistów zajmujących się rehabilitacją słuchu (psychologów, pedagogów, logopedów). W 16 miastach i miasteczkach z badań i porad skorzystało ponad 5 tys. osób. W 2017 r. w akcję zaangażowanych było już ponad 70 specjalistów z różnych dziedzin medycyny – otolaryngologii, audiologii, foniatrii, periodontologii, okulistyki, neurologii, kardiologii, chirurgii naczyniowej, urologii, dermatologii. W sumie specjaliści przeprowadzili ponad 8 tys. konsultacji i badań. Mobilne Centrum Słuchu i Mobilne Centrum Medyczne przejechały po kraju prawie 8 tys. kilometrów. W 2018 r.

interdyscyplinarny zespół specjalistów jeszcze bardziej się powiększył. Oprócz otolaryngologów, audiologów, foniatrów ze Światowego Centrum Słuchu IFPS i Instytutu Narządów Zmysłów w Programie udział wzięli także specjaliści periodontologii, okulistyki, kardiologii, dermatologii, onkologii, urologii, hematologii, chirurgii, chirurgii szczękowej, pediatrii, psychiatrii dzieci i młodzieży, gastroenterologii i dietetyki. Zespół ten wyruszył w Polskę 34 razy. Z badań i konsultacji skorzystało kilkanaście tysięcy pacjentów. W 2019 r. wielospecjalistyczne zespoły odwiedziły największe i najbardziej znane polskie miasta (Warszawa, Kraków, Chorzów, Gdynia, Toruń, Łódź, Zakopane, Olsztyn, Ciechocinek, Międzyzdroje, Radom, Giżycko, Mrągowo, Płock, Bielsko-Biała) oraz zlokalizowane w różnych częściach kraju miasteczka i gminy (Bogatynia, Krasiczyn, Stalowa Wola, Puck, Nowy Sącz, Brodnica, Gniewno, Jabłonna, Garwolin/Miętne). Mieszkańcy 34 odwiedzanych miast i gmin mogli zbadać słuch, a także skorzystać z porad otolaryngologów, audiologów, foniatrów, logopedów, okulistów, periodontologów, kardiologów, dermatologów, hematologów, onkologów, chirurgów szczękowych, psychiatrów i psychologów oraz dietetyków.

Program „Po Pierwsze Zdrowie" wspierało grono znakomitych ekspertów: **dr n. med. Katarzyna Becker** z Polikliniki Stomatologicznej „Pod Szyndzielnią" w Bielsku-Białej, członek zarządu śląskiego oddziału Polskiego Towarzystwa Ortodontycznego), **prof. Renata Górska**, kierownik Zakładu Chorób Błony Śluzowej i Przyzębia Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, prezes Polskiego Towarzystwa Periodontologicznego, **prof. Iwona Grabska-Liberek**, kierownik Kliniki Okulistyki Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego, dyrektor Banku Tkanek Oka, prezes Polskiego Towarzystwa Okulistycznego, **prof. Teresa Dorota Jackowska**, kierownik Kliniki Pediatrii CMKP, konsultant krajowy w dziedzinie pediatrii, **prof. Mirosław Jarosz**, dyrektor Narodowego Centrum Edukacji Żywieniowej, koordynator kliniczny Zespołu Oddziałów Chorób Wewnętrznych i Gastroenterologii Szpitala Bródnowskiego w Warszawie, **dr n. med. Grzegorz Juszczyk**, dyrektor Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – Państwowego Zakładu Higieny oraz Instytutu Żywności i Żywienia, **prof. Ewa Lech-Marańda**, dyrektor Instytutu Hematologii i Transfuzjologii, konsultant krajowy w dziedzinie hematologii, **prof. Sławomir Majewski**, kierownik Katedry Dermatologii i Wenerologii Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, sekretarz Rady Naukowej przy Ministrze Zdrowia, **dr n. med. Janusz Meder**, kierownik Oddziału Zachowawczego Kliniki Nowotworów Układu Chłonnego Centrum Onkologii – Instytutu im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie, prezes Polskiej Unii Onkologii, **prof. Iwona Niedzielska**, kierownik Oddziału Chirurgii Szczękowo-Twarzowej Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach, konsultant wojewódzki ds. chirurgii szczękowo-twarzowej, **prof. Grzegorz Opolski**, kierownik I Katedry i Kliniki Kardiologii Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, wiceprzewodniczący Rady Naukowej przy Ministrze Zdrowia, **dr hab. n. med. Barbara Remberk**, kierownik Kliniki Psychiatrii Dzieci i Młodzieży Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie, konsultant krajowy w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży.

W terenie do badań w ramach Programu „Po Pierwsze Zdrowie", oprócz specjalistów, zachęcali dziennikarze, przedstawiciele władz lokalnych i Kościoła. W mobilnych centrach suchu w badanich brali udział dziennikarze radiowej Jedynki i członkowie plenerowego studia „Lata z Radiem" oraz ich goście, m.in. znani artyści, muzycy, aby z pełnym zaangażowaniem przekonywać słuchaczy, że warto korzystać m.in. z profilaktycznych badań słuchu. – To badanie bezbolesne, nieinwazyjne, trwa zaledwie kilka minut – zachęcali prowadzący audycję, m.in. Karolina Rożej, Sława Bieńczycka, Marta Januszewska, Monika Tarka-Kilen, Roman Czejarek, Robert Kilen i Bogdan Sawicki. „Usłyszałam/em w radiu, że w naszym mieście wykonywane są badania", powtarzali zgłaszający się na badania w mobilnych centrach mieszkańcy odwiedzanych miejscowości.

W promocję Programu włączyli się przedstawiciele lokalnych władz – burmistrzowie miast i wójtowie. Burmistrz Tomaszowa Lubelskiego Tomasz Żukowski zgłosił się do Mobilnego Centrum Medycznego, a potem osobiście zapraszał na badania mieszkańców swojego miasta, podkreślając, że badania „bardzo rzadko bywają wykonywane niekomercyjnie w plenerze". W Płońsku do badań plenerowych zachęcał wójt Aleksander Jarosławski, w Siemiatyczach – burmistrz Piotr Siniakowicz, w Solcu Kujawskim – burmistrz Teresa Substyk, w Miastku – burmistrz Roman Ramion, w Katowicach – prezydent Marcin Krupa. Pomocą w nagłaśnianiu Programu „Po Pierwsze Zdrowie" służyli także proboszczowie parafii. Mieszkańcy odwiedzanych miast, miasteczek i gmin nie pozostawali

obojętni na zaproszenia płynące z anteny, z ambony i od przedstawicieli lokalnych władz. Im więcej na temat profilaktyki zdrowia mówiono na forum publicznym, tym więcej chętnych zgłaszało się do mobilnych centrów.

Cztery lata badań pilotażowych prowadzonych w całej Polsce pozwoliły na uzyskanie danych, które wskazują na potrzebę wykonywania szeroko zakrojonych badań przesiewowych nie tylko pod kątem słuchu, wzroku i mowy, lecz także najczęstszych chorób zagrażających zdrowiu i decydujących w dużej mierze o kondycji współczesnych społeczeństw. Obecnie leczenie tzw. chorób cywilizacyjnych jest ogromnym obciążeniem dla budżetu państwa. Zapobieganie im, a także ich wczesne wykrywanie i wczesna terapia nie tylko zwiększają skuteczność leczenia, lecz także są zdecydowanie bardziej opłacalne z punktu widzenia farmakoekonomiki. Uzyskane w ten sposób oszczędności rekompensują nakłady poniesione na badania profilaktyczne, w tym powszechny screening.

– Akcja „Po Pierwsze Zdrowie" objęła całą Polskę. Ta inicjatywa jest też przykładem współpracy specjalistów różnych dziedzin. Chcemy te dobre wzorce kontynuować, oczywiście jeśli będziemy mieć tak dobrych partnerów, którzy nam to umożliwią – mówił podczas debaty podsumowującej prof. H. Skarżyński. Potrzebę wdrożenia szeroko zakrojonych badań profilaktycznych i przesiewowych podkreślali eksperci wielu dziedzin medycyny.

Medyczna Racja Stanu – co się udało, co przed nami

Na Kongresie „Zdrowie Polaków" 2019 Medyczna Racja Stanu zaprezentowała swój dorobek i plan dalszych aktywności. W debacie plenarnej udział wzięli nasi goście: Grzegorz Błażewicz, zastępca rzecznika praw pacjenta, mec. Piotr Mierzejewski, zastępca przewodniczącego Zespołu ds. Zdrowia w Biurze Rzecznika Praw Obywatelskich, i Krystyna Wechmann, prezes PKPO, oraz eksperci MRS: ks. prof. Władysław Duda i prof. Zbigniew Żuber. Grono założycieli MRS reprezentowali: prof. Leszek Czupryniak, Anna Jasińska, dr Janusz Meder i dr Michał Sutkowski.

Powody powołania Medycznej Racji Stanu

Decyzja o powołaniu do życia think tanku Medyczna Racja Stanu (MRS) zapadła jesienią 2016 r. w reakcji na pogłębiającą się zapaść systemu ochrony zdrowia w Polsce i brak tej tematyki w dyskursie politycznym towarzyszącym kolejnym wyborom prezydenckim i parlamentarnym.

Świadomość zagrożeń demograficznych i ich implikacji zdrowotnych oraz pogarszająca się sytuacja pacjentów: coraz dłuższe kolejki, coraz większy zakres współpłacenia za leki i usługi medyczne, coraz dalsze miejsce Polski w pięcioletnich przeżyciach pacjentów onkologicznych, ograniczony dostęp do innowacyjnych metod diagnostyki i terapii, dotkliwy brak kadr... Wszystko to przyspieszyło decyzje o powołaniu MRS.

Koncept Medycznej Racji Stanu, jako nieformalnej grupy ekspertów różnych dziedzin naszego życia społecznego, powstał z inicjatywy: ISP PAN, Polskiej Unii Onkologii, Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce i Green Communication, stosownie do trendów zaobserwowane przez prof. Pawła Kowala w innych krajach UE, gdzie politycy równie niechętnie podejmowali systemowe decyzje strategiczne i patrzyli na wyzwania zdrowotne tylko z perspektywy „tu i teraz" i tylko pod warunkiem „żeby było niedrogo!". Medyczna Racja Stanu zaproponowała ponad podziałami konstruktywny dialog wszystkich środowisk opiniotwórczych, których przedstawicielom nieobojętna jest zdrowotna kondycja Polaków.

O czym mówiliśmy przez ostatnie 3 lata

I. Pierwsza debata Medycznej Racji Stanu „Zdrowie i Bezpieczeństwo" (grudzień 2016) miała zwrócić uwagę elit władzy na fakt, że zagrożenia naszych granic są obecnie tylko hipotetyczne i choć nie można ich przyszłościowo lekceważyć, to jednak już teraz, każdego dnia zbyt wielu polskich pacjentów

przegrywa walkę o życie. To z kolei wymusza inne podejście do wydatków budżetowych na realizację wyzwań zdrowotnych jako priorytetowych.

Opracowany przez ISP PAN i zaprezentowany podczas debaty raport „Zdrowie i Bezpieczeństwo Narodowe" wskazywał na możliwość powołania Europejskiej Unii Zdrowia jako inicjatywy polskiego rządu w trosce o kondycje zdrowotną wszystkich obywateli UE wobec takich wyzwań jak: onkologia, choroby rzadkie i choroby metaboliczne będące konsekwencją otyłości.

Autor raportu – red. Wojciech Jakóbik – poddawał pod rozwagę stworzenie wspólnego unijnego budżetu ratunkowego dla pacjentów w stanie zagrożenia życia spowodowanego chorobami onkologicznymi i rzadkimi.

II. Debata „Tezy dla Zdrowia" (czerwiec 2018) służyła przedstawieniu wypracowanych przez Radę Ekspertów MRS w 2017 r. 16 tez jako propozycji konkretnych rozwiązań systemowych służących poprawie kondycji zdrowotnej Polaków i poddaniu ich konsultacjom społecznym:

1. Przyjęcie zasady „zdrowie w polityce".
2. Propagowanie, kontrolowanie i nagradzanie postaw służących trosce o jakość.
3. Przyjęcie, że najważniejsze reformy powinny zostać przeprowadzone w ciągu 5 lat. Nazywamy to zasadą „Horyzont 2023".
4. Skrócenie czasu oczekiwania na refundację leków i realizację programów lekowych, zmniejszające w dłuższej perspektywie obciążenie publicznych finansów, a co najważniejsze oszczędzające cierpienia chorym i ich bliskim.
5. Ustalenie zasady, że celem jest zapewnienie wszystkim przewlekle chorym takiego poziomu leczenia, aby mieli możliwość jak najdłużej pozostawać na rynku pracy.
6. Racjonalne określenie zawartości koszyka świadczeń gwarantowanych w systemie ochrony zdrowia, przeprowadzone na podstawie aktualnej wiedzy medycznej i dokładnego rozpoznania potrzeb polskiego społeczeństwa.
7. Wprowadzenie zasady równości podmiotów leczniczych wobec płatnika – NFZ.
8. Umożliwienie pozabudżetowego dopływu środków finansowych na ochronę zdrowia i zrównanie wysokości składek zdrowotnych wszystkich grup społecznych.
9. Powołanie funduszu walki z rakiem.
10. Powołanie funduszu na rzecz chorób rzadkich i ultrarzadkich.
11. Systemowe wsparcie dla osób uczestniczących w programie walki z otyłością i nadwagą – „Motywacja+".
12. Propagowanie wiedzy na temat skutecznego zapobiegania chorobom cywilizacyjnym (sercowo-naczyniowym, onkologicznym, metabolicznym) i premiowanie przestrzegania zasady współodpowiedzialności każdego z nas za własne zdrowie.
13. Postawienie na POZ i stworzenie programu wsparcia opieki środowiskowej.
14. Powołanie europejskiej unii zdrowia.
15. Utrzymanie zasady obowiązkowości szczepień ochronnych w Polsce.
16. Promocja Polski przez zdrowie.

III. Podczas debaty „Kapitał – Zdrowie Narodu" (kwiecień 2019) eksperci medyczni, ekonomiści, prawnicy i etycy prezentowali decydentom dane dotyczące kosztów, jakie generuje późne wykrywanie chorób przewlekłych i suboptymalne ich leczenie.

W Polsce co czwarty pacjent nie pracuje zawodowo z powodu choroby przewlekłej. Związane z tym wydatki budżetowe i koszty pośrednie są liczone w miliardach złotych i przewyższają kilkukrotnie wydatki, które NFZ ponosi bezpośrednio na leczenie pacjentów. Koszty te przekładają się na kondycję całej gospodarki, w szczególności na podaż pracy, wpływy z sektora publicznego oraz wzrost PKB.

Eksperci uczestniczący w debacie potwierdzili, że wczesna diagnostyka i szybkie wdrażanie najskuteczniejszych terapii znacząco zwiększają szanse na wyleczenie, a w przypadku chorób przewlekłych – na utrzymanie aktywności zawodowej chorych, co w konsekwencji wpływa na zmniejszenie obciążeń budżetowych. Dlatego tak pilne jest wprowadzenie zmian w zakresie finansowania nowoczesnego leczenia – pozwalającego minimalizować cierpienie pacjenta, a także koszty pośrednie i społeczne chorób przewlekłych, szczególnie tych, którym nie potrafimy zapobiegać. Rzetelna analiza tych kosztów pozwoli zracjonalizować wydatki, a zaoszczędzone środki przeznaczyć na terapie, które przynoszą wymierne efekty zdrowotne, co w dłuższej perspektywie służyć będzie poprawie kondycji zdrowotnej Polaków i będzie miało pozytywny wpływ na budżet państwa – postulują

eksperci Medycznej Racji Stanu. Ich zdaniem, Stany Zjednoczone najlepiej realizują wymóg liczenia kosztów pośrednich dzięki staraniom firm ubezpieczeniowych dbających o optymalizacje ryzyka! Także liczne raporty europejskie dowodzą, że koszty pośrednie są wielokrotnością bezpośrednich, a ich autorzy postulują, by wydatki na skuteczne zapobieganie, wczesną diagnostykę oraz leczenie traktować jak inwestycje, a nie koszty, ponieważ pozwala to minimalizować przyszłe straty gospodarcze.

Wyliczając i uzasadniając włączenie danej technologii, leku, sprzętu czy wyrobu medycznego do koszyka świadczeń gwarantowanych, nie uwzględnia się w ogóle kosztów pośrednich – twierdzi ekonomista dr Jakub Gierczyński (MBA) i uznaje ten stan rzeczy za niewłaściwy i nieracjonalny. Przykładowe dane:

- **Grypa.** Koszty bezpośrednie leczenia grypy w Polsce (leki, wizyty u lekarzy i hospitalizacje) to nawet 730 mln zł rocznie. Koszty pośrednie sięgają 3,4 mld zł rocznie!
- **Nowotwory.** Nowotwory piersi, szyjki macicy czy jajnika są najczęstszymi, z punktu widzenia zachorowalności i umieralności młodych kobiet (22–44 lata), w Polsce i odciskają piętno zdrowotne i społeczne. Wywołują też konsekwencje ekonomiczne. Łączne wydatki NFZ na leczenie pacjentek z tego typu nowotworami w latach 2010–2014 wyniosły 3,29 mld zł. W tym czasie łączne koszty pośrednie spowodowane tymi nowotworami oszacowano na 20,82 mld zł, co dowodzi, że ponad sześciokrotnie przewyższyły one koszty leczenia analizowanych chorób. [Ocena strat ekonomicznych i kosztów leczenia nowotworów piersi, szyjki macicy i jajnika w Polsce, prof. dr hab. Ewelina Nojszewska (red.). Warszawa: Instytut Innowacyjna Gospodarka; 2016]. Z kolei z raportu Uczelni Łazarskiego z 2015 r. „Hematologia Onkologiczna – aspekty kliniczne, ekonomiczne i systemowe" wynika, że łączne wydatki ZUS na pacjentów z samym tylko szpiczakiem mnogim w 2013 r. wyniosły 20 mln zł. Należy pamiętać, że szybka diagnostyka i dostęp do najskuteczniejszych terapii jest w hematoonkologii jedynym możliwym działaniem. Nie ma w tym przypadku skutecznej profilaktyki, a i narzędzia z powodzeniem stosowane w przypadku guzów litych, jak chirurgia, są tu nieprzydatne. Przy podejmowaniu decyzji o dostępie do nowoczesnych leków warto też mieć na uwadze, że pogarszający się stan chorego na pewnym etapie wymaga rezygnacji z aktywności zawodowej opiekunów, nie istnieją bowiem hospicja dla pacjentów z nowotworami krwi, o czym podczas debat MRS wspominali prof. Ewa Lech-Marańda, prof. Wiesław Jędrzejczak i prof. Krzysztof Giannopoulos.
- **Cukrzyca.** Z Raportu Instytutu Ochrony Zdrowia z 2018 r. „Cukrzyca. Gdzie jesteśmy? Dokąd zmierzamy?" dowiadujemy się, że w 2017 r. koszty całkowite cukrzycy wyniosły w Polsce 7–9 mld zł. Tylko 11 proc. z powyższej kwoty to wydatki refundacyjne. Pozostałe 89 proc. pochłonęło leczenie powikłań, hospitalizacje i koszty pośrednie związane z rentami i przedwczesnymi zgonami. Uczestnicy debaty „Kapitał – Zdrowie Narodu" podkreślali, że od 20 lat w Polsce nie były refundowane nowoczesne leki na cukrzycę typu 2. Podczas Kongresu „Zdrowie Polaków" 2019 jeden ze współzałożycieli MRS – prof. Leszek Czupryniak – zwrócił uwagę na przełom, jakim stało się udostępnienie polskim diabetykom flozyn, które w wyniku decyzji resortu zdrowia znalazły się na listopadowej liście leków refundowanych.
- **Choroby rzadkie.** Ta grupa chorób nazwana została jednym z największych klinicznych, etycznych i systemowych wyzwań przez Radę Ekspertów ds. Chorób Rzadkich przy Medycznej Racji Stanu, której reprezentantem podczas Kongresu był jej przewodniczący – prof. Zbigniew Żuber. Przywołał on fakt, że w minionym roku dostęp do leczenia uzyskali pacjenci z SMA, EB i chorobą Fabry'ego oraz że oczekiwane są pozytywne decyzje w przypadku zaawansowanych negocjacji dotyczących CLN2 i mukowiscydozy. To ważne, gdy pamiętamy, że mowa o diagnozach chorób śmiertelnych, łączących się z ogromnym cierpieniem fizycznym i psychicznym pacjentów.

Profesor Z. Żuber zwrócił też uwagę na fakt, że tym chorobom nie można zapobiec najzdrowszym nawet trybem życia, co z tym większą mocą wymuszać powinno poczucie solidarności skutkujące dostępem do wszelkich możliwych sposobów ulżenia losowi pacjentów i ich bliskich. Przypomniał także, nawołujące do takiej postawy, wezwanie Rady Papieskiej z 2016 r., w którym określa się choro-

by rzadkie jako choroby zaniedbane. Stan ten jest w opinii Watykanu nieakceptowalny. Prof. Z. Żuber przypomniał o powołaniu przy MRS w czerwcu 2019 r. Rady Ekspertów ds. Chorób Rzadkich, która podczas dwu spotkań wypracowała rekomendacje dotyczące najpilniejszych wyzwań klinicznych i systemowych w trosce o życie pacjentów (dostęp do nowoczesnych metod diagnostyki i terapii).

IV. Ostatnią w 2019 r. debatą MRS było spotkanie ekspertów, polityków i pacjentów zorganizowane pod hasłem „Czas w Onkologii" (10.10.2019). Doktor Janusz Meder, prezentujący dorobek Medycznej Racji Stanu dotyczący starań o systemowe zmiany służące pacjentom onkologicznym, zwrócił uwagę na decyzje refundacyjne ważne dla chorych z rakiem jelita grubego, płuca, piersi, jajnika, trzustki, skóry oraz szpiczakiem i białaczką limfoblastyczną. Uczestnicy spotkania podkreślali, że czas ma dla tej grupy pacjentów wartość nie do przecenienia: od momentu osobistej czujności i reakcji na niepokojące sygnały organizmu przez wizytę u lekarza rodzinnego i wykonanie podstawowych badań, konsultacje ze specjalistami w przypadku potwierdzonych podejrzeń, pogłębioną diagnostykę, rozpoczęcie leczenia po czujność przez kolejne lata i możliwość bezzwłocznego dostępu do terapii kolejnego etapu choroby w przypadku jej nawrotu. „Rad jestem, że wreszcie ktoś zwrócił uwagę na moralne znaczenie czasu w medycynie, jako że całe nasze życie od momentu narodzin aż do śmierci przebiega wzdłuż osi czasu i to właśnie czas jest podstawą nadziei na pozostanie w dobrym zdrowiu, wyleczenie z choroby lub przynajmniej na dobrą śmierć" – prof. Zbigniew Szawarski (fragment z listu do uczestników debaty „Czas w Onkologii").

V. Dnia 11 grudnia 2019 r. w reakcji na alarmujące dane GUS, WHO, UNICEF dotyczące rosnącej liczby osób nieprawidłowo się odżywiających odbyło się pierwsze spotkanie powołanej przez MRS Rady Ekspertów ds. Chorób Metabolicznych i Zapobiegania Otyłości. Powołanie Rady stało się odpowiedzią na niepokojące statystyki dotyczące liczby Polaków cierpiących na nadwagę i otyłość: co drugi z nas ma problem z nieprawidłową wagą, 20 mln naszych rodaków zmaga się z problemami wagi ciężkiej, w tym coraz większa liczba dzieci i młodzieży. Otyłość, jak potwierdzili eksperci, jest przyczyną co najmniej kilkunastu nowotworów, cukrzycy, udaru mózgu czy zawału. Diabetolodzy, kardiolodzy, hipertensjolodzy, onkolodzy, bariatrzy, psycholodzy, dietetycy i pacjenci dyskutowali z przedstawicielami MZ, NFZ, GIS o możliwych metodach przeciwdziałania tendencjom niebezpiecznym dla kondycji zdrowotnej Polaków.

Zgłoszone propozycje to: wprowadzenie „Godziny dla zdrowia" od przedszkola oraz zakazu kierowania do dzieci reklam dotyczących niezdrowej żywności; podnoszono też kwestie dotyczące: psychologicznego wsparcia dla osób walczących z otyłością, dywersyfikacji stawki VAT dla produktów zdrowych i niezdrowych, wprowadzenia podatku od cukru i wyrobów słodzonych, nowocześnie prowadzonej, systematycznej edukacji via media. Podnoszono jednocześnie, że realizacja tych postulatów, mogąca uchronić nas przed wyzwaniami w zakresie powikłań nadwagi i otyłości, możliwa jest jedynie przy ścisłej współpracy z resortami: zdrowia, rodziny, finansów, sportu i edukacji oraz przy wsparciu NFZ i GIS. Deklarację o podjęciu tych wyzwań na szczeblu parlamentarnym zgłosił poseł Tomasz Latos, przewodniczący sejmowej Komisji Zdrowia.

Co już się udało?

- zwrócenie uwagi decydentów na wyzwania zdrowotne, którym premier Mateusz Morawiecki przyznał rangę priorytetu,
- podczas kampanii poprzedzającej wybory parlamentarne ZDROWIE było po raz pierwszy czołowym punktem programów wszystkich liczących się partii,
- ścisły, partnerski dialog z decydentami,
- pozyskanie uwagi Kościoła dla wyzwań zdrowotnych w Polsce,
- włączenie do dialogu z decydentami przedstawicieli najsilniejszych i najmniejszych organizacji pacjenckich,
- pozyskanie najwyższej klasy specjalistów wielu dyscyplin życia społecznego i nauki jako aktywnych uczestników Rady Ekspertów MRS wypracowujących ogólne kierunki niezbędnych zmian systemowych,
- powołanie Rady Ekspertów ds. Chorób Rzadkich, przygotowującej propozycje konkretnych rozwiązań poprawiających bieżącą sytuację chorych,
- powołanie Rady Ekspertów ds. Chorób Metabolicznych i Zapobiegania Otyłości, przygoto-

wującej tezy dla tego obszaru wyzwań klinicznych i społeczno-ekonomicznych,
- przygotowania systemu do wprowadzeniu edukacji zdrowotnej w polskich szkołach – 2022,
- NFZ zapowiada podjęcie prac nad *sugar tax*,
- stałe partnerstwo mediów: TVP, Polsat, Polskie Radio, Radio Plus, RMF FM, „Rzeczpospolita", „Puls Medycyny", „Świat Lekarza", PAP, MedExpress, „Polityka Zdrowotna".

Główne kierunki planowanych aktywności:
- utrzymanie priorytetowej pozycji wyzwań zdrowotnych w działaniach decydentów, pozwalające na zahamowanie procesu nadumieralności Polaków; wspólne działania ponadresortowe oraz przedstawienie politykom koncepcji Europejskiej Unii Zdrowia;
- aktywność Kościoła w działaniach mających na celu poprawę kondycji zdrowotnej Polaków i propagujących ideę solidaryzmu z chorymi;
- podjęcie starań o wydzielenie specjalnego budżetu ratunkowego dla tych przypadków klinicznych, w których istnieje bezpośrednie zagrożenie życia;
- dalsze poszerzanie wachlarza terapeutycznego w chorobach rzadkich, nowotworowych i metabolicznych;
- wprowadzenie „Godziny dla zdrowia" w przedszkolach i szkołach;
- będące konsekwencją powyższego – realne zwiększenie nakładów na zdrowie; powrót do koncepcji funduszy na walkę z rakiem, chorobami rzadkimi i metabolicznymi na bazie koncepcji dobrowolnych ubezpieczeń komplementarnych.

„Narodowy Program Zdrowia"

Celem „Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016–2020" jest wydłużenie życia w zdrowiu, poprawa zdrowia i związanej z nim jakości życia ludności oraz zmniejszenie nierówności społecznych w zdrowiu.

Cele operacyjne Programu obejmują: poprawę sposobu żywienia, stanu odżywienia oraz aktywności fizycznej społeczeństwa, profilaktykę i rozwiązywanie problemów związanych z używaniem substancji psychoaktywnych, uzależnieniami behawioralnymi i innymi zachowaniami ryzykownymi, profilaktykę problemów zdrowia psychicznego i poprawę dobrostanu psychicznego społeczeństwa, ograniczenie ryzyka zdrowotnego wynikającego z zagrożeń fizycznych, chemicznych i biologicznych w środowisku zewnętrznym, miejscu pracy, zamieszkania, rekreacji oraz nauki, promocję zdrowego i aktywnego starzenia się, poprawę zdrowia prokreacyjnego. Pomysłodawcy Programu oczekują, że w dłuższej perspektywie działania realizowane na podstawie tej ustawy przyczynią się do dalszego wydłużenia przeciętnej oczekiwanej długości życia mężczyzn (do 78 lat) i kobiet (do 84 lat) oraz zmniejszenia liczby zgonów z powodu chorób zależnych od stylu życia.

Dr hab. Adam Fronczak, prof. WUM: W Narodowym Programie Zdrowia, ponieważ dotyczy zdrowia publicznego, powinny brać udział – oprócz Ministerstwa Zdrowia – także inne resorty, np. Ministerstwo Edukacji, Ministerstwo Sportu.

„Narodowy Program Zdrowia" był kiedyś mocno rozdrobniony, uwzględniał aż 15 priorytetów, obecnie zawiera ich kilka. Program jest nadzorowany przez Ministerstwo Zdrowia, a ponieważ dotyczy zdrowia publicznego, powinny brać w nim udział także inne resorty, np. Ministerstwo Edukacji, Ministerstwo Sportu. Drugi aspekt to kwestie organizacji pozarządowych. Jedna z prac, przygotowana przez magistranta, dotyczyła postrzegania organizacji pozarządowych przez społeczeństwo – na jakie organizacje Polacy chętnie przeznaczają pieniądze, a na jakie nie są skłonni ich dawać. Okazuje

się, że ze środków prywatnych chętnie zasilane są organizacje pozarządowe, które już sprawdziły się w wielu działaniach, mają na swoim koncie osiągnięcia oraz cieszą się autorytetem i ogólnym zaufaniem. Polacy boją się natomiast fundacji o ładnie brzmiących nazwach, o których wcześniej nigdy nie słyszeli. A takich fundacji jest w rejestrze tysiące. Wsparcie ze strony organizacji pozarządowych jest bardzo istotne, ponieważ skupiają one setki wolontariuszy, którzy – dobrze przygotowani, dobrze wyedukowani – mogą stanowić poważne wsparcie w działaniach prozdrowotnych.

Fundacja „Misja Medyczna"

Krzysztof Suszek: Zatrważające są dane wskazujące, że aż 53 proc. zgonów w Polsce jest skutkiem niezdrowego stylu życia. Dlatego warto jak najwięcej rozmawiać o zdrowych nawykach związanych z odżywianiem i aktywnością fizyczną. Fundacja „Misja Medyczna" podejmuje szereg działań, aby namówić ludzi do zachowań prozdrowotnych. Za nasze główne wyzwanie uznajemy walkę z otyłością i chorobami cywilizacyjnymi.

Otyłość, szczególnie u dzieci, jest obecnie poważnym problemem i niestety wciąż narastającym. Według badań dotyczy już 30 proc. dzieci. Ponieważ mamy siedzibę w Łodzi, właśnie tam przeprowadziliśmy badanie określające odsetek dzieci z otyłością. Jak się okazało, 15 tys. dzieci wymaga choćby najmniejszej interwencji, rozumianej jako spotkanie z dietetykiem. W tym miejscu chciałbym zaapelować do Ministerstwa Zdrowia i Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia – jeśli mówimy o promocji zachowań prozdrowotnych, to musimy dokładnie policzyć, ile na promocję zdrowia przeznacza środków MZ i NFZ. Załóżmy, że jest to około 40 mln zł. Kolejne pytanie: czy te kampanie, działania związane z promocją zachowań prozdrowotnych są skuteczne, a więc, czy to, co robimy, ma jakiś sens?

Kampania „Nie cukrz"

Marta Pawłowska: Promocja zdrowia NFZ – bieg po zdrowie rozpoczęty!

Zgodnie ze Strategią Narodowego Funduszu Zdrowia na lata 2019–2023 jednym z najważniejszych obszarów aktywności Funduszu jest realizowanie działań w zakresie profilaktyki chorób i promocji zdrowia. Od sierpnia 2019 r. w centrali NFZ rozpoczęło prace Biuro Profilaktyki Zdrowotnej, a jednostki dedykowane profilaktyce utworzono także w oddziałach wojewódzkich NFZ. Przygotowywana jest strategia na kolejne lata, do współpracy zaprosiliśmy przedstawicieli środowiska lekarzy, pielęgniarek, farmaceutów, organizacji pacjentów, mediów oraz środowisk opiniotwórczych.

Tematem o wyjątkowym znaczeniu jest dla nas profilaktyka otyłości i cukrzycy. Zgodnie z danymi pochodzącymi z najnowszych raportów NFZ z nadwagą lub otyłością zmaga się już co czwarty Polak, a blisko 3 mln rodaków ma cukrzycę lub stan przedcukrzycowy. NFZ rozpoczął działania od programu skierowanego do nastolatków i ludzi młodych spożywających coraz więcej słodzonych napojów gazowanych, które można określić mianem konia trojańskiego otyłości i związanych z nią chorób dietozależnych. Stąd kampania „Nie cukrz", która rozpoczęła się miesiąc temu w środowisku internetowym, a w najbliższych tygodniach pojawi się także na YouTube. Grafiki informacyjne, dane kształtujące świadomość i budujące nowe zdrowsze nawyki, filmy edukacyjno-instruktażowe dla rodziców dzieci

w wieku szkolnym oraz artykuły informacyjne to główne formy kampanii „Nie cukrz" w tym roku. Od września ruszył także cykl spotkań „Środa z profilaktyką", w ramach którego w każdą środę na salach obsługi pacjenta oddziałów wojewódzkich NFZ będziemy edukować pacjentów w tematyce profilaktyki chorób i promocji zdrowia. Wierzymy, że dzięki bezpłatnym pomiarom parametrów oraz różnorodnym badaniom, dzięki obecności ekspertów oraz kompleksowym materiałom edukacyjnym cykl ten wpisze się na stałe do kalendarza masowej promocji zdrowia, a dzięki współpracy z dziennikarzami – umożliwi szeroką informację służącą zmianie postaw zdrowotnych i decyzji zakupowych.

Chcemy, aby Polacy żyli i odżywiali się zdrowiej, dlatego NFZ podpisał list intencyjny z NIZP-PZH o współpracy w zakresie propagowania zdrowego żywienia i społecznej edukacji na ten temat. Edukacja w zakresie profilaktyki chorób i promocji zdrowia to jednak proces długotrwały i żmudny, wymagający współpracy wielu instytucji i konsekwencji w działaniach co najmniej kilkuletniej, dodatkowo intensywnie kierowanych do możliwie szerokiej grupy odbiorców. Zmiana nawyków żywieniowych i zdrowotnych jest łatwa do przeprowadzenia tylko na papierze, deklaratywnie zrezygnowanie z nadmiernego słodzenia i solenia czy ze słodzonych napojów gazowanych wydaje się łatwe, w rzeczywistości wymaga determinacji i konsekwencji oraz właściwych wzorców. Aby dzieci jadły zdrowo, muszą mieć w domu odpowiednie produkty i posiłki. By to się udało, potrzebna jest świadomość i zmiana postaw rodziców, często zmiana wieloletnich przepisów rodzinnych, także nawyków dotyczących spędzania wolnego czasu – z „kanapowego" na aktywny. Uda się to, jeśli będziemy Polakom proponować zmiany ewolucyjne, a nie rewolucyjne, jeśli pokażemy, jak zmienić żywienie. W tym celu NFZ uruchomił i rozwija portal Diety NFZ (www.diety.nfz.gov.pl) – z darmowymi planami żywieniowymi, przygotowanymi w kilku kalorycznościach, dla różnych grup wiekowych, na bazie – najlepiej przebadanej i uznanej za najzdrowszą dietę świata – diety DASH, zaprojektowanej przez środowisko lekarzy i naukowców celem przeciwdziałania nadciśnieniu tętniczemu oraz cukrzycy.

Oswajanie Polaków z codzienną profilaktyką chorób dietozależnych i monitorowaniem parametrów zdrowia rozpoczniemy wiosną 2020 r. od ustanowienia w każdym oddziale wojewódzkim NFZ stanowiska ds. profilaktyki i promocji zdrowia oraz nowoczesnego kiosku pomiarowego. Kioski umożliwią pacjentom wykonanie darmowego pomiaru składu masy ciała, wagi i BMI, ciśnienia, masy mięśniowej i siły mięśni (pomiar kluczowy dla osób w wieku senioralnym) oraz badania spirometrycznego.

„Przewodnik metodyczny badań sposobu żywienia"

Prof. Maria Borawska: Jako Komitet Nauki o Żywieniu Polskiej Akademii Nauk opracowaliśmy „Przewodnik metodyczny badań sposobu żywienia". Jest on dostępny na stronach Komitetu bezpłatnie. Szerzenie wiedzy na temat żywienia, w tym również suplementów diety jako skoncentrowanej formy żywności, należy zaliczyć do najważniejszych działań w ramach profilaktyki zdrowia.

Rozwijający się dynamicznie rynek żywności, wykorzystujący coraz nowsze technologie, ma bogatą ofertę asortymentową, z której przeciętny konsument nie zawsze potrafi właściwie korzystać. Jest to uwarunkowane jego sytuacją socjologiczno-ekonomiczną prowadzącą w efekcie do nadkonsumpcji lub niedokarmienia. Rosnące tempo życia wymusiło zmianę jego stylu, co znalazło swoje odbicie również w zmianach sposobu żywienia, najczęściej niekorzystnych. W rezultacie wzrosło ryzyko chronicznych chorób żywieniowo-zależnych, w tym m.in. niedowagi, nadwagi, otyłości, cukrzycy, chorób układu krążenia, osteoporozy.

Komitet Nauki o Żywieniu PAN opracował „Przewodnik metodyczny badań sposobu żywienia". Zalecenia żywieniowe dla dzieci zostały opracowane wcześniej. Obecnie zostały określone też normy żywienia dla żołnierzy i funkcjonariuszy służb

mundurowych. Przewodnik jest dostępny na stronach Komitetu bezpłatnie. Zorganizowaliśmy również wiele konferencji naukowych dotyczący m.in. spożycia wody, mleka, wapnia. Opracowaliśmy także wskazówki, które zostały wprowadzone w szkołach, odnośnie przekąsek dla dzieci. Wypowiedzieliśmy się także na temat napojów energetycznych, a ostatnio – wegetarianizmu.

Edukację na temat zdrowego żywienia powinniśmy zacząć od sposobu żywienia i to na wczesnym etapie. Mamy często spotkania w szkołach, gdzie opowiadamy o tym, w jaki sposób się odżywiać. Staramy się to robić w sposób przystępny, aby przekazywane przez nas informacje rzeczywiście docierały do dzieci. Zagrożeniem dla najmłodszych jest nie tylko problem nadwagi i otyłości, wielokrotnie spotykałam się także z anoreksją u dzieci. Wiele z nich, nie tylko dziewcząt, lecz także chłopców, wzorowało się na sylwetce lalki Barbie. Takie wzorce należy piętnować.

Ważnym zagadnieniem jest odżywianie osób chorujących na nowotwory, w szczególności wzbogacania ich diety suplementami. Przez 11 lat byłam ekspertem do spraw suplementów diety przy GIS. Jest ich bardzo dużo i niestety nie wszystkie mają certyfikowaną jakość. Natomiast podam przykład pacjentów chorujących na czwartorzędowego glejaka mózgu, w przypadku których przyjmowanie suplementów może wydłużyć życie – moi pacjenci żyją od 3,5 roku do 5 lat, podczas gdy średnie przeżycie z glejakiem wynosi 14 miesięcy. Wszystko dzięki temu, że prowadzimy rzetelne badania nad suplementacją u tych pacjentów, którzy mają problem z zachowaniem w trakcie choroby właściwej diety. Wspólnie z Komitetem Nauki o Żywieniu PAN i towarzystwami dietetycznymi walczymy o status zawodu dietetyka. Nie może być bowiem tak, że osoba po dwumiesięcznym szkoleniu w internecie otrzymuje tytuł dietetyka. Gdy pacjent dostaje się pod opiekę takiej osoby, jego życie może być zagrożone.

Podsumowując, do działań w ramach profilaktyki zdrowia trzeba zaliczyć szerzenie wiedzy na temat żywienia, w tym również na temat suplementów diety, ponieważ jest to skoncentrowana forma żywności. Nauczmy Polaków, że kupowanie żywności zaczyna się od czytania etykiety. Dzięki temu przestaną oni sięgać po złe i szkodliwe produkty, na przykład z dodatkiem oleju palmowego. Jeśli klienci nie będą ich kupować, sprzedawca przestanie je zamawiać. Tym sposobem podobne produkty zostaną z rynku wyeliminowane.

Program „Gdańsk – jemy zdrowo"

Katarzyna Bosacka: Jedną z inicjatyw samorządowych mających na celu budowanie świadomości prozdrowotnej młodego pokolenia Polaków jest program „Gdańsk – jemy zdrowo" stworzony przez gdański Ośrodek Promocji Zdrowia i Sprawności Dziecka.

W ramach tego programu powstała darmowa aplikacja „Jemy zdrowo" dla rodziców, dzięki której mogą oni sprawdzić, co jedzą ich dzieci w szkole czy przedszkolu. Wszystkie jadłospisy, a jest ich w tej chwili ponad 30 tys., są przygotowywane zgodnie ze starą „ustawą drożdżówkową", która zakazywała użycia zbyt dużej ilości cukru i soli. Dzięki takiemu rozwiązaniu w Gdańsku od kilku lat spada odsetek dzieci z nadwagą i otyłością.

Zajmuję się edukacją prozdrowotną od prawie 20 lat. Kiedyś mówiliśmy, że żyjemy w chaosie informacyjnym. Jak to ujął prof. Ryszard Tadeusiewicz, informatyk, wielokrotny rektor Akademii Górniczo-Hutniczej w Krakowie, „jesteśmy zawieszeni w smogu informacyjnym". Ten smog nie służy kształtowaniu postaw prozdrowotnych. Na portalach społecznościowych jest mnóstwo niesprawdzonych albo wręcz fałszywych informacji, których odbiorcami są także dzieci i młodzież. Tym ważniejsze jest więc, aby źródłem informacji o zdrowych nawykach byli rodzice. Jeśli matka czy ojciec zwraca synowi uwagę: „Znowu nie zjadłeś warzyw", zaciągając się papierosem, to może osiągnąć tylko efekt odwrotny od zamierzonego. Musimy być przykładem dla swoich dzieci. Inaczej szkoła nie nauczy ich dbania o własne zdrowie, nawet jeśli będzie podejmować takie starania.

Program „Szkoły promocji zdrowia"

Dr Janusz Sobolewski: Wydawałoby się, że w czasach, w których żyjemy, z dostępem do tak ogromnej ilości informacji w internecie, powinniśmy wiedzieć, jak zdrowo żyć. Ale prawda jest inna. Dlatego Samorząd Województwa Mazowieckiego już od 20 lat realizuje program „Szkoły promocji zdrowia", aby podnosić poziom wiedzy na ten temat, szczególnie wśród dzieci i młodzieży.

Szkoły promocji zdrowia działają we współpracy ze szpitalami wojewódzkimi. Na Mazowszu mamy 3-letnie szkoły promocji zdrowia. W szkołach tych prowadzona jest nauka o zdrowiu. Od ponad 20 lat to przedsięwzięcie finansuje Samorząd Województwa Mazowieckiego. Z tej formy nauki skorzystało ok. 20 tys. młodych ludzi. Ci ludzie są dziś dorośli i to oni dalej przekazują wiedzę na temat zdrowia swoim najbliższym, przyjaciołom, znajomym. Ta edukacja dotyczyła zdrowego stylu życia, czyli na przykład tego, jak dobrze dbać o higienę jamy ustnej, żeby nie mieć próchnicy. Jak prawidłowo myć ręce, owoce i warzywa, żeby nie chorować. Oczywiście uczący się korzystają z dużej bazy i zaplecza medycznego, ponieważ zajęcia odbywają się w szpitalach. Wielu uczniów tych szkół związało się zawodowo z medycyną – mamy wiele pielęgniarek, lekarzy, ratowników medycznych, którzy zasilili szeregi pracowników służby zdrowia. Ta wiedza procentuje przez całe życie, co niezwykle ważne w dobie szumu informacyjnego, w którym około 30 proc. informacji, także na temat zdrowia, jest nieprawdziwych.

Najważniejszy program, realizowany przez Samorząd Województwa Mazowieckiego jeszcze przez najbliższe 2 lata, dotyczy nadwagi i otyłości u dzieci. Polska zajmuje jedno z pierwszych miejsc w Europie, jeżeli chodzi o problem otyłości, a co za tym idzie – choroby kręgosłupa wynikające z nadwagi i siedzącego trybu życia. Program kosztuje dużo (116 mln zł ze środków unijnych), ale ta inwestycja z pewnością zaprocentuje w przyszłości.

Drugi, niedawno zakończony program realizowany na Mazowszu dotyczył przesiewowych badań słuchu u dzieci rozpoczynających edukację szkolną i był prowadzony przez Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu. Mamy nadzieję, że w przyszłości zostanie wznowiony.

Podejmujemy wiele inicjatyw, aby pokazać dzieciom i młodzieży, że świat jest bardzo zróżnicowany, a zarazem uświadomić im, że mogą oprzeć się zagrożeniom, takim jak narkotyki, dopalacze itp. Zażywanie tych trucizn w młodym wieku może mieć konsekwencje nawet po latach, może spowodować nieodwracalne zaburzenia w funkcjonowaniu organizmu. Jest to największa plaga naszych czasów. Podobną plagą są choroby psychiczne, depresje, które powodują, że część młodzieży nie radzi sobie w sytuacjach kryzysowych. W tym obszarze również staramy się prowadzić działalność edukacyjną, staramy się przeciwdziałać stygmatyzacji w zakresie chorób psychicznych.

Nie wszystko, co jako samorządy chcemy zrobić, udaje się nam zrealizować. Przy Ministerstwie Zdrowia działa Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, która bardzo surowo ocenia nasze programy zdrowotne, a bez jej pozytywnej opinii nic nie możemy zrobić. Oczywiście ta współpraca jest coraz lepsza, piszemy coraz lepsze programy, w związku z tym program polityki zdrowotnej to jest w istocie program samorządowy, który prowadzi MZ, a realizuje Narodowy Fundusz Zdrowia. NFZ finansuje większość programów, szczególnie w zakresie profilaktyki chorób nowotworowych. Obecnie zachorowania na nowotwory dotyczą również wielu osób bardzo młodych.

Samorząd warszawski ma wspaniałą bazę: dysponuje 27 szpitalami, placówkami stomatologicznymi, posiada dużo ośrodków, w których pracują najbardziej doświadczeni specjaliści, którzy mogą przekazywać wiedzę medyczną w sposób nieprzekłamany. Tam, gdzie nie mamy takiej możliwości, wspomagamy się organizacjami pozarządowymi, korzystamy m.in. z pomocy specjalistów z zakresu spraw społecznych, chorób psychicznych.

Dla szkolącej się młodzieży co roku organizujmy olimpiady, konkursy z wiedzy o zdrowiu, w których przyznajemy nagrody. W ostatnich latach dominowały tematy: profilaktyka HIV-AIDS („Ryzyko znasz, wybór należy do ciebie"), pierwsza pomoc przedmedyczna („I ty możesz uratować czyjeś życie"), zasady zdrowego odżywiania i profilaktyki otyłości („Więcej wiesz, zdrowo jesz") – pomysłodawcą

tych tematów i haseł jest młodzież. Inne tematy to profilaktyka palenia tytoniu („Bez tytoniu w dorosłe życie"), problematyka starzenia się i starości („Czy starości należy się uczyć"), zdrowie psychiczne („Uzależnij się od szczęścia"), idea transplantologii („Podziel się życiem"), uzależnienia („Nie daj się zwieść dopalaczom"), wpływ aktywności fizycznej na zdrowie („Ruch to zdrowie, nie daj się w chorobie"). Profilaktyka wirusowego zapalenia wątroby typu A, B i C, wiedza i profilaktyka choroby alkoholowej („Nie piję, nie palę, więc czuję się doskonale").

Wiele jest jeszcze do zrobienia. Chcemy mieć większą siłę przebicia, chcemy docierać z programami profilaktycznymi do coraz większej liczby osób. W nagłaśnianie naszych programów powinniśmy włączyć media.

Akcja „Uruchamiamy dzieciaki"

Dr hab. Tomasz Zatoński, prof. UM we Wrocławiu: Przy okazji największego biegu ulicznego we Wrocławiu zorganizowaliśmy akcję „Uruchamiamy dzieciaki". Widząc zadowolenie dzieci z tego, że się ruszają, wykonaliśmy w latach szkolnych 2016/2017 oraz 2017/2018 badania ankietowe skierowane do 10 tys. uczniów wrocławskich szkół. W przeciągu 2 lat otrzymaliśmy odpowiedzi od niemal 7 tys. rodziców. Wyniki badania wykazały, że złe nawyki żywieniowe oraz brak przyzwyczajenia dzieci do ruchu, wynikający z mało aktywnego trybu życia całej rodziny, przyczyniają się nie tylko do powstawania chorób kardiologicznych i diabetologicznych, lecz także wielu innych problemów zdrowotnych, w tym laryngologicznych.

Doświadczenie i wiedza nabyte dzięki akcji prozdrowotnej „Uruchamiamy dzieciaki" oraz prowadzenie badania PURE („Prospektywne epidemiologiczne badanie ludności miejskiej i wiejskiej") poskutkowały powstaniem projektu kohortowego badania zdrowia dzieci w wieku szkolnym (7–14 lat) oraz ich opiekunów – PICTURE („Population Cohort Study of Wroclaw Citizens").

W Polsce pomimo szybkiego rozwoju ekonomicznego i wielu zmian społeczno-ekonomicznych wciąż obserwuje się istotne różnice w zdrowiu i zachorowalności w porównaniu do krajów Europy Zachodniej. Szczególną uwagę należy zwrócić na znacznie wyższy współczynnik przedwczesnej umieralności, jak również znaczące różnice w zdrowiu pomiędzy różnymi grupami społecznymi. Zachodzi więc pilna potrzeba zrozumienia przyczyn będących podstawą tych różnic.

Badanie zdrowia dzieci i ich opiekunów zrealizowane na szeroką skalę będzie najsilniejszym narzędziem umożliwiającym identyfikację czynników bio-psycho-społecznych różnicujących występowanie czynników ryzyka zdrowotnego w badanych populacjach oraz umożliwi opracowanie i uruchomienie programów promocyjnych i prewencyjnych, ze szczególnym uwzględnieniem dzieci. Doświadczenia wskazują, że działania populacyjne mają największą skuteczność, jeśli zaczyna się je wystarczająco wcześnie, tak aby zmiana postawy mogła się utrwalić, a potencjał zdrowia został zachowany i umocniony w dalszych latach życia.

Cele projektu PICTURE:

1. Przeprowadzenie obszernych badań kwestionariuszowych, antropometrycznych, medycznych oraz biochemicznych wśród dzieci oraz ich opiekunów – badania będą dotyczyły ważnych czynników kształtujących zdrowie i dobre samopoczucie.
2. Prześledzenie wpływu zmian środowiskowych i społecznych na styl życia mieszkańców Wrocławia, ze szczególnym uwzględnieniem dzieci w wieku szkolnym.
3. Stworzenie z uzyskanych wyników bazy wiedzy, która będzie podstawą do wskazania racjonalnych środków umacniania potencjału zdrowotnego populacji.

Podmiotem badania będzie 2500 mieszkańców miasta Wrocław: 1250 uczniów wrocławskich szkół podstawowych w wieku od 7 do 14 lat (w tym 635 chłopców oraz 615 dziewcząt) wraz z ich opiekunami prawnymi (1250 osób). Rekrutacja do bada-

nia zostanie przeprowadzona wśród wylosowanej z bazy PESEL randomizowanej ze względu na wiek i płeć grupy 3750 dzieci w wieku 7–14 lat posiadającej zameldowanie na terenie miasta Wrocław na dzień 26 września 2019 r. (1905 chłopców oraz 1845 dziewcząt), przy założeniu zainteresowania wzięciem udziału w badaniu na poziomie około 30 proc. (*rate response*). Dane dotyczące badanej populacji będą zbierane w standardowy sposób, cyklicznie co 2 lata z kontaktem telefonicznym raz w roku. Taka częstotliwość zbierania danych umożliwi systematyczną ocenę zachodzących zmian w stanie zdrowia badanej populacji. W aspekcie wieloletniej obserwacji – umożliwi prospektywną ocenę, wnioskowanie i prognozowanie zachodzących zmian ze wskazaniem ich przyczyn.

Badanie każdego uczestnika będzie składać się z następujących elementów:

1. Badań kwestionariuszowych – planujemy zastosowanie 6 kwestionariuszy:
   - kwestionariusz gospodarstwa rodzinnego – poziom gospodarstwa domowego,
   - kwestionariusz stanu rodziny – poziom gospodarstwa domowego,
   - kwestionariusz stanu zdrowia – poziom indywidualny,
   - kwestionariusz częstości spożycia żywności (*Food Frequency Questionnaire*, FFQ) – poziom indywidualny,
   - międzynarodowa ankieta aktywności fizycznej, wersja skrócona (*International Physical Activity Questionnaire*, IPAQ) – poziom indywidualny,
   - wywiad żywieniowy z ostatnich 24 godzin poprzedzających badanie – poziom indywidualny.
2. Badań medycznych i badań antropometrycznych, takich jak:
   - EKG,
   - spirometria,
   - 2-krotny pomiar ciśnienia tętniczego krwi,
   - badanie laryngologiczne,
   - badanie słuchu: audiometria tonalna i tympanometria,
   - badania biochemiczne: lipidogram, glukoza, morfologia, kreatynina, Hba1c, TSH, elektrolity (Na i K),
   - badania antropometryczne (pomiar obwodu pasa, obwodu bioder, masy ciała i wzrostu),
   - ocena postawy z wykorzystaniem podoscanu i skoliometru,
   - w przypadku dzieci zważone zostaną standardowo wypełnione i puste tornistry.

Każdy uczestnik badania otrzyma przygotowaną informację zawierającą wstępną ocenę stanu zdrowia uczestnika oraz wyniki wykonanych badań i pomiarów. Informacja będzie zawierała zalecenia dotyczące poprawy stylu życia. Dodatkowo w Biobanku Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu zdeponowane zostaną próbki krwi, śliny, moczu i kału każdego z uczestników badania.

Projekt „Czas na czyste powietrze"

Prof. Wojciech Hanke: Projekt „Czas na czyste powietrze" był realizowany w latach 2017–2019 z inicjatywy Ministerstwa Zdrowia w ramach Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016–2020.

Projekt ten stworzono, aby podnieść świadomość społeczeństwa na temat negatywnego wpływu zanieczyszczeń powietrza na zdrowie człowieka. Podejmowane były w tym zakresie działania edukacyjne mające na celu kształtowanie właściwych postaw i zachowań ogółu społeczeństwa w zakresie ograniczania emisji szkodliwych dla zdrowia zanieczyszczeń powietrza. Działania te prowadzono we wszystkich województwach. Na realizację Projektu przeznaczono ok. 3 mln zł, a w jego wykonaniu wspierały nas samorządy – to bardzo dobrzy partnerzy i świetni wykonawcy.

Ministerstwo Środowiska przygotowuje projekt ustawy o minimalnej odległości dla planowanego przedsięwzięcia sektora rolnictwa mającej na celu zapobieganie powstawaniu uciążliwości spowodowanych wydzielaniem nieprzyjemnych zapachów związanych z hodowlą zwierząt czy działaniem

gospodarstw. Wyznacza ona minimalną odległość, w jakiej można budować osiedla mieszkaniowe w sąsiedztwie takich inwestycji. Niestety, odległość ta nie jest duża – domy można budować już w odległości nawet 210 m od źródła nieprzyjemnych zapachów.

Kompendium „Nadwaga i otyłość. Aktywność fizyczna w profilaktyce i terapii"

Prof. Wiesław Osiński: Motto do książki „Nadwaga i otyłość. Aktywność fizyczna w profilaktyce i terapii" brzmi: „Główną przyczyną otyłości jest ograniczony poziom aktywności fizycznej, a nie przejadanie się".

Nadwaga i otyłość występują u ok. 57–62 proc. mężczyzn i u ok. 48–49 proc. kobiet w Polsce. Trend jest wzrostowy! Obecnie jesteśmy na tym samym etapie, co Stany Zjednoczone w połowie lat 80. ubiegłego wieku. Przeciętny Polak z *homo sapiens* staje się *homo sedens*, czyli człowiekiem siedzącym. Konsekwencje zdrowotne drastycznie ograniczonej aktywności fizycznej i otyłości są bardzo poważne. Większość zdaje sobie sprawę z tego, że otyłość i nadwaga zwiększa zagrożenie chorobami układu krążenia oraz cukrzycy typu 2. Jednak, jak wynika z badań, niewiele osób ma świadomość, że wydatnie zwiększa się także ryzyko zachorowań na inne choroby, w tym o charakterze onkologicznym, w obrębie czynności układu oddechowego, układu rozrodczego, obserwuje się niekorzystne zmiany skórne, wzrasta ryzyko problemów psychicznych itd. Lista chorób obesogennych jest długa.

Światowa Organizacja Zdrowia już wiele lat temu przyjęła, że otyłość sama w sobie jest chorobą. Tymczasem nadal zastanawiamy się dopiero nad jej konsekwencjami. Nie przeciwdziałamy nadwadze i otyłości poprzez realizację profilaktycznych programów prozdrowotnych oraz prowadzenie programów interwencyjnych. W profilaktyce – obok diety – kluczową rolę odgrywa aktywność fizyczna. Ruch to niezależny czynnik zdrowia. Braku aktywności fizycznej nie da się uzupełnić ani zdrowym żywieniem, ani żadnymi medykamentami. Badania nad związkiem aktywności fizycznej ze zdrowiem prowadzi się w najlepszych uniwersytetach i laboratoriach świata. Zebrano wiele dowodów oraz opracowano skuteczne procedury przeciwdziałania poprzez ćwiczenia fizyczne – gromadzeniu się nadmiernej tkanki tłuszczowej.

Zgodnie z wyżej przytoczonym mottem główną przyczyną otyłości jest niski poziom aktywności fizycznej. Przyjęcie takiej tezy jest co prawda ryzykowne, ale nie bezsensowne. Jeśli ktoś zaczyna ćwiczyć, zaczyna też myśleć o zmianie całego swojego stylu życia. Natomiast efekt stosowania wyłącznie diety jest ograniczony. Nie chodzi zaś w istocie tylko o dążenie do właściwego poziomu BMI, ale o zachowanie i poprawę zdrowia we wszystkich jego aspektach.

Od lat znane są ogólne zasady aktywności fizycznej ukierunkowanej na redukcję nadmiernej masy ciała. Jednak nauczyciele wychowania fizycznego, instruktorzy fitness, a także fizjoterapeuci mają zbyt ograniczoną wiedzę w tym zakresie. W ostatnich latach, obok tych ogólnych zasad, pojawiła się koncepcja *high intensity interval training* (HIIT) – wprowadzania treningu interwałowego. Stosowanie HIIT wymaga jednak ostrożności. Treningu interwałowego w radykalnej formule nie można prowadzić z osobami ze znaczną otyłością. Trening interwałowy pojawił się po raz pierwszy w sporcie wyczynowym już w latach 60. ubiegłego wieku. Czas zajęć jest dość krótki, a wysiłek może być bardzo intensywny i można spodziewać się po nim szybkich efektów. Nowe technologie informacyjne ułatwiają monitorowanie wysiłku i dobór ćwiczeń. Obecnie zaleca się, aby trening o charakterze aerobowym uzupełnić ćwiczeniami oporowymi (*resistance trening*). Trening taki jest ważny dla zachowania sprawności immunologicznej i metabolicznej oraz przynosi dodatkowe korzyści w sferze kondycji fizycznej. U osób, które rozpoczynają profilaktykę wtórną po zawale serca i podejmują trening rehabilitacyjny, szanse na przeżywalność rosną nawet

o 40–50 proc. Od kilku lat intensywnie promuje się również koncepcję programów *non-exercise activity thermogenesis* (NEAT). Wydatek energii związanej z NEAT obejmuje pracę zawodową, czynności czasu wolnego, wszelkie przemieszczanie się, prace domowe, w ogrodzie, dokonywanie zakupów itd.

Obecnie mamy również poważny problem związany z rosnącą nadwagą i otyłością u dzieci. Zainteresowanie nauczycieli wychowania fizycznego dziećmi z nadwagą i otyłością nie jest jednak duże. Czasami te dzieci są wręcz strofowane, upokarzane podczas lekcji WF, w efekcie przynoszą zwolnienia z wychowania fizycznego. A przecież najważniejsze jest to, aby u tych dzieci budować poczucie własnego „ja" (*self esteem*). Ćwiczenia mogą być dla tych dzieci prawdziwą torturą i traumą. Powinno się też przemyśleć system ocen z tego przedmiotu. W Polsce 50 proc. dzieci ćwiczy wyłącznie na lekcjach wychowania fizycznego. Boiskiem stał się internet. Tylko około 20 proc. dorosłych Polaków jest aktywnych fizycznie na poziomie zadowalającym, a i te dane mogą być zawyżone. W światowych raportach zwracano uwagę na niską świadomość społeczną w Polsce. Wskazywano, że cele i zadania realizowane w szkole są źle rozumiane przez władze krajowe i lokalne. Z powodu rosnącego problemu otyłości i sedenterii trybu życia narodowemu systemowi opieki zdrowotnej grozi wręcz paraliż, ponieważ system ten stanie się całkowicie niewydolny z powodu zbyt dużych kosztów leczenia.

„Polska mówi aaa" i „Leczymy mleczaki"

Dr n. med. Katarzyna Becker: W celu poprawy świadomości w zakresie zapobiegania wadom zgryzu i korzyści ogólnozdrowotnych wynikających z leczenia ortodontycznego co roku organizujemy bezpłatne konsultacje ortodontyczne w ramach obchodów Światowego Dnia Ortodoncji.

Nasze kampanie profilaktyczne prowadzimy zarówno w ramach dużych projektów, jak i samodzielnie. Przyłączyliśmy się do działań prof. Henryka Skarżyńskiego, stając się partnerem ogólnopolskiego programu „Po Pierwsze Zdrowie". Dołączyliśmy również do inicjatyw Polskiego Towarzystwa Stomatologicznego – „Polska mówi aaa" i „Leczymy mleczaki". W celu poprawy świadomości w zakresie zapobiegania wadom zgryzu i korzyści ogólnozdrowotnych wynikających z leczenia ortodontycznego co roku organizujemy bezpłatne konsultacje ortodontyczne w ramach obchodów Światowego Dnia Ortodoncji.

Jako dyrektor medyczny i współwłaściciel Polikliniki Stomatologicznej „Pod Szyndzielnią" w Bielsku-Białej – placówki, która od początku swojej działalności, czyli od ponad 20 lat, jest zaangażowana w regularnie prowadzone akcje profilaktyczne i badania przesiewowe – zwróciłam uwagę na kilka aspektów istotnych dla szeroko rozumianej popularyzacji zdrowia jamy ustnej.

Przede wszystkim niezbędna jest popularyzacja profilaktyki próchnicy, zarówno w aspekcie poprawy higieny jamy ustnej, profilaktyki fluorkowej, jak i ograniczenia spożycia cukrów prostych, zwłaszcza w formie słodzonych napojów. Nadmierne spożycie cukru należy również widzieć w ujęciu ogólnozdrowotnym, w rozwoju chorób metabolicznych, otyłości. Ważne jest uświadomienie sobie związku powikłań nieleczonej próchnicy i schorzeń przyzębia z ogniskami zapalnymi odpowiedzialnymi za rozwój chorób przewlekłych, takich jak: miażdżyca, cukrzyca, ostre incydenty niedokrwienne (zawał, udar) czy pewne formy nowotworów.

Jako przedstawiciel środowiska ortodontycznego zwróciłam uwagę na wpływ dysfunkcji narządu żucia czy szkodliwych nawyków u dzieci (zwłaszcza ustnego toru oddychania) na nieprawidłowy rozwój twarzoczaszki i powstawanie wad zgryzu. Podkreśliłam również konieczność rozbudzenia tzw. czujności onkologicznej wśród lekarzy pierwszego kontaktu, którymi często – w przypadku nowotworów głowy i szyi – są stomatolodzy.

Naszą intencją jest dotarcie z informacją do jak najszerszego grona odbiorców, zarówno poprzez lekarzy pierwszego kontaktu, media, jak i akcje profilaktyczne.

Media popularne, takie jak radio i telewizja, docierają przede wszystkim do starszego grona

odbiorców. Jako eksperci w temacie szeroko rozumianej stomatologii jesteśmy często zapraszani przez Radio Katowice oraz programy telewizyjne o zdrowiu („36,6" Ewy Drzyzgi w TVN czy „Kierunek Zdrowie" Marii Zawały w TVS).

Do młodszego pokolenia docieramy za pośrednictwem mediów społecznościowych, angażujemy influencerów, dzięki czemu jeszcze bardziej zwiększamy skuteczność oddziaływania promowanych treści. Chcemy zachęcić Polaków do dbania o zdrowie własne i najbliższych, pragniemy, by zdrowe nawyki weszły w krew.

Dzięki prowadzonym przez nas, zakrojonym na szeroką skalę, badaniom przesiewowym, połączonym z akcjami profilaktyki próchnicy, przebadaliśmy do tej pory ponad 30 tys. dzieci z Bielska i okolic. Dbanie o zdrowie jamy ustnej musi zacząć się od najmłodszych lat. Nieleczone zęby mleczne powodują takie konsekwencje, jak nasilenie próchnicy zębów stałych, wady zgryzu, sprzyjają infekcjom górnych dróg oddechowych. Tymczasem 50 proc. trzylatków ma próchnicę! Nic dziwnego, że młodzież wkracza w dorosłość z 8 zębami dotkniętymi próchnicą! Mamy nadzieję, że konsekwentne skojarzone działania lekarzy wrażliwych na ten problem, jak i reakcja coraz bardziej świadomych i odpowiedzialnych pacjentów przyniosą wymierne rezultaty.

Nasze zaangażowanie w promocję zdrowia zostało dostrzeżone i docenione. Dużym wyróżnieniem jest dla nas przyjęcie do polskiego oddziału Sojuszu dla Przyszłości Wolnej od Próchnicy (Alliance for a Cavity-Free Future, ACFF). Wszelkie nagrody są dla nas bardzo cenne i ważne, lecz prawdziwą satysfakcję daje nam widoczna zmiana przyzwyczajeń i zachowań prozdrowotnych naszych pacjentów.

„Akademia Zdrowego Ucznia" i inne programy prozdrowotne w stolicy

Paweł Chęciński: „Akademia Zdrowego Ucznia" to program Biura Edukacji m.st. Warszawy złożony z systemowych działań w zakresie edukacji prozdrowotnej, kierowany do wychowanków przedszkoli, uczniów szkół na każdym etapie edukacyjnym oraz nauczycieli i rodziców. Głównymi założeniami tej inicjatywy są działania związane z budowaniem szeroko rozumianej świadomości zdrowotnej oraz promowanie zdrowego stylu życia.

W Warszawie mamy holistyczne podejście do zdrowia. Uważamy także, że jego promocją powinny zajmować się różne biura. W Urzędzie m.st. Warszawy jest to zadanie Biura Polityki Zdrowotnej, ale nie tylko ono interesuje się tym, co wpływa na zdrowie młodych warszawian. Na przykład „Akademia Zdrowego Ucznia" to program prowadzony przez Biuro Edukacji w szkołach. Wiele inicjatyw podejmuje też Biuro Sportu – organizuje maratony, zawody, konkursy itp. Warszawskie Centrum Odwykowe, funkcjonujące w pięciu lokalizacjach w Warszawie, prowadzi na szeroką skalę działania w zakresie uzależnień od dopalaczy – przez internet, media, telefony komórkowe.

W promowanie zdrowia wśród młodych ludzi włączają się podmioty lecznicze – 10 szpitali i 13 ZOZ-ów otwartych. W placówkach tych przeprowadzane są szkolenia, pogadanki na temat różnych urazów u dzieci, udzielania pierwszej pomocy medycznej, żywienia niemowląt i małych dzieci. Prowadzona jest również ogromna kampania społeczno-informacyjna pod nazwą „Nie mydl sobie oczu, umyj ręce".

Ogromnym sukcesem okazał się program szczepień przeciwko HPV realizowany przez Biuro Polityki Zdrowotnej Warszawy. W najbliższych tygodniach wejdzie w życie pierwszy w Polsce program szczepień przeciwko grypie u dzieci od 6. do 60. miesiąca życia oraz kobiet w ciąży. Prowadzimy programy dotyczące wykrywania wad narządu słuchu, wzroku i postawy.

Dni seniora w ZUS

Dr Małgorzata Lipowska: Zakład Ubezpieczeń Społecznych popiera wszystkie przedsięwzięcia, które propagują: zdrowy styl życia, profilaktykę różnych schorzeń, działania pozwalające na utrzymywanie pracowników na rynku pracy, zapobieganie wypadkom przy pracy i chorobom zawodowym.

Dofinansowujemy i obejmujemy patronatem różnego rodzaju konferencje i kongresy. Nasze działania są prowadzone na bardzo szeroką skalę – nie tylko w centrali Zakładu, lecz także w 43 oddziałach ZUS w różnych miastach. Tam też są organizowane dni dla osób z niepełnosprawnościami, dni seniora itp. W tych spotkaniach uczestniczą również organizacje pozarządowe. W małych społecznościach organizacje pozarządowe lepiej docierają do osób potrzebujących, a kontakt bezpośredni z takimi osobami jest najważniejszy.

Profilaktyka jodowa ze szczególnym uwzględnieniem kobiet ciężarnych

Prof. Andrzej Lewiński: Wprowadzona w 1997 r. obligatoryjna profilaktyka jodowa już po kilku latach przyniosła poprawę, a ok. 2005 r. można było już uznać, że podaż jodu w Polsce została znormalizowana i że Polacy nie cierpią już na niedobór tego pierwiastka.

Koniec XX w. to czas, kiedy wielu endokrynologów czyniło ogromne starania o wyeliminowanie niedoboru jodu i endemii wola w Polsce. Wprowadzona w 1997 r. obligatoryjna profilaktyka jodowa już po kilku latach przyniosła poprawę, a ok. 2005 r. można było uznać, że podaż jodu w Polsce została znormalizowana i że Polacy nie cierpią już na niedobór tego pierwiastka.

Sytuacja epidemiologiczna w zakresie chorób tarczycy w ostatnich kilkunastu latach nie zmieniła się znacząco. Po wyrównaniu deficytu jodu i likwidacji wola endemicznego w naszym kraju przyszedł okres stabilizacji, który jednak nie zwalnia z monitorowania wskaźników podaży jodu we wszystkich województwach Polski. Monitorowaniu powinny podlegać zwłaszcza reprezentatywne grupy dzieci oraz kobiety planujące ciążę, ciężarne i karmiące. Niestety zniesienie barier celnych w obrębie krajów Unii Europejskiej utrudnia analizę faktycznej podaży jodu w poszczególnych regionach Polski, ponieważ wiele produktów importowanych, zwłaszcza z branży piekarniczej, cukierniczej i in., zawiera jod, produkty te nie mają jednak podanej listy składników. Wyrywkowe badania kohort dzieci w niektórych rejonach kraju przynoszą zróżnicowane wyniki – od stężenia jodu w moczu na dolnej granicy normy stanu prawidłowego do stężeń znajdujących się na górnej granicy normy. Jednak w obu przypadkach mamy do czynienia z badaniami przeprowadzonymi na grupach, których nie można uznać pod względem wielkości za reprezentatywne. To samo można powiedzieć o nielicznych badaniach wykonywanych na grupach kobiet ciężarnych i karmiących.

Opisana sytuacja, a zwłaszcza niekontrolowany dopływ produktów zawierających jod, nie jest jak na razie dostatecznym sygnałem do modyfikowania dotychczasowego modelu profilaktyki jodowej. W szczególności nie ma obecnie podstaw do zwiększania pułapu jodowania chlorku sodowego ani do obligatoryjnego wprowadzania na rynek jodowanego pieczywa. Na pewno natomiast jest to czas na wykonanie reprezentatywnych badań dotyczących zaopatrzenia w jod naszej populacji.

Pragnę przypomnieć, że obecnie w Polsce jod zawarty w łańcuchach pokarmowych (a więc w diecie dobowej przeciętnego członka populacji polskiej) całkowicie zabezpiecza zapotrzebowanie dobowe na ten pierwiastek. Jedyną grupą wymagającą większej ilości jodu, zgodnie z wytycznymi światowymi i ogólnopolskimi, są kobiety planujące ciążę, ciężarne i karmiące, które potrzebują o 150 µg jodu na dobę więcej.

Z drugiej strony, w związku ze stwierdzonym w naszym kraju nadmiernym spożyciem dobowym chlorku sodowego (NaCl) – jego spożycie w Polsce przekracza 2-krotnie normy europejskie – który jest nośnikiem jodu w stosowanej u nas profilaktyce, istnieje potrzeba rozważenia wprowadzenia dywersyfikacji źródeł jodu z możliwością większego udziału wód mineralnych niskojodowych i niskosodowych. Występuje tutaj niezamierzona sprzeczność pomiędzy profilaktyką jodową opartą na jodowaniu nośnika jodu, jakim jest NaCl, a profilaktyką nadciśnienia i chorób krążenia oraz serca, której celem jest ograniczenie spożycia chlorku sodowego.

Podręcznik dla nauczycieli „Nauczanie w szkołach o nowotworach złośliwych"

Prof. Mieczysław Rajmund Chorąży: Samorząd Województwa Śląskiego pokrył koszty związane z wydaniem trzech nakładów ilustrowanego przewodnika dla nauczycieli „Nauczanie w szkołach o nowotworach złośliwych". Wiedza o zdrowiu i chorobach o dużym zagrożeniu społecznym powinna być włączona do programów nauczania i wychowania młodzieży szkół podstawowych.

Upowszechnienie wiedzy w społeczeństwie o istocie groźnych chorób, ich zapobieganiu, objawach, zwalczaniu i ich znaczeniu w życiu człowieka jest ważnym elementem polityki zdrowotnej państwa. Odnosi się wrażenie, że ten czynnik stanowiący o stanie zdrowia naszego młodszego pokolenia jest niedoceniany. Tymczasem prawdą jest, że wiedza i nawyki dotyczące zachowań prozdrowotnych najlepiej przyswajane są przez dzieci i młodzież. Dzieci w wieku szkolnym są też najskuteczniejszym nośnikiem informacji nabytej w szkole do środowisk ludzi starszych.

W latach 80. i 90. minionego stulecia z inicjatywy śląskiego oddziału Polskiego Komitetu Zwalczania Raka grupa pracowników gliwickiego oddziału Instytutu Onkologii prowadziła szeroki program edukacyjny na temat raka. Założeniem programu było podstawowe przeszkolenie 1800 nauczycieli – biologii i przyrody – w szkołach podstawowych województwa śląskiego w zakresie podstaw wiedzy o nowotworach. Intensywne szkolenie przeszło ok. 900 nauczycieli. Wygłaszane były również wykłady dla uczniów wyższych klas szkół podstawowych. Samorząd Województwa Śląskiego pokrył koszty związane z wydaniem trzech nakładów ilustrowanego przewodnika dla nauczycieli „Nauczanie w szkołach o nowotworach złośliwych".

Mieliśmy nadzieję, że Ministerstwo Edukacji w następnym etapie zaakceptuje propozycję wprowadzenia do programu nauczania w szkołach podstawowych kilku godzin lekcyjnych rocznie poświęconych walce z rakiem. Nasze nadzieje opieraliśmy na pełnej akceptacji programu szkoleniowego ze strony środowiska nauczycielskiego i kuratorium oświaty, a także zainteresowania tematem młodzieży szkolnej. Niestety na posiedzeniu sejmowej Komisji Zdrowia u progu bieżącego wieku otrzymaliśmy informację, że ówczesna minister edukacji nie zaakceptowała takiej propozycji ze względu na „przeciążony program nauczania". Jednak w naszym odczuciu szkoła podstawowa powinna być współodpowiedzialna za kształtowanie w młodym pokoleniu Polaków zachowań prozdrowotnych i nawyków zapewniających psychiczne i fizyczne życie w zdrowiu i komforcie.

Narodowy program wyrównywania dostępności do profilaktyki i leczenia chorób układu sercowo-naczyniowego POLKARD

Prof. Piotr Andziak: Dzięki realizacji programu POLKARD chcemy zmniejszyć umieralność z powodu chorób serca i naczyń w Polsce. Zamierzamy prowadzić programy badań przesiewowych oraz działania profilaktyczne, które pozwolą podnieść świadomość społeczeństwa na temat tych chorób.

Częstość występowania niektórych chorób tętnic i żył obwodowych w Polsce poznaliśmy dzięki przeprowadzonym badaniom przesiewowym. W latach 2013–2015 w ramach „Narodowego programu wyrównywania dostępności do profilaktyki i leczenia chorób układu sercowo-naczyniowego POLKARD" przeprowadzono badania przesiewowe w kierunku żylnego owrzodzenia goleni oraz przewlekłego miażdżycowego niedokrwienia kończyn dolnych. Wyniki tych badań wykazały, że czynne owrzodzenie goleni występuje u 0,9 proc. badanej populacji pacjentów, a przebyte owrzodzenie żylne goleni dotyczyło 2 proc., z istotnymi różnicami w zależności od wieku chorych (w wieku poniżej 35. roku życia aktywne owrzodzenie żylne goleni dotyczyło 0,3 proc. populacji, w przedziale wiekowym 66–80 lat aktywne owrzodzenie występowało u 1,8 proc. badanych, a w wieku powyżej 80 lat – u 4 proc.). Z kolei wyniki „Programu profilaktycznego wczesnego wykrywania miażdżycy tętnic kończyn dolnych", przeprowadzonego w latach 2013–2015, wykazały, że objawy chromania przestankowego stwierdza się u 15 proc. osób powyżej 45. roku życia. Obecnie trwają badania przesiewowe w kierunku tętniaka aorty brzusznej (TAB) realizowane także w ramach Programu POLKARD. Wstępne wyniki wykazały, że częstość występowania TAB w populacji osób powyżej 65. roku życia wynosi 5,25 proc. Średnia wykrywalność tętniaka aorty brzusznej to 2,7 proc. u kobiet i 7,8 proc. u mężczyzn. Są to wartości wyższe niż spotykane w badaniach przesiewowych przeprowadzonych w Skandynawii, Wielkiej Brytanii czy Stanach Zjednoczonych. Dane uzyskane z badań przesiewowych mogą stanowić podstawę do zmiany zasad organizacji i finansowania leczenia chorych z chorobami tętnic i żył obwodowych.

Działania organizacji pozarządowych na rzecz zdrowia Polaków

Red. Krzysztof Jakubiak: Według raportu Instytutu Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej w naszym kraju istnieje ok. tysiąca organizacji aktywnie działających dla dobra pacjenta: 73 proc. z nich porusza się w obszarze promocji zdrowia, profilaktyki i edukacji zdrowotnej, 60 proc. zajmuje się rehabilitacją i terapią, 30 proc. oferuje interwencje kryzysowe i wsparcie psychologiczne, 29 proc. pomaga pacjentom finansowo i organizacyjnie przy zakupie leków oraz sprzętu medycznego.

Według badań Edelman Trust Barometer poziom zaufania Polaków do organizacji pozarządowych (*non-government organization*, NGO) jest jednym z najwyższych w Europie. Organizacje te postrzegane są jako bardziej wiarygodne niż rząd, biznes czy media.

Podstawowe pytanie, które w czasie debaty „Skuteczność organizacji pozarządowych

w działaniach na rzecz zdrowia Polaków" postawiła Ewa Błaszczyk, założycielka Fundacji „Akogo?", dotyczy tego, do jakiego stopnia fundacje powinny przejmować działania, do których zobowiązane jest państwo. Według dr. Janusza Medera z Polskiej Unii Onkologii organizacje pacjentów powinny przede wszystkim „stymulować decydentów do działań zmierzających do tego, by pacjent rzeczywiście był w centrum uwagi". Gdyby potrzeby pacjentów były zaspokajane, to – zdaniem Stanisława Maćkowiaka z Federacji Pacjentów Polskich – takie organizacje nie miałyby podstaw do działania. Jak podkreślił, w dalszym ciągu w tym systemie potrzebujemy wypełniania luk.

Profesor Adam Fronczak z WUM podał przykład walki z AIDS jako dowód, że organizacje pozarządowe mogą zmieniać świat, wymuszając na rządach i instytucjach publicznych określone postępowanie i przeznaczanie pieniędzy na konkretny cel. Irena Rej z Izby Gospodarczej Farmacja Polska przytoczyła przykłady działań i projektów, w które angażują się firmy zainteresowane działalnością na rzecz pacjentów, a których skuteczność w dużej mierze zależy od postawy i wsparcia instytucji publicznych. Działalność sektora pozarządowego leży w interesie wszystkich stron – pacjentów, biznesu i państwa – dlatego też powinny otrzymywać wsparcie i być traktowane po partnersku.

– Każda organizacja powstała z jakiegoś określonego powodu, jakiegoś dramatu życiowego konkretnej osoby – powiedział ks. Arkadiusz Nowak z Instytutu Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej i określił NGO jako swoisty wyrzut sumienia dla tych wszystkich, którzy tworzą politykę zdrowotną państwa. – Gdyby nie było potrzeby, to te organizacje by nie powstawały – dodał. Z kolei dr Małgorzata Lipowska, naczelny lekarz ZUS, podkreśliła: – Z punktu widzenia Zakładu Ubezpieczeń Społecznych ważna jest rola organizacji pozarządowych jako pośrednika między instytucją a osobami, które mogą ubiegać się o świadczenia. Jej zdaniem organizacje pozarządowe powinny się zajmować przede wszystkim działalnością edukacyjną i informacyjną.

Mirella Panek-Owsiańska z CSR Europe [*corporate social responsibility*, CSR – społeczna odpowiedzialność biznesu – przyp. red.] mówiła o znaczeniu profesjonalizmu i dobrego zarządzania dla skuteczego działania i wypełniania swoich zadań przez organizacje pozarządowe. – Organizacje w Polsce dopiero się uczą, jak pracować skutecznie, jak pozyskiwać fundusze od darczyńców i od państwa, jak prowadzić działania edukacyjne i systemowe – podkreślała.

Poszukując sposobów, aby organizacje pozarządowe w działaniach na rzecz zdrowia Polaków były skuteczne, uczestnicy dyskusji wskazywali również na potrzebę stworzenia stabilnego i transparentnego systemu finansowania. Ofiarodawcy prywatni są hojni, ale muszą wiedzieć, na co konkretnie ich pieniądze będą przekazane i w jakim stopniu posłużą pacjentowi. Eksperci zaznaczali, że społeczeństwo postępuje bardzo świadomie i nie wydaje pieniędzy na niesprecyzowane cele. Należy przemyśleć i przeanalizować efektywność takich działań jak przekazywanie odpisów podatkowych przez osoby prywatne, przyznawanie ulg podatkowych przedsiębiorstwom oraz budowanie mechanizmu grantów publicznych, które mogłyby zapewnić bezpieczeństwo i stabilność organizacjom pozarządowym – tym, które działają transparentnie i skutecznie.

Ksiądz A. Nowak wskazał, że skuteczność działania organizacji pozarządowych nie zależy tylko od nich samych, lecz w dużym stopniu jest ona pochodną ich traktowania przez przedstawicieli administracji centralnej, choćby tego, w jakim stopniu uwzględniają oni organizacje pacjentów w trybie konsultacji społecznych nowego prawa lub zmian systemowych. O dużym wpływie decydentów mówił także dr Janusz Meder, odnosząc się do wspomagania tych działań, których skuteczność została już udowodniona. Przytoczył przykład dwóch wieloletnich ogólnopolskich akcji „Mam haka na raka" i „Zdrowa gmina", które po wycofaniu się sponsorów biznesowych zostały zawieszone, ponieważ nie otrzymały wsparcia finansowego od instytucji publicznych.

Z kolei S. Maćkowiak wskazał na problemy z utrzymaniem profesjonalizacji NGO, spowodowane brakiem stabilizacji finansowej. Niestabilność osłabia ich pozycję w kontaktach z sektorem publicznym i sprawia, że nie są odpowiednim partnerem dla administracji. – Stabilność wymaga zróżnicowanych źródeł finansowania – podkreślała M. Panek-Owsiańska. – Organizacje powinny budować swoje budżety z grantów europejskich, ogólnopolskich, regionalnych, ze środków przekazywanych przez darczyńców indywidualnych i biznesowych podczas akcji, jak i regularnie. Jej

zdaniem dywersyfikacja i stabilność finansowania jest możliwa, ale pod warunkiem pełnej transparentności.

Podsumowując dyskusję, I. Rej stwierdziła, że organizacje pozarządowe bezspornie są potrzebne. Nawet gdyby sytuacja w służbie zdrowia była lepsza, to ich obecność będzie zawsze koniecznym uzupełnieniem działań sektora publicznego i biznesu. Wskazała na opinie o braku współpracy i porozumienia z tzw. instytucjami rządowymi. W tym kontekście wielkie nadzieje budzi inicjatywa Rzecznika Praw Pacjenta, który tworzy radę organizacji pacjentów działających na rzecz zdrowia i ochrony zdrowia. Zjednoczony głos sektora pozarządowego powinien wywierać większy wpływ na Ministra Zdrowia i inne instytucje rządowe, m.in. wskazując, które działania warto wesprzeć z funduszy publicznych.

UNICEF – Polska z pomocą dzieciom na całym świecie

Marek Krupiński: Z powodu niedożywienia na świecie umiera ponad 3 mln dzieci poniżej 5. roku życia. Przeprowadziliśmy badania, z których wynika, że Polacy są bardzo wrażliwi na ten problem. Być może dlatego nadużywamy określenia „niedożywione dziecko" i odnosimy je także do polskich dzieci. Tymczasem w Polsce nie ma dzieci niedożywionych.

Mówiąc o zdrowiu Polaków, cofnijmy się w czasie i przypomnijmy sobie, że o zdrowie Polaków walczono już kiedyś, a skuteczność tych działań pokazał UNICEF. Nie wszyscy pamiętają inicjatora i założyciela UNICEF – dr. Ludwika Rajchmana. To właśnie dzięki jego staraniom po wojnie słynna UNRRA niosła pomoc humanitarną dla krajów poszkodowanych w wyniku wojny. Obecnie UNICEF to największa na świecie organizacja działająca na rzecz dzieci, niosąca im pomoc w 190 *country offices* w krajach objętych konfliktami, wojnami, tragediami. Na terenie tych krajów działa ponad 80 proc. pracowników UNICEF.

Polska od 2002 r. jest zaliczana do krajów wysokorozwiniętych, dlatego właśnie pomoc płynie także z Polski. Jesteśmy zdolni do finansowania programów pomocowych – dotyczą one skrajnego niedożywienia, katastrof humanitarnych (Haiti, Filipiny). Polska jest jednym z 32 komitetów narodowych organizujących pomoc na rzecz innych krajów. Z powodu niedożywienia na świecie umiera rocznie ponad 3 mln dzieci poniżej 5. roku życia. Przeprowadziliśmy badania, z których wynika, że Polacy są bardzo wrażliwi na ten problem. Być może dlatego nadużywamy określenia „niedożywione dziecko" i odnosimy je także do polskich dzieci. Tymczasem w Polsce nie ma dzieci niedożywionych. Są dzieci zaniedbane, narażone na patologiczne zachowania, będące ofiarami tragedii rodzinnych, ale nie głodu. Pozytywne jest jednak to, że chętnie włączamy się w kampanie pomocowe, np. zbiórkę funduszy „Na ratowanie dzieci niedożywionych poniżej 5. roku życia".

UNICEF prowadzi również kampanie dotyczące szczepień. Z przerażeniem patrzymy na ruchy antyszczepionkowe, na ludzi siejących demagogię i opowiadających niestworzone rzeczy o tym, dlaczego nie należy się szczepić. Widzieliśmy chorych na tężec i inne choroby, o których w Polsce już prawie zapomnieliśmy i które wskutek takich działań zaczynają znowu się pojawiać.

Uratowanie milionów dzieci jest możliwe dzięki programom pomocowym wspieranym finansowo przez duże firmy czy korporacje, ale również dzięki milionom indywidualnych darczyńców. Niedawno wróciłem z Nigru, który na 189 krajów jest na 189. miejscu na liście najuboższych krajów na świecie. Dlatego właśnie zdecydowaliśmy się tam pojechać i rozpoczęliśmy wielką akcję. Warunki na miejscu są trudne do opisania, panuje ogromna umieralność. Dzieci otrzymują na przykład tzw. pastę terapeutyczną (specjalny ekstrakt z orzeszków ziemnych), prowadzone są lekcje pokazowe gotowania zdrowej żywności oraz zachowania higieny.

Szpitale (wyposażone już w dużej części) funkcjonują w dawnych koszarach, w miejscach rebelii, przewrotów wojskowych, ale bardzo często dzieci są badane i leczone w namiotach.

W naszej działalności wspomagają nas Ambasadorowie Dobrej Woli – Robert Lewandowski, Łukasz Nowicki, Robert Korzeniowski, Magdalena Różczka, Majka Jeżowska, Agnieszka Radwańska, Artur Żmijewski, Małgorzata Foremniak.

Pamiętajmy o tym, że kiedyś nam, Polakom, pomagano w trudnych sytuacjach i teraz my powinniśmy pomagać.

4.2

Wspieranie idei solidarności międzypokoleniowej

O starzejącym się społeczeństwie mówiono podczas debat i paneli wielokrotnie w różnych kontekstach. Prelegenci przytaczali dane demograficzne wskazujące na rosnący odsetek osób w wieku senioralnym, nie tylko w naszym kraju. Zapewnienie opieki zdrowotnej, ale też socjalnej, to jedno z największych wyzwań obecnej medycyny i opieki społecznej, powtarzali eksperci. Jak temu sprostać? Bez wątpienia należałoby stworzyć sieć placówek leczniczo-opiekuńczych – takie zaplecze jest niezbędne. Jednak w kontekście opieki nad osobami 65+ mówiono także o szczególnej roli rodziny. Dbanie o dobre kontakty międzypokoleniowe, pielęgnowanie rodzinnych wartości to inwestycja w przyszłość naszego społeczeństwa. Jak podkreślał prof. Henryk Skarżyński, rodziny nie można zastąpić tylko instytucjonalną opieką. Można natomiast sprawić, aby opieka nad starszym pokoleniem nie była dla młodych ludzi zaangażowanych zawodowo nadmiernym obciążeniem, aby z powodu konieczności codziennej opieki nad rodzicami czy dziadkami nie musieli rezygnować ze swoich obowiązków, pracy zawodowej itp. Eksperci uczestniczący w dyskusji na ten temat byli zgodni co do jednego – niezbędne jest wdrożenie programów pozwalających utrzymać tę coraz liczniejszą grupę w jak najlepszej kondycji fizycznej i psychicznej. Potrzebne są także działania aktywizujące seniorów, zapobiegające ich izolacji oraz pozwalające na utrzymanie samodzielności. Dzięki przemyślanej i konsekwentnej polityce senioralnej oraz odpowiedniej profilaktyce osoby starsze mogą zachować aż do późnej jesieni życia na tyle dobrą formę, by nie potrzebować ciągłej opieki najbliższych, albo potrzebować jej w stopniu niekolidującym z codziennymi obowiązkami dzieci czy wnuków.

Podczas I Kongresu „Zdrowie Polaków" 2019 wskazywano m.in. sposoby, które należałoby uwzględnić w przyszłych programach opieki i aktywizacji seniorów. Profesor H. Skarżyński zaznaczał, jak ważne jest m.in. wczesne wykrywanie i leczenie związanych z wiekiem zaburzeń narządów zmysłów, w tym słuchu, który ma kluczowe znaczenie w codziennej komunikacji. Ponadto u osób po 65. roku życia z zaburzeniami słuchu występują zaburzenia funkcji poznawczych (33 proc.) i epizody zaburzeń pamięci (80 proc.). U 90 proc. występuje podwyższone ryzyko choroby Alzheimera. W profilaktyce gerontologicznej szczególnie istotną rolę – jak podkreślała prof. Anna Skrzek – odgrywa aktywność fizyczna, zarówno wśród zdrowych starzejących się osób, jak i tych, u których występują już schorzenia charakterystyczne dla okresu starzenia. Z kolei prof. Grzegorz Juras zaprezentował rozwiązanie, m.in. dla osób starszych, pozwalające na uzyskanie satysfakcji z bycia aktywnym w wirtualnej rzeczywistości.

Działania wspierające zdrowie seniorów mogą przynieść oczekiwane efekty, jeśli towarzyszyć im będzie wsparcie ze strony rodziny. To, jak ważna jest troska o seniorów ze strony najbliższych, podkreślał m.in. dr Łukasz Jankowski, przedstawiając założenia i dotychczasowe wyniki akcji Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie „Wspólne Święta". Myślmy o seniorach tak, jakbyśmy chcieli, aby w przyszłości o nas myślano, konkludowali uczestnicy Kongresu.

Prof. Henryk Skarżyński: Jakość życia można poprawić, wzmacniając kontakty międzypokoleniowe, pielęgnując rodzinne wartości i rodzinną solidarność, a nie zastępując rodzinę tylko instytucjonalną opieką. Nie ma na świecie takiego systemu, który oferowałby każdemu wszystko, czego dana osoba oczekuje. Jeżeli zapomnimy o tych wartościach, mamy małe szanse na ograniczenie izolacji i wynikających z niej – bólu i cierpienia.

Budowanie międzypokoleniowej solidarności, bez której, zwłaszcza w starzejącym się społeczeństwie, trudno jest zapewnić sprawny system opieki zdrowotnej i społecznej, jest jednym z celów zainicjowanego przeze mnie Wielospecjalistycznego całorocznego programu przeciwdziałania chorobom cywilizacyjnym i wsparcia zdrowia Polaków „Po Pierwsze Zdrowie". Obejmuje on szereg działań w odniesieniu do wszystkich grup społecznych, także najstarszej. Do tej pory w ramach tego programu opieką objęto ponad 50 tys. osób w różnym wieku.

Początkowo program „Po Pierwsze Zdrowie" odnosił się do narządów zmysłów: słuchu, wzroku, równowagi, oraz mowy. Ich sprawność ma bowiem decydujący wpływ na jakość komunikacji międzyludzkiej, a tym samym – na rozwój współczesnych społeczeństw. Szczególnego znaczenia nabiera to w przypadku starzejącej się polskiej populacji, w której rosnąca szybko grupa seniorów stawia przed nami szczególne wyzwania. Zadbanie o to, aby jak najwięcej osób należących do tej grupy jak najdłużej pozostało w jak najlepszej formie to zadanie dla nas wszystkich – lekarzy, menadżerów służby zdrowia, ale także rodzin. Właśnie seniorom, którym czasem trudno jest dotrzeć do specjalistów, staraliśmy się wyjść naprzeciw, organizując w ramach programu „Po Pierwsze Zdrowie" m.in. plenerowe badania słuchu. Badania te są wykonywane przez specjalistów Instytutu Fizjologii i Patologii Słuchu (IFPS) w Mobilnym Centrum Słuchu, czyli samochodzie z gabinetem lekarskim i kabiną ciszy wyposażoną w najnowocześniejszy sprzęt do badania słuchu. W miesiącach letnich Mobilne Centrum Słuchu parkuje w wielu miastach i miasteczkach w całej Polsce. Pacjent zgłasza się do dyżurujących w nim specjalistów i po przeprowadzeniu badania słuchu może zapoznać się z jego wynikiem, a jeśli nie jest on dobry – otrzymuje zaproszenie do Światowego Centrum Słuchu w Kajetanach na bardziej szczegółową diagnostykę. Jest ona niezbędna, aby można było rozpocząć odpowiednie leczenie, niezależnie od wieku. Leczenie niedosłuchu związanego z wiekiem to konieczność. Trudno pozostawać bowiem aktywnym bez sprawnych narządów zmysłów – słuchu czy wzroku. W obecnym świecie coraz więcej osób, zwłaszcza wkraczających w wiek senioralny, ma problemy ze słuchem. To nie tylko utrudnia komunikację, lecz także zwiększa ryzyko wystąpienia innych zaburzeń. U osób starszych cierpiących na lekki niedosłuch aż dwukrotnie zwiększa się ryzyko depresji, u osób z niedosłuchem średnim – trzykrotnie, a u pacjentów z niedosłuchem głębokim – aż pięciokrotnie. Ponadto u osób po 65 roku życia z zaburzeniami słuchu współwystępują m.in. zaburzenia funkcji poznawczych (33 proc.) i epizody zaburzeń pamięci (80 proc.). U 90 proc. wyższe jest ryzyko choroby Alzheimera.

Od lat staramy się o tym jak najwięcej mówić, m.in. promując badania przesiewowe słuchu, także w ramach programu „Po Pierwsze Zdrowie". Dlatego czułem wielką satysfakcję, obserwując kolejkę do Mobilnego Centrum Słuchu, w której czekały całe rodziny – dzieci, rodzice i dziadkowie. Te rodziny najwyraźniej rozumiały, że postęp w medycynie daje najstarszemu pokoleniu wielką szansę – obecnie nie ma powodu, aby zdrowy 65- czy 75-letni człowiek nie mógł normalnie się komunikować i żyć pełnią życia tylko dlatego, że niedosłyszy. W Światowym Centrum Słuchu osobom w wieku senioralnym proponuje się skuteczne leczenie indywidualnie dobrane do stanu zdrowia, możliwości i potrzeb. Świadomość tego faktu w rodzinach jest ogromnie ważna. To właśnie rolą rodziny jest bowiem podtrzymywanie na duchu seniora odczuwającego pierwsze symptomy zaburzeń czy chorób i mobilizowanie do walki o podtrzymywanie dobrej kondycji i zdrowia.

Mówiąc o solidarności międzypokoleniowej, odnoszę się głównie do związanych z wiekiem zaburzeń słuchu. Jednak solidarność i wsparcie ze strony najbliższych to warunki niezbędne w walce ze wszystkimi chorobami, które ogólnie nazywamy cywilizacyjnymi i których leczenie pochłania najwięcej nakładów finansowych – należą od nich nieodmiennie od lat: choroby układu krążenia, choroby onkologiczne oraz choroby układu nerwowego

i narządów zmysłów rozwijające się na podłożu zmian neurodegeneracyjnych. Dlatego budowanie solidarności międzypokoleniowej, a także aktywnej postawy społecznej w odniesieniu do naszego zdrowia należy traktować w sposób fundamentalny. Bez nich stworzenie sprawnego systemu opieki zdrowotnej Polaków jest bowiem niemożliwe. Pamiętajmy, że wsparcia, którego dziś udzielamy starszemu i młodszemu pokoleniu, za kilkanaście, kilkadziesiąt lat sami będziemy potrzebować. Budując zatem międzypokoleniową solidarność, budujemy przyszłość dla siebie.

Dr n. med. Marek Balicki: W latach 2020–2030 odsetek osób powyżej 75. roku życia wzrośnie o ponad połowę. Nasz system opieki zdrowotnej jest nieprzygotowany do opieki nad taką liczbą pacjentów w wieku senioralnym, dla których typowa jest wielochorobowość oraz niesprawność prowadząca nieraz do braku samodzielności. Dlatego w Sekcji Ochrony Zdrowia Narodowej Rady Rozwoju została opracowana koncepcja „Centrum Zdrowia 75 plus".

Leczenie grupy pacjentów w wieku od 75 lat wzwyż nie może być ukierunkowane na poszczególne problemy zdrowotne, lecz musi być zorientowane na problemy typowe dla osób w wieku senioralnym. Czy mamy ramy konstytucyjne, które upoważniają nas do interwencji w obecny system? Zgodnie z art. 68 ust. 3 Konstytucji RP władze publiczne mają obowiązek zapewnienia szczególnej opieki pewnym kategoriom obywateli, m.in. dzieciom, osobom niepełnosprawnym, kobietom w ciąży czy osobom w podeszłym wieku.

Co zatem oznaczają słowa: „zapewnienie szczególnej opieki"? Albo zorganizowanie opieki na innych zasadach niż w przypadku opieki powszechnej, np. przez tworzenie specjalnych form organizacyjnych, albo szczególnych warunków korzystania. Z wyroku Trybunału Konstytucyjnego ze stycznia 2004 r. wynika, że dostępność, o której mówi art. 68, ma być rzeczywista, a nie deklarowana. Tymczasem obecnie nie ma zorganizowanej, instytucjonalnej koordynacji opieki na pacjentem geriatrycznym. Podczas badań GUS zadano pytanie o dyskryminację, która dotknęła respondentów lub też dyskryminację, którą zauważyli w swoim otoczeniu. W opinii uczestników badania powodem dyskryminacji był przede wszystkim wiek i status społeczno-ekonomiczny.

Koncepcja „Centrum Zdrowia 75 plus" opiera się na dwóch filarach:

1. Sieć oddziałów geriatrycznych – 1 oddział na 300–350 tys. mieszkańców, czyli ok. 100–150 oddziałów w Polsce. Obecnie mamy 900 łóżek geriatrycznych. A więc co szósty funkcjonujący obecnie szpital w sieci powinien mieć oddział geriatryczny.
2. Sieć centrów zdrowia 75 plus na poziomie powiatu – jedno centrum na 120 tys. mieszkańców; wiąże się z tym wyznaczenie nowych zadań dla pracowników socjalnych (przesiew oparty na specjalnie skonstruowanym wywiadzie) i lekarzy rodzinnych (wstępna ocena geriatryczna, czyli VES-13 z minimalnym pakietem badań laboratoryjnych i ocena badań fizykalnych).

Oddziały geriatryczne powinny być w szpitalach II i III stopnia funkcjonującej sieci szpitali ogólnopolskich. Każdy z oddziałów geriatrycznych miałby przypisaną określoną populację i współpracowałby ściśle z określonymi trzema, czterema centrami zdrowia 75 plus, które zajmowałyby się koordynacją opieki pozaszpitalnej. W szpitalach, w których nie byłoby oddziału geriatrycznego, funkcjonowałyby geriatryczne zespoły konsultacyjne, które już dziś są wprowadzone. W związku z tym potrzebne jest uruchomienie możliwości kształcenia kadr – obecnie w Polsce mamy 400 lekarzy geriatrów ze specjalizacją, a tylko 200 pracuje w systemie, co jest m.in. wynikiem tego, że system nie tworzy zapotrzebowania, ani miejsc kształcenia podyplomowego.

Centrum zdrowia 75 plus to podmiot leczniczy lub wyodrębniona część podmiotu leczniczego, który w jednej strukturze zapewnia opiekę ambulatoryjną i dzienną rozumianą jako dzienny dom opieki medycznej. W ramach funduszy europejskich w Polsce uruchomiono ponad 50 dziennych domów opieki medycznej, które rewelacyjnie wpisały się w potrzeby związane z przywracaniem sprawności po wypisaniu pacjenta ze szpitala.

Centrum zdrowia 75 plus zapewnia też istotne wsparcie dla lekarza rodzinnego, który bez takiego wsparcia nie będzie w stanie poradzić sobie z problemami związanymi z opieką nad coraz liczniejszą populacją seniorów. Centrum jest także ośrodkiem współpracującym z oddziałem geriatrycznym – pacjent ze zidentyfikowanym problemem zdrowotnym może być na krótki okres przekierowany do oddziału geriatrycznego, a następnie może powrócić do centrum zdrowia 75 plus. Centrum 75 plus to wreszcie miejsce współpracy z pomocą społeczną, wsparcia dla rodzin itp.

W koncepcję „Centrum Zdrowia 75 plus" wpisuje się także geriatryczny zespół opieki domowej, telemedyczna opieka domowa, która może być zorganizowana na tym właściwym poziomie populacji powiatu, przy użyciu narzędzi, które powszechnie będą wdrażane. Koncepcja „Centrum Zdrowia 75 plus" jest ukierunkowana na prewencję trzeciorzędową – zmniejszanie liczby rehospitalizacji i wczesne interwencje. Wstępna ocena geriatryczna przez lekarza rodzinnego pacjentów w wieku senioralnym, którzy nie są przekierowani na oddział geriatryczny, umożliwi wcześniejsze, skoordynowane i całościowe sprawowanie opieki.

Prof. Anna Skrzek: Aktywność fizyczna, stanowiąc jeden z czynników silnie determinujących zdrowie psychofizyczne człowieka, powinna być stałym elementem życia w każdym okresie, również w okresie starzenia się.

Ruch jest największym biologicznym stymulatorem naszego organizmu. Systematyczna umiarkowana aktywność ruchowa to lekarstwo na choroby cywilizacyjne, to warunek dobrego samopoczucia i skuteczna forma opóźniania inwolucyjnych zmian organizmu prowadzących do niepełnosprawności. Ruch to sprawność, samodzielność, niezależność.

Starzenie powoduje nieodwracalne zmiany narządowe, które sprzyjają powstawaniu wielu chorób. Dzięki systematycznym ćwiczeniom fizycznym proces inwolucyjny może zostać spowolniony. Aktywny styl życia wraz z istotną rolą aktywności fizycznej są ważnymi predykatorami jakości życia osób starszych. Ze względu na zróżnicowany przebieg starzenia się organizmu konieczne jest indywidualne planowanie aktywności fizycznej. Dobór obciążeń fizycznych zależy przede wszystkim od wnikliwej oceny stanu zdrowia i sprawności fizycznej seniora.

Zalecenia w zakresie aktywności fizycznej dla osób starszych:

1. Aktywność fizyczna powinna być wykorzystywana w profilaktyce pierwotnej, kierowanej do ludzi zdrowych zagrożonych przedwczesnym starzeniem się, oraz wtórnej – w zapobieganiu niedołęstwu starczemu i przeciwdziałaniu utracie samodzielności życiowej.
2. Należy promować aktywność seniora w sferach: psychicznej, fizycznej i społecznej oraz umożliwić samodzielny wybór form aktywności.
3. Starzenie się jest zróżnicowane ze względu na stan funkcjonalny seniorów, dlatego konieczne jest stworzenie polskich norm w zakresie funkcjonalnej sprawności fizycznej seniorów.

Realizacja wszystkich powyższych zaleceń umożliwi śledzenie tempa indywidualnego spadku stanu funkcjonalnego osób w starszym wieku i pomoże przygotować skuteczną strategię interwencji celem utrzymania ich mobilności i niezależności.

Prof. Mirosław Wysocki: Koncepcja „Centrum Zdrowia 75 plus" oparta na sieci oddziałów geriatrycznych i sieci centrów zdrowia, w których opiekę znajdą osoby w wieku 75+, jest dobrym rozwiązaniem. Warto także pomyśleć o utworzeniu mniejszych, np. dzielnicowych centrów seniora, do których starsi ludzie mieszkający na danym terenie mogliby przychodzić np. raz w tygodniu, aby rozmawiać, oglądać filmy.

Ludność Polski w szybkim tempie się starzeje. W roku 2030, przy spadającej wciąż dzietności, będziemy mieli ok. 4,5 mln osób dożywających 75 lat i ok. 1,5 mln osób dożywających 85 lat. Sytuacja

ta stawia nowe zadania przed systemem opieki zdrowotnej i społecznej państwa. Dlatego koncepcja „Centrum Zdrowia 75 plus", oparta na sieci oddziałów geriatrycznych i sieci centrów zdrowia, w których opiekę znajdą osoby w wieku 75+, jest dobrym rozwiązaniem. Podstawową działalnością powinny być stałe wizyty pracowników centrów zdrowia 75 plus i jednostek opieki społecznej u samotnie mieszkających seniorów. Warto także pomyśleć o utworzeniu dzielnicowych lub obejmujących mniejsze obszary centrów seniora, do których starsi ludzie mieszkający na danym terenie mogliby przychodzić raz w tygodniu, aby się spotykać, oglądać filmy, uczestniczyć w spotkania z interesującymi ludźmi, a równocześnie mogliby uzyskać poradę lekarską i pielęgniarską.

Tego typu model, który dzisiaj możemy potraktować jak pilotaż, funkcjonował w latach 70., 80. i 90. ubiegłego wieku w Klinice Psychiatrycznej Warszawskiej Akademii Medycznej. Kierowała nią wówczas prof. Halina Wardaszko-Łyskowska. W tamtym czasie grupy ok. 30–40 starszych pacjentów psychogeriatrycznych spotykały się w Klinice raz w tygodniu i miały okazję do korzystania z wyżej wspomnianych możliwości spędzania czasu. Wyniki tych działań wśród seniorów z przewlekłymi chorobami i zaburzeniami psychiatrycznymi były spektakularne – częstość hospitalizacji psychiatrycznych spadła aż o 80 proc. Autorami metodyki klubów pacjentów psychogeriatrycznych i propagatorami tej formy postępowania byli śp. dr Hanna Lewicka-Wysocka i dr Włodzimierz Szyszkowski. Metoda ta, obok koncepcji „Centrum Zdrowia 75 plus" proponowanej przez dr. M. Balickiego, może być wykorzystana w stosunku do ogółu żyjących samotnie seniorów w naszym kraju.

Zdrowie w Polsce wymaga znacznie wyższego finansowania niż planowane na lata 2022–2023 6 proc. PKB, które w dodatku szacowane jest w myśl zasad tzw. kreatywnej księgowości. Powtarzany nieustannie w różnych gronach pogląd, że służba zdrowia w kategoriach finansowych jest studnią bez dna i pochłonie każdą sumę pieniędzy, świadczy tylko o nieznajomości funkcjonowania służby zdrowia np. w Republice Czeskiej czy innych krajach UE nieco tylko bogatszych od Polski. Finansowanie zdrowia w najbliższych latach powinno wzrosnąć do 7–8 proc. PKB, czemu powinna towarzyszyć odbudowa podstawowej opieki zdrowotnej i nadanie jej odpowiedniej rangi, a także znaczne ograniczenie niepotrzebnych hospitalizacji, wynikających ze względów społecznych.

Dr hab. Krystyna Księżopolska-Orłowska, prof. NIGRiR: Ruch jest wskazany do późnych lat życia. Zmniejsza m.in. zagrożenie osteoporozą, która obecnie jest uważana za chorobę społeczną.

Osteoporoza jest chorobą szkieletu, która charakteryzuje się obniżoną wytrzymałością mechaniczną kości, co zwiększa ryzyko wystąpienia złamań. Mają one konsekwencje nie tylko dla samego chorego (ból, obniżenie jakości życia, postępujące ograniczenie samodzielności, niekiedy śmierć), lecz także dla społeczeństwa (koszty związane z leczeniem farmakologicznym, ortopedycznym, rehabilitacją, dostosowaniem mieszkania do ograniczonych możliwości funkcjonalnych, niekiedy potrzeba stałej opieki).

Szczytowa masa kostna to maksymalna masa, jaką osiąga tkanka kostna w ciągu pierwszych 20 lat życia. W rozwoju szkieletu duże znaczenie ma osiągnięcie jak najwyższej szczytowej masy kostnej, ponieważ jej niska wartość to jeden z najważniejszych czynników ryzyka rozwoju osteoporozy. Im wyższa jest szczytowa masa kostna, tym z wyższego pułapu rozpoczyna się proces starzenia w wieku podeszłym. Kość jest tkanką ustroju ludzkiego, w której stale i w wielu miejscach zachodzą procesy resorpcji i tworzenia.

Utrzymanie prawidłowej struktury kości zależy od umiejętnego dawkowania ruchu i obciążeń. Terapia ruchem ma wpływ na wytrzymałość mechaniczną kości poprzez stymulację komórek kostnych. Ruch zwiększa siłę i przywraca współpracę mięśni, dzięki czemu poprawia stan funkcjonalny i w sposób pośredni działa na zwiększenie wytrzymałości kości. Analiza opublikowanych badań nad wytrzymałością mechaniczną kości potwierdza skuteczność ćwiczeń fizycznych jako ważnego elementu kompleksowego postępowania. Obserwowano zmniejszenie ryzyka upadków i złamań u osób, u których obok leczenia farmakologicznego stosowano terapię ruchem. Codzienna aktywność fizyczna, od najmłodszych

lat życia nauka zachowania prawidłowej postawy ciała i nauka prawidłowego wykonywania codziennych czynności mają istotne działanie profilaktyczne. Istnieje wiele dowodów na to, że brak ruchu (np. w przypadku astronautów, osób obłożnie chorych) prowadzi do zmniejszenia masy kości i osłabienia mięśni, czego konsekwencją jest obniżenie wytrzymałości mechanicznej kości.

Profilaktyka osteoporozy powinna uwzględniać:

1. Właściwą i indywidualnie dobraną aktywność fizyczną (sport, rekreacja). Ograniczenie czasu spędzanego w pozycji siedzącej czy niedbałej przed telewizorem, przy komputerze i innych urządzeniach elektronicznych.
2. Leczenie chorób powodujących obniżoną wytrzymałość mechaniczną kości (czyli będących przyczyną osteoporozy wtórnej) – cukrzycy, chorób nerek, tarczycy, zespołów złego wchłaniania, chorób układowych tkanki łącznej, nowotworów, jadłowstrętu psychicznego i in.
3. Zapobieganie wystąpieniu osteoporozy jako skutku leczenia niektórymi lekami, np. hormonami tarczycy, glikokortykosteroidami, heparyną, lekami przeciwdrgawkowymi i moczopędnymi.
4. Właściwie dobraną dietę – zawierającą białko i witaminy, z ograniczeniem ilości spożywanych tłuszczów zwierzęcych. Ograniczenie spożywania produktów typu fast food, używek (kawa, alkohol, papierosy) oraz napojów słodkich i gazowanych. Wyrównywanie niedoborów witaminy D i wapnia.

Prof. Grzegorz Juras: Przez ostatnie 3 lata pracujemy nad zastosowaniem wirtualnej rzeczywistości w programach usprawniających dla osób starszych i pacjentów z chorobami neurodegeneracyjnymi – projekt badawczy „Wirtualna Klinika Równowagi". Tematykę aktywności fizycznej w wieku senioralnym podejmujemy również w ramach Regionalnej Inicjatywy Doskonałości w projekcie „Zdrowe starzenie się".

W skład konsorcjum realizującego projekt badawczy „Wirtualna Klinika Równowagi" wchodzą: Warszawski Uniwersytet Medyczny, Politechnika Warszawska, Instytut Biologii Doświadczalnej im. M. Nenckiego, szpital w Otwocku, Instytut „Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka", firma RC, Akademia Wychowania Fizycznego w Warszawie. Skupiliśmy się na rozwiązaniach, które także osobom starszym pozwoliłyby uzyskać satysfakcję z bycia aktywnymi w wirtualnej rzeczywistości (VR). Opracowując wzorce ruchowe, wzorce zachowań, stworzyliśmy gry oparte na prostych codziennych czynnościach, takich jak robienie zakupów czy jazda na rowerze. Gry te są uznawane za bardzo atrakcyjne przez wiele osób starszych przychodzących na nasze ćwiczenia. Jeden z pacjentów po odbyciu cyklu treningowego przyjeżdżał specjalnie z Częstochowy do laboratorium w Katowicach po to, aby podtrzymać swoją aktywność w wirtualnym świecie.

Jak wyglądała nasza praca od strony technicznej? Moduł diagnostyczny określa deficyt, następnie tak dobiera zadania, aby pacjent ćwiczył tę stronę ciała, która jest mniej sprawna. W ćwiczeniach została uwzględniona muzyka, czynniki zewnętrzne, balans całego ciała, a także ruchy zakłócające, które są generowane poprzez konieczność wykonania dodatkowych zadań, na przykład sięganie po coś. We wspomnianej grze istotną rolę odgrywa moduł uczący się, który decyduje o tym, czy grający jest wystarczająco dobry, aby przejść na kolejny, wyższy poziom, czy też dalej powinien doskonalić swoje umiejętności.

Zwykle w grach komputerowych często zwiększa się poziom trudności. W naszych grach tak nie jest – poziom jest dopasowany do możliwości pacjenta. Jeśli w danym dniu pacjent jest słabszy, otrzymuje łatwiejsze zadanie. Wykonaliśmy ocenę skuteczności interwencji u 13 zdrowych starszych kobiet. Już po szóstej sesji nastąpił progres, natomiast po 12 sesjach (12 razy po 30–35 minut ćwiczeń w naszej wirtualnej klinice) był on istotny statystycznie.

Badania przeprowadzone na Uniwersytecie Kalifornijskim wskazują, że u osób chorych na chorobę Parkinsona interwencją bardziej skuteczną od VR jest tylko taniec. Monitorowanie aktywności fizycznej wskazuje na to, że ważne jest nie tylko współzawodnictwo, lecz także współuczestnictwo. W przypadku VR, nie wychodząc z domu, można nawiązać kontakt z innymi ludźmi, którzy w tym samym czasie rzeczywistym uczestniczą w danej grze. Nie bez znaczenia jest fakt, że ryzyko kontuzji

podczas opracowanych przez nas gier jest relatywnie niskie. Czy VR może zastąpić aktywność na świeżym powietrzu? Nie, jest to jednak alternatywa dla seniorów w tym okresie, kiedy na przykład powietrze jest okresowo zatrute smogiem.

Podsumowując, najlepszymi rekomendacjami dla zastosowania VR, oprócz jej efektywności i atrakcyjności potwierdzonych badaniami, są: łatwość monitorowania aktywności fizycznej i standaryzacja przebiegu treningu zdrowotnego, możliwość ćwiczenia w zdrowym powietrzu (w zamkniętych klimatyzowanych pomieszczeniach) i relatywnie niskie ryzyko kontuzji. Jednocześnie należy wysunąć postulaty mające na celu zwrócenie uwagi na zagadnienie zdrowego starzenia się:

1. Wprowadzenie programów społecznych uaktywniających osoby starsze w różnorodnych obszarach funkcjonowania w społeczeństwie.
2. Instytucjonalne zorganizowanie zajęć usprawniających dla seniorów z wykorzystaniem aktualnego stanu wiedzy o zalecanych formach aktywności fizycznej oraz o ich intensywności i objętości.
3. Uruchomienie zamawianych programów badawczych ukierunkowanych na określenie efektywności poszczególnych form aktywności fizycznej wraz z poznaniem fizjologicznych mechanizmów starzenia się organizmu.

W odniesieniu do szeroko rozumianej profilaktyki warto wspomnieć o zasadzie trzech P – powietrze, pieniądze i programy: dla osób starszych, które cierpią na choroby neurodegeneracyjne, programy wspomagające edukację wczesnoszkolną, a także programy społeczne i badawcze. Bez programów badawczych nie jesteśmy w stanie stwierdzić, które programy społeczne są najbardziej rentowne. Rzetelność badań ma duży wpływ na koszty działań podejmowanych przez Ministerstwo Zdrowia.

Dr Łukasz Jankowski: Wpływanie na rzeczywistość, w której funkcjonują lekarze, to jeden z priorytetów warszawskiej Okręgowej Izby Lekarskiej, która prowadzi kilka nowatorskich projektów. Jednym z nich jest społeczna kampania „Wspólne Święta".

Okręgowa Izba Lekarska (OIL) w Warszawie kieruje się zasadą, że aby cokolwiek zmienić w systemie, trzeba nagłaśniać problemy i wychodzić z propozycjami rozwiązań. Taki jest sens organizowanych przez OIL kampanii społecznych. Z dużym odzewem spotkała się już trzecia odsłona akcji „Wspólne Święta" – poświęconej samotności osób starszych i ich opiekunom. Podczas tej kampanii mówimy głośno o pozostawianiu na święta w szpitalach osób starszych bez wskazań medycznych. Niemal każdy lekarz spotkał się z taką sytuacją. Jest to przykra rzeczywistość obrazująca problemy związane z polityką senioralną w naszym kraju. Akcja „Wspólne Święta" stała się pretekstem do szerszej dyskusji, która z edycji na edycję ma coraz większy zasięg i która już wywołała pewne reakcje i działania. Charakterystyczne dla kampanii społecznych jest to, że ich efekt nie jest natychmiastowy, to raczej proces, nad którym trzeba pracować.

Podczas ubiegłorocznej akcji przedstawiciele OIL w Warszawie odwiedzili Dzienny Dom Opieki Medycznej – miejsce pomocy osobom starszym, którego celem jest odciążenie opiekunów. Wkrótce w stolicy ma powstać kolejna taka placówka. W kampanię włączyły się władze samorządowe m.st. Warszawy, tematem zainteresowali się: rzecznik praw obywatelskich, rzecznik praw pacjenta i wojewódzki konsultant medyczny w dziedzinie chorób wewnętrznych.

Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie podkreśla, że nagłaśniane w tej akcji tematy wymagają kompleksowych rozwiązań. Społeczeństwo się starzeje, a osób wymagających długoterminowej opieki jest coraz więcej. Wsparcia potrzebują jednak nie tylko seniorzy, lecz także opiekunowie, którzy – wyczerpani całodobową opieką – często zaniedbują siebie i własne zdrowie. Akcja „Wspólne Święta" realizowana jest po to, aby uwrażliwiać społeczeństwo, podkreślać wagę empatii, ale przede wszystkim – wskazywać formy rozwiązań systemowych. Organizatorzy akcji zaznaczają, że jej celem nie jest ocena kogokolwiek i piętnowanie zachowania rodzin. Powody porzucania bliskich mogą być różne, nie chcemy ich zgłębiać. Pragniemy jedynie zwrócić uwagę na to, że takie przykre postępowanie ma miejsce, i naszym zamiarem jest przeciwdziałanie

temu zjawisku. To przeciwdziałanie polega na mówieniu o problemie i zwiększaniu świadomości społecznej na temat jego skutków, a także na tworzeniu realnej alternatywy.

W wyniku współpracy z władzami m.st. Warszawy w środkach komunikacji miejskiej wyświetlane były plakaty promujące kampanię. W akcję włączyły się również inne izby lekarskie. Plakaty pojawiły się także w szpitalach i poradniach. OIL w Warszawie przygotowała 3 filmy, w których lekarze seniorzy, młodzi lekarze i dzieci dzielą się emocjami i wspomnieniami związanymi ze świętami, opowiadają o roli babci i dziadka w rodzinie, o więzi z bliskimi.

5

Kształcenie kadr – szkolenie przed- i podyplomowe oraz zadania uniwersytetów medycznych i szkół wyższych

Problematyka kształcenia kadr w systemie ochrony zdrowia jest niezwykle szeroka i wielowymiarowa i jako temat przewodni wielu debat dotyczących ochrony zdrowia stanowi przedmiot dyskusji od wielu lat. Ze względu na wagę problemu oraz implikacje dla systemu ochrony zdrowia i w konsekwencji – całego społeczeństwa podczas Kongresu „Zdrowie Polaków" 2019 odbyły się dwie duże debaty plenarne, w których wzięli udział rektorzy uniwersytetów medycznych i szkół wyższych oraz dziekani wydziałów: lekarskich, lekarsko-stomatologicznych, nauk o zdrowiu i pielęgniarskich. Szeroko omawiane były kwestie dotyczące zwiększenia limitów przyjęć na studia medyczne oraz tworzenia nowych uczelni medycznych czy kierunków lekarskich na publicznych i niepublicznych uczelniach niemedycznych.

Zaproszeni specjaliści przedstawiali i komentowali także m.in. sprawy związane z kształceniem przeddyplomowym, zwłaszcza w zakresie interny, oraz podyplomowym, a także ustawicznym i nauczaniem modułowym, cyfryzacją opieki medycznej (e-recepta, e-historia chorego i in.) w kontekście nauczania i wprowadzania innowacyjnych technologii (systemy e-learningowe, centra symulacji). Dyskutowano także na temat: zapisów ustawy o szkolnictwie wyższym, a zwłaszcza o konsekwencjach zmiany profilu uczelni kształcących lekarzy z praktycznego na ogólnoakademicki. Wiele wypowiedzi dotyczyło także nacisku na kształcenie większej liczby lekarzy i związanych z tym trudności finansowych i organizacyjnych. Podkreślano przy tym, że niepokojący jest przede wszystkim brak lekarzy takich specjalności jak: neurologia dziecięca i otolaryngologia dziecięca, a także medycyna rodzinna i geriatria. Debatowano również nad brakami finansowymi, m.in. w kontekście przekazania środków na nowe wydziały lekarskie powstające na uczelniach niemedycznych i istniejących rezerw miejsc na kierunkach lekarskich w akademickich uczelniach medycznych. Podnoszono także kwestie niedoborów doświadczonej kadry nauczającej.

Wiele zgłoszonych postulatów dotyczyło braku nauczania onkologii w polskich uniwersytetach medycznych. – W Polsce przeddyplomowe szkolenie lekarzy w onkologii jest od lat zaniedbane – ubolewał prof. Mieczysław Rajmund Chorąży. A prof. Bolesław Samoliński podkreślał: – Jeżeli choroba jest powszechna i śmiertelna, to nie może być rozpoznawana elitarnie, musi być rozpoznawana w gabinetach lekarskich. Dlatego, zdaniem prof. Krzysztofa Składowskiego, konieczne jest zwiększenie wiedzy onkologicznej wśród specjalistów nieonkologicznych.

Z kształceniem w zawodach medycznych nierozerwalnie wiążą się zagadnienia poświęcone nauczaniu na poziomie akademickim i podyplomowym, przy czym wielu uczestników Kongresu było zwolennikami

wprowadzenia zintegrowanego systemu kształcenia. Kształcenie w tym systemie trwałoby od momentu przyjęcia studenta na uczelnię medyczną aż do chwili, kiedy byłby on w pełni wykształconym, doświadczonym lekarzem. – Pewne treści powinny być zarezerwowane i nauczane w ramach systemu przeddyplomowego i nie powinno się już do nich wracać w systemie podyplomowym – tak istotę systemu zintegrowanego rozumiał prof. Ryszard Gellert. Czy jednak potrafimy zintegrować kształcenie na potrzeby sukcesu zdrowotnego chorego? – zastanawiał się prof. B. Samoliński. Być może odpowiedzią na to pytanie stanie się projekt prowadzony w Kolegium Wojskowo-Lekarskim „Operacja – Integracja! Zintegrowany Program Uniwersytetu Medycznego w Łodzi", o którym mówił prof. Jurek Olszewski.

Ważne zagadnienie stanowi konieczność systematycznego aktualizowania programów nauczania w uczelniach medycznych, związana z dynamicznym rozwojem samej medycyny, która ewoluuje w wielu niezwykle szczegółowych kierunkach, i galopującego postępu w dziedzinie innowacyjnych technologii. – Dzisiaj lekarz, który kończy studia, ma zupełnie inną perspektywę wykonywania zawodu niż 30 lat temu: musi umieć wystawić e-receptę i e-zwolnienie – zwracał uwagę prof. B. Samoliński. I podkreślał: – W kształceniu akademickim trzeba znaleźć miejsce na nauczanie tych narzędzi, tak by w momencie ukończenia studiów absolwenci swobodnie się nimi posługiwali. To samo dotyczy kształcenia podyplomowego.

Podczas obrad Kongresu „Zdrowie Polaków" 2019 moderatorzy i paneliści byli zgodni, że istnieje potrzeba zaangażowania w dydaktykę większej liczby jednostek, ponieważ już teraz kształcenie wyraźnie wychodzi poza kadrę uniwersytecką, oraz wykorzystania w większym stopniu symulatorów medycznych, z zachowaniem zajęć praktycznych z pacjentami, i możliwości w zakresie zdalnego nauczania (e-learning).

Choć przed uczelniami kształcącymi kadry medyczne stoi wiele wyzwań, a zmieniająca się rzeczywistość wciąż przynosi nowe, choć wielkość finansowania dydaktyki wciąż pozostawia wiele do życzenia, podobnie jak przepisy ustawy 2.0, na co zwracało uwagę praktycznie całe gremium naukowe obecne na Kongresie, pozytywny jest fakt, że jak powiedział prof. M. Kuch: „Kształcenie merytoryczne studentów w uniwersytetach medycznych jest na dobrym poziomie, o czym w wystarczającym stopniu świadczy łatwość, z jaką absolwenci tych uczelni są zatrudniani w zawodzie za granicą, w tym również w renomowanych centrach medycznych/naukowych na świecie".

Niezależnie od uwarunkowań ekonomicznych, politycznych, kadrowych itp. „podstawowym celem uczelni, na których uczą się przyszli lekarze, jest prowadzenie kształcenia na najwyższym możliwym poziomie", podkreślił prof. M. Kuch w swoim wystąpieniu. To oczywiste założenie implikuje jednak wiele istotnych pytań i problemów. Jakie powinny być limity przyjęć na uczelnie kształcące przyszłych lekarzy, by z jednej strony uzupełnić braki kadrowe, z którymi od dawna boryka się system ochrony zdrowia, ale z drugiej – zapewnić studentom wysoki poziom nauczania, zwłaszcza podczas zajęć praktycznych w klinikach? Jaki powinien być zakres wiedzy przekazywanej podczas studiów akademickich, a co powinno być przedmiotem kształcenia podyplomowego? W jaki sposób zapewnić większą liczbę dydaktyków, zwłaszcza w nowych specjalnościach, które pojawiają się w związku z dynamicznym rozwojem medycyny? Z tym ostatnim zjawiskiem wiążą się również trudności w nauczaniu podstaw medycyny klinicznej. – Klinik typowo internistycznych, w których poszczególne kierunki interny byłyby proporcjonalnie reprezentowane, praktycznie nie ma – zwracał uwagę prof. Andrzej Lewiński. – Zamiast nich funkcjonują kliniki: kardiologii, pulmonologii, diabetologii, nefrologii, hematologii i wiele innych. Stanowią one miejsce nauczania interny od podstaw, choć same reprezentują wybitnie specjalistyczny profil diagnostyki i leczenia. Dlatego też coraz mniej mamy lekarzy z dobrze rozwiniętą zdolnością myślenia syntetycznego.

Uczelnie medyczne stoją więc przed trudnym zadaniem przygotowania nie tylko merytorycznego i praktycznego przyszłych lekarzy. W procesie tym nie można zapomnieć o takich aspektach, jak dobra komunikacja lekarz – pacjent, lekarz – rodzina pacjenta.

5.1

Debata rektorów. Strategie działań uczelni medycznych wobec oczekiwań zdrowotnych Polaków

Niezwykle interesująca była debata plenarna „Strategie działań uczelni medycznych wobec oczekiwań zdrowotnych Polaków" przygotowana i prowadzona przez przewodniczących – prof. Marka Krawczyka i prof. Janusza Morysia, w której wzięło udział wielu naukowców, rektorów polskich uniwersytetów i szkół wyższych.

Prof. Mirosław Wielgoś: Czy potrzeba nam więcej lekarzy? Tak, potrzeba nam więcej lekarzy – obecnie na tysiąc osób przypada statystycznie 2,42 lekarza. Jednak czy potrzeba nam więcej uczelni kształcących lekarzy?

W zakresie szkolenia kadry medycznej dokonałbym podziału na uczelnie medyczne tradycyjne i nowe. Tradycyjne, czyli od lat kształcące na kierunku lekarskim/lekarsko-dentystycznym, dawniej nazywane akademiami medycznymi, obecnie działają jako uniwersytety medyczne oraz collegia medica. Są to:

- Uniwersytet Medyczny w Białymstoku;
- Gdański Uniwersytet Medyczny;
- Uniwersytet Medyczny w Lublinie;
- Uniwersytet Medyczny w Łodzi;
- Uniwersytet Medyczny w Poznaniu;
- Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie;
- Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach;
- Warszawski Uniwersytet Medyczny;
- Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu.

Collegia medica (CM):

- CM Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie;
- CM w Bydgoszczy Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu.

Nowe uczelnie to uczelnie niemedyczne, publiczne i niepubliczne, kształcące na kierunku lekarskim/lekarsko-dentystycznym.

Publiczne:

- Uniwersytet Warmińsko-Mazurski w Olsztynie;
- Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach;
- Uniwersytet Rzeszowski;
- Uniwersytet Opolski;
- Uniwersytet Technologiczno-Humanistyczny im. K. Pułaskiego w Radomiu;
- Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie.

Niepubliczne:

- Krakowska Akademia im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego;
- Uczelnia Łazarskiego w Warszawie;
- Wyższa Szkoła Techniczna w Katowicach.

Liczba nowych uczelni niemedycznych ciągle wzrasta. Istnieją jednak wątpliwości, czy ten wzrost jest konieczny. Należałoby zastanowić się, czy w wielu przypadkach wzrost ten nie zaspakaja jedynie lokalnych aspiracji, chęci posiadania uczelni, które będą kształciły lekarzy, w coraz mniejszych ośrodkach. Limit przyjęć na uczelniach medycznych wynosi łącznie niespełna 7 tys. miejsc, na uczelniach niemedycznych – 965, a na uczelniach niepublicznych – 410 miejsc. Jednak w opinii wielu osób to uczelnie medyczne powinny być preferowane, dofinansowywane oraz rozwijane w kształceniu stu-

dentów na kierunkach lekarskich i lekarsko-dentystycznych, ponieważ gwarantują one jakość, która od lat jest utrwalana i rozwijana. Natomiast uczelnie niemedyczne nie mają doświadczenia, a także odpowiedniej bazy naukowej i dydaktycznej oraz nie dysponują odpowiednią kadrą. Z kolei uczelnie niepubliczne często nie są w stanie spełnić warunków niezbędnych do prowadzenia studiów medycznych. Świadczą o tym m.in. wnioski z raportu Konferencji Rektorów Akademickich Uczelni Medycznych (KRAUM) dotyczącego publicznych uczelni niemedycznych oraz uczelni niepublicznych:

- średni wiek nauczycieli akademickich to 68–73 lata (emerytowani wykładowcy innych uczelni);
- przepisy dopuszczały stosowanie wymiany – specjalista z jednej dziedziny mógł być wykazywany do możliwości prowadzenia zajęć w przedmiotach zupełnie innych, często odległych od jego specjalności (dziedziny);
- jako miejsce odbywania zajęć praktycznych wskazywano gabinety prywatne, niemające możliwości organizacyjno-sprzętowych;
- nauczanie anatomii z wykorzystaniem metod wirtualnych, preparatów kadawerowych, bez możliwości korzystania z prosektorium.

W związku z powyższym rodzi się niezwykle istotne pytanie: jaką wiedzę, umiejętności i kwalifikacje będzie miał absolwent kierunku lekarskiego prowadzonego przez uczelnię niemedyczną, która nie dysponuje wymaganą kadrą dydaktyczną, zapleczem naukowym, bazą sprzętową i kliniczną? Raczej nieodpowiednie. Ustawodawstwo w tym zakresie nie było sprecyzowane, pozostawiało bardzo dużą dowolność. Jednak dzięki staraniom KRAUM nastąpiła modyfikacja wielu regulacji, dzięki czemu takiej dowolności już nie ma. Pomimo tworzenia aktów prawnych mających cel naprawczy (*Ustawa z dnia 20 lipca 2018 r. – Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce*) Minister Zdrowia nadal wydawał pozwolenia na szkolenie na kierunku lekarskim uczelniom niespełniającym wymogów (niemedycznym), a odrzucane były wnioski o zwiększenie limitów przyjęć na kierunek lekarski i lekarsko-dentystyczny dla uczelni medycznych.

Zatem czy potrzeba nam więcej uczelni kształcących lekarzy? Nie, lepiej jest zainwestować w uczelnie już istniejące, powiększyć kadrę dydaktyczną, niż zaczynać od zera w uczelniach, które w ogóle nie mają tego doświadczenia.

Prof. Janusz Moryś: Zwiększanie limitów przyjęć może doprowadzić do sytuacji, kiedy na medycynę przyjmowane będą osoby, które nie powinny studiować tego kierunku. Oczywiście, że system potrzebuje lekarzy, ale musimy pamiętać, że powinniśmy kształcić lekarzy, do których pacjent nie będzie bał się pójść, do których będzie miał zaufanie.

Najprościej jest powiedzieć: „zwiększmy limity przyjęć", „otwórzmy nowe uczelnie medyczne". Warto się jednak nad tymi stwierdzeniami zastanowić, biorąc pod uwagę postawę krajów znacznie od nas bogatszych. Przykładowo w USA po wojnie otworzono jedną uczelnię medyczną, w Norwegii natomiast przez długi czas zmniejszano limity przyjęć na studia medyczne. Problemem nie tylko jest liczba kształconych osób. Musimy sobie zdawać sprawę, że zwiększenie limitów przyjęć wcale nie oznacza zwiększenia jakości kształcenia. Już w tym roku zaobserwowaliśmy, że w znacznym stopniu obniżył się limit punktów przyjęć na studia medyczne. Co to oznacza? Oznacza to, że poziom kandydatów będzie niższy. W Polsce są uczelnie, które w 2019 r. przyjmowały na studia medyczne kandydatów z 30-procentową zdawalnością matury z biologii i z chemii, czyli na 200 punktów taki kandydat miał zaledwie 60 i został przyjęty na studia medyczne.

W większości krajów na studia medyczne wybiera się z kandydatów *top of the top*, czyli najlepszych z najlepszych, dlatego w wielu krajach bardzo trudno jest dostać się na medycynę. Przykładowo w USA, aby móc aplikować na studia medyczne, należy najpierw skończyć *pre-medical college*. Dodatkowo kandydaci przechodzą bardzo szczegółową weryfikację i ocenę, czy nadają się na studia medyczne. W Polsce przyjmowani są studenci niezależnie od ich motywacji. Kandydaci nie są oceniani pod kątem takich cech, jak empatia czy stosunek do chorego. Dzieje się to dopiero na studiach, często za późno.

Kolejny problemem są braki kadrowe. Nie ma osób chętnych do pracy na uczelniach wyższych. Jeżeli rezydent zarabia więcej niż adiunkt ze specjalizacją i doktoratem, trudno się temu dziwić. Według nowej ustawy o szkolnictwie wyższym każdy pracownik naukowy oceniany jest pod kątem naukowym, przy czym system oceniania często jest niezrozumiały. Ponadto oceniany jest przez przełożonych i studentów w anonimowych ankietach, w których coraz częściej spotyka się nawet groźby wobec wykładowców. Ocenie podlega także działalność organizacyjna, którą prowadzi pracownik naukowy. Czyli trzy obszary oceny, a wysokość jego wynagrodzenia jest taka sama jak w Biedronce kasjerki, która nie ma żadnej odpowiedzialności.

Kadra akademicka jest w tej chwili skrajnie obciążona. Normą staje się wyrabianie 500–600 nadgodzin w ciągu roku. Jeżeli doliczyć do tego jeszcze obowiązkowe pensum, to są takie osoby, które wyrabiały niemal 1100 godzin rocznie zajęć dydaktycznych ze studentami. Trudno w takiej sytuacji nie być wypalonym.

Istotną kwestią jest także spadek zainteresowania mądrych kandydatów studiami medycznymi. Nie bierzemy tego pod uwagę, ale taki młody człowiek ma w perspektywie 6 lat ciężkich studiów, rok stażu i potem 5–6 lat rezydentury, aby uzyskać samodzielność, a później – olbrzymią odpowiedzialność oraz pracę w systemie, który nie zawsze jest przyjazny dla pracującego. Właśnie uciążliwość systemowa jest jednym z najczęściej podawanych przez absolwentów powodów szukania pracy za granicą. Młody człowiek, który widzi strajkujących rezydentów i kolejne grupy pracowników wykonujących zawody medyczne, widzi wypalenie zawodowe, słyszy o przypadkach śmierci lekarzy w czasie dyżuru, najpewniej wybierze inny zawód – mniej wymagający, z unormowanym czasem pracy i wyższymi zarobkami.

Zwiększanie limitów przyjęć może doprowadzić do sytuacji, kiedy na medycynę przyjmowane będą osoby, które nie powinny studiować tego kierunku. Oczywiście, że system potrzebuje lekarzy, ale musimy pamiętać, że powinniśmy kształcić lekarzy, do których pacjent nie będzie bał się pójść, do których będzie miał zaufanie. Czy na pewno to osiągniemy, jeśli zwiększymy limity przyjęć na studia medyczne?

Prof. Andrzej Górski: Czy nauczanie etyki lekarskiej jest potrzebne studentom medycyny?

Na tak postawione pytanie moja odpowiedź brzmi: tak, ale... Etyka bowiem ewoluuje: *tempora mutantur and nos mutamur in illis*. Pod koniec XIX w. w niektórych klinikach Europy wykonywano zabiegi, o których dziś chciano by zapomnieć. Prezydent Clinton przepraszał za doświadczenia na Afroamerykanach zakażonych kiłą (prowadzone do 1972 r.), których nie leczono, aby obserwować postęp choroby. Dziś natomiast, aby pobrać krew zdrowemu ochotnikowi, trzeba dysponować jego zgodą na piśmie, ubezpieczeniem oraz zgodą komisji bioetycznej. „I will keep pure and holy both my life and my art" tak brzmi fragment przysięgi Hipokratesa wg *Encyclopedia Brittanica* – ale czy dziś byłoby rozsądne, aby zalecać studentom bezwzględne respektowanie tej skądinąd pięknej maksymy? Nie tak znowu dawno *British Medical Journal* zamieścił list lekarza, który uważa, że należy dać sobie w ogóle spokój z przysięgą Hipokratesa w jakiejkolwiek jej formie, gdyż udawanie, że się jej przestrzega jest jakoby hipokryzją... Tak czy inaczej należy się zgodzić z tym, że powinno się przekazywać studentom nie tylko rozwiązania idealne czy slogany, lecz także uczyć ich, jak zgodnie z zasadami etyki rozwiązywać praktyczne, często nowe problemy pojawiające się w pracy lekarza i naukowca. Innymi słowy – przekazywać także wiedzę dotyczącą etycznych aspektów optymalizacji medycyny. Dobrym tego przykładem jest tzw. *shared decison making* (SDM), a zatem takie relacje chory – lekarz, które uwzględniają w istotnym stopniu współodpowiedzialność chorego za rozpoznanie, a zwłaszcza leczenie. W samym Massachussets General Hospital przeszkolono prawie 1000 lekarzy w zakresie SDM i opracowano elektroniczne moduły ułatwiające chorym korzystanie z nich. Jak wykazują analizy, SDM oferuje chorym optymalizację wyników leczenia, lepszy komfort psychiczny oraz – jak się okazuje – obniżenie kosztów leczenia.

Prof. Tomasz Grodzicki: Warto się zastanowić, czy staż jest w ogóle potrzebny. W odróżnieniu od większości dziekanów czy rektorów uważam, że staż nie jest potrzebny. Natomiast należałoby tak przeprowadzić reformę, żeby ostatni rok był rokiem praktycznym – takim odpowiednikiem stażu.

W związku z rozporządzeniem z 2011 r., zgodnie z którym studenci ostatniego roku studiów mieli odbywać staż, uczelnie medyczne zaczęły przygotowywać programy dydaktyczne do tych wytycznych. Pomysł ten nie byłby całkiem pozbawiony sensu, gdyby można było ten 6. rok zorganizować tak jak staż. W CM Uniwersytetu Jagiellońskiego staraliśmy się dostosować do rozporządzenia i tak to zorganizować. Pomysł był taki: studenci przychodzą na 8.00 i do 14.00 pracują z określonym lekarzem w grupach dwuosobowych. Nie udało się jednak tego zrealizować, bo na przykład mogło to trwać tylko 30 tygodni, a nie 56, jak każdy normalny rok, zajęcia zaczynały się od października, a nie od września itd. Było sporo administracyjnych problemów związanych z wprowadzeniem w życie tej reformy.

W moim odczuciu można staż zlikwidować, jednak wymaga to reorganizacji całych studiów i dania możliwości studentom, żeby mogli pracować nieco dłużej. Obecnie w CM UJ mamy staż. Trudno ocenić, czy to dobrze, czy źle. Staż generuje koszty. Środki te można by wykorzystać w sposób bardziej praktyczny, np. na współpracę ze szpitalami powiatowymi. Obecnie studenci CM UJ mają zajęcia w szpitalach powiatowych w rejonie i są z nich bardzo zadowoleni, a szpitale ich kochają – mówią: „Wreszcie mamy ludzi, których możemy w perspektywie ściągnąć do pracy". Jest tylko problem, jak wyegzekwować, żeby studenci się tam uczyli. Ale jeżeli przyjdą do pracy na 7.00 i wyjdą o 17.00, to się nauczą.

Prof. Andrzej Lewiński: Jaki model kształcenia i egzaminowania powinny przyjąć uczelnie medyczne, ażeby zachować właściwe proporcje między ogólną wiedzą lekarską a wiedzą wysokospecjalistyczną.

Problemem ostatnich czasów staje się rozwój medycyny w wielu niezwykle szczegółowych kierunkach, co najlepiej można zaobserwować, analizując rozwój różnych gałęzi interny. Stały się one potężnymi dziedzinami wiedzy lekarskiej i funkcjonują niezależnie od wspólnego mianownika, z którego wyrosły, czyli interny ogólnej. Poszczególne uniwersytety medyczne oraz kolegia i wydziały lekarskie innych uniwersytetów borykają się z trudnościami w nauczaniu podstaw medycyny klinicznej, bowiem klinik typowo internistycznych, w których poszczególne kierunki interny byłyby proporcjonalnie reprezentowane, praktycznie nie ma. Zamiast nich funkcjonują kliniki: kardiologii, pulmonologii, diabetologii, gastroenterologii, nefrologii, endokrynologii, hematologii, reumatologii i wiele wiele innych, które stanowią miejsce nauczania interny od podstaw, choć same reprezentują wybitnie specjalistyczny profil diagnostyki i leczenia, a nie propedeutykę tegoż przedmiotu czy klasyczne sposoby nauczania „myślenia internistycznego".

Obecny czas nie sprzyja specjalizacji o charakterze ogólnym, nazwałbym – klasycznym, jaką jest interna, opartej o podstawowe metody postępowania lekarskiego, badanie podmiotowe, przedmiotowe czy diagnostykę laboratoryjną. Postęp pędzi z taką szybkością, iż nie tylko szeroko rozumiana interna, ale też wszystkie inne zagadnienia medyczne i pozamedyczne ulegają przyspieszeniu, rozdrobnieniu, uszczegółowieniu.

Można powiedzieć, iż tor myślenia analitycznego dominuje nad tym, co rozumie się przez myślenie syntetyczne, tzn. zdolność, która umożliwia lekarzowi powiązanie części składowych rozumowania w kompletną harmonijną całość, dostrzeżenie wszystkich aspektów równocześnie. Zdolność do myślenia syntetycznego jest przydana wszystkim znakomitym internistom, zdolność do analizy wydaje się czasami łatwiejsza i w tym aspekcie można wręcz powiedzieć, iż nowoczesność zabija inteligencję.

Coraz rzadziej zdarzają się przypadki lekarzy, osadzonych na swoich „przyczółkach" pracy – czy to w wiejskich poradniach, czy w miejskich oddziałach szpitalnych, czy w wysokospecjalistycznych klinikach akademickich – których wiedza lekarska,

intuicja diagnostyczna oraz zdolność syntezy i kojarzenia objawów upoważniają do zaliczenia ich do grona znakomitych internistów. Zasób wiedzy, którą zgodnie z obecnymi programami nauczania powinien posiąść lekarz specjalista chorób wewnętrznych, jest wręcz nieograniczony. Tylko najlepsi – po przyswojeniu tak ogromnego zestawu danych – są w stanie myśleć syntetycznie, powiązać logicznie dane, rozumieć wszystkie aspekty jednocześnie, eliminować „szumy" i „ślepe ścieżki", a w procesie diagnostycznym wykorzystywać tylko dane najistotniejsze.

Nie można się zatem dziwić, iż ewolucja różnych specjalizacji lekarskich idzie w kierunku specjalizacji modułowych, w przypadku których część podstawowa materiału, niezbędna mniej więcej w równym stopniu w różnych specjalnościach lekarskich powinna być przyswojona w trzech pierwszych latach szkolenia (moduł podstawowy). Jednak, żeby moduł podstawowy mógł funkcjonować prawidłowo, powinien kończyć się weryfikacją zdobytej wiedzy w postaci egzaminu, w innym przypadku, uważam, że nie funkcjonuje. Dlatego też z wielką nadzieją i zadowoleniem można przyjąć plany wprowadzenia państwowego egzaminu modułowego.

Prof. Ryszard Gellert: Widzę konieczność odejścia od obecnego systemu, w którym są studia, staż i specjalizacja. Kształcenie lekarzy powinno odbywać się płynnie, jednym ciągiem – od momentu przyjęcia na studia po egzamin specjalizacyjny.

Proces kształtowania człowieka, który przychodzi na specjalizację, jest bardzo długi. Właściwie zaczyna się już w domu rodzinnym, potem następuje etap kształtowania przez szkołę, a następnie studia. Ludzie w większości nie potrafią logicznie myśleć, mają też ogromne braki w podstawowej wiedzy. Dobrze byłoby, żeby je nadrobili, zanim przyjdą kształcić się już jako dojrzali lekarze. Odnośnie studiów to zasadniczym problemem jest to, w jakich proporcjach podawać studentom wiedzę naukową i zawodową. Ponadto trzeba także podkreślić, że wiedza medyczna podwaja się mniej więcej co 100 dni. Człowiek się nie zmienia, jak chorował, tak choruje, to wiedza medyczna rośnie – pojawiają się nowe techniki, pojawia się nowe rozumienie pewnych procesów itd. Jeżeli więc przyjmiemy, że upływa mniej więcej 10–12 lat od momentu rozpoczęcia studiów przez studenta do ukończenia przez niego specjalizacji, to okazuje się, że nie jest on w stanie opanować pewnego zakresu wiedzy. Musimy zatem dokonać wyboru, czego na danym etapie kształcenia będziemy uczyć. Uważam na przykład, że podczas szkolenia przeddyplomowego należałoby poszerzyć szkolenie studentów w zakresie: kilku najczęstszych chorób, technik „miękkich" (głównie komunikacji z pacjentem i z jego rodziną), krytycznej oceny źródeł (zwłaszcza internetowych) oraz statystyki (trzeba umieć oceniać fakty).

Należałoby też zadać podstawowe pytanie: czy każdy musi być specjalistą? Kiedyś był I i II stopień specjalizacji i po I stopniu lekarz zostawał specjalistą, natomiast z II stopniem miał uprawnienia ordynatorskie. W tej chwili każdy, kto zostaje specjalistą, ma uprawnienia ordynatorskie. To wydaje się nadmiernym wysiłkiem w szkoleniu. Uważam, że nie każdy lekarz musi być specjalistą oraz nie każdy specjalista musi uzyskać uprawnienia ordynatorskie. Jednak aby wprowadzić tego typu zmiany do szkolenia specjalizacyjnego, muszą zapaść decyzje polityczne.

W czasie szkolenia specjalizacyjnego mamy do czynienia z procesem odtwarzania umiejętności nabytych wcześniej – lekarz uczy się podstaw wielu specjalności w czasie szkolenia przeddyplomowego i stażu. Jednak często uczymy tego, czego kursanci nauczyli się na studiach i co powinni sobie sami odtworzyć. Istnieją badania, z których wynika, że gdy człowiek przychodzi nieprzygotowany na kursy specjalizacyjne, to w ogóle z tych kursów nie korzysta. Uważam, że szkolenie specjalizacyjne należałoby okroić, powinno się minimalizować iterację treści nauczania. Choć *repetitio est mater studiorum* [*powtarzanie jest matką wiedzy* – przyp. red.], ale jest to zadanie lekarza wynikające z konieczności ustawicznego kształcenia się, a nie wymóg szkolenia specjalizacyjnego, które powinno odwoływać się do już nabytej wiedzy i ograniczyć się do tych szczególnych elementów, które są niezbędne do uzyskania uprawnień przez lekarza, do udzielania świadczeń specjalistycznych. Problem tkwi w tym, że tych kursów jest za dużo, że istnieje

dysproporcja między oczekiwaniami szkolących się a liczbą interwencji możliwych do zrealizowania, brak także regulacji odnośnie czasu pracy oraz wysokości wynagrodzenia dla opiekunów specjalizacji. Ponadto lekarz późno uzyskuje samodzielność zawodową.

Każdy podejmujący studia medyczne ma prawo zostać specjalistą. Proces zdobywania tych kwalifikacji nie może jednak narażać zdrowia i życia pacjentów, choć uważam, że NFZ nie powinien à priori wyłączać lekarza będącego w trakcie specjalizacji z samodzielnego udzielania świadczeń. Po stażu lekarz powinien mieć stale pełne prawo wykonywania zawodu, a w przypadku udzielania świadczeń finansowanych ze środków publicznych – realizować je samodzielnie przy obligatoryjnej dostępności konsultanta specjalisty. Widzę konieczność odejścia od obecnego systemu, w którym są studia, staż i specjalizacja. Kształcenie lekarzy powinno odbywać się płynnie, jednym ciągiem – od momentu przyjęcia na studia po egzamin specjalizacyjny.

Prof. Marian Klinger: Współczesny lekarz poddany jest intensywnym oddziaływaniom firm farmaceutycznych. Kształcenie przeddyplomowe powinno wyposażyć go w umiejętność samodzielnej krytycznej weryfikacji badań klinicznych z randomizacją.

Badania kliniczne, uważane za dowody najwyższej jakości, są podstawą tworzenia wytycznych przez towarzystwa naukowe. Mają jednak szereg ograniczeń, które należy przedstawić studentowi medycyny. Ograniczenia te zawierają się w zawężeniu kohorty poddanej ostatecznie randomizacji w stosunku do biorącej udział we wstępnym przesiewie. Ważna jest szybka ocena, dlaczego pacjenci rozpatrywani pod kątem udziału w badaniu nie zostali do niego zakwalifikowani. Część odpowiedzi kryje się w kryteriach włączenia i wyłączenia. Trzeba uczyć szybkiego dostrzegania różnicy między liczbą osób, które rozpoczęły badanie, a liczą osób, która je ukończyła i przez cały czas trwania programu przyjmowała terapię zgodnie z protokołem badania. W procesie dydaktycznym należy wyjaśniać różnicę między względną a bezwzględną korzyścią odnoszoną przez chorych, tłumaczyć, że na podstawie informacji zawartych wyłącznie w streszczeniu wyników badania można łatwo obliczyć, ilu chorych musi być leczonych i przez jaki czas, żeby jeden odniósł korzyść.

Ilustracją tych ogólnych uwag są np. dane pochodzące ze zanonimizowanego badania klinicznego. Pod kątem udziału w badaniu rozpatrywano 14,7 tys. chorych, do badania włączono 9,4 tys. (64 proc.), a chorych podzielono na dwa ramiona – testowaną i standardową terapię. Wyniki uznano za tak pozytywne, że badanie przerwano już po trzech latach, choć planowano prowadzić je przez pięć. W obu ramionach leczenia nie ukończyło 10,5 proc. pacjentów. Testowana terapia obniżyła roczne zagrożenie niepomyślnym punktem końcowym o 25 proc., co było efektem wysoko znamiennym ($p < 0{,}001$). Ale ów niepomyślny punkt końcowy wystąpił w ciągu roku u 1,65 proc. chorych w przypadku testowanej terapii wobec 2,19 proc. u leczonych standardowo. Uzyskano więc obniżenie bezwzględnego ryzyka o 0,54 proc. Dzieląc 100 przez 0,54 otrzymujemy liczbę 185 chorych, których należy leczyć przez okres roku, żeby jeden odniósł korzyść. Te korzystne wyniki trzeba umieć połączyć w przypadku swojego pojedynczego pacjenta ze znamiennie częściej występującymi poważnymi działaniami niepożądanymi, tj. częstszymi wizytami w oddziale medycyny ratunkowej, istotnie częstszymi omdleniami i ostrymi uszkodzeniami nerek.

W nauczaniu przeddyplomowym należy uwzględnić fakt, że lekarz pracuje w warunkach silnego promocyjnego oddziaływania firm farmaceutycznych. Materiały promocyjne z jednej strony dają lekarzowi sposobność zapoznania się z nowymi możliwościami terapeutycznymi, z drugiej – często wyolbrzymiają zalety nowych terapii i nie uwypuklają działań niepożądanych. Tylko w USA w 2016 r. firmy farmaceutyczne wydały 30 mld dolarów na promocję leków. Przychodnie amerykańskich lekarzy rodzinnych odwiedzane były w ciągu miesiąca 33 razy przez przedstawicieli firm farmaceutycznych, na jednego lekarza przypadało miesięcznie 6 wizyt. Student powinien opuszczać mury uczelni medycznej uzbrojony w narzędzia krytycznej weryfikacji materiałów promocyjnych dostarczanych przez przedstawicieli firm farmaceutycznych. Powinien także mieć świadomość ograniczeń, jakie niosą

sesje sponsorowane przez firmy farmaceutyczne na konferencjach edukacyjnych.

Studentów należy także nauczać zasad wprowadzania do refundacji nowych leków, zaznajamiać z regułą, że nową metodę, nowy lek można wprowadzić do stosowania, jeśli przedłuża życie o co najmniej jeden rok dobrej jakości w stosunku do starszej metody za cenę do trzykrotnej wartości produktu krajowego brutto na jednego mieszkańca. W Polsce kwota ta wynosi aktualnie 36 tys. euro.

Powinniśmy też uczyć rzetelnej, motywującej rozmowy z pacjentem, podkreślania, że niezależnie od tego, czy szanse uzyskania remisji wynoszą 10 proc. czy 90 proc., lekarz wspólnie z pacjentem zrobi wszystko, żeby leczony znalazł się w odsetku pomyślnego efektu.

Prof. Marek Krawczyk: Dane statystyczne opublikowane przez Unię Europejską pokazują, że Polska z liczbą 2,4 lekarza na 1000 mieszkańców jest krajem znajdującym się na końcu listy krajów europejskich. Dramatycznie niski wśród wszystkich specjalistów jest w naszym kraju odsetek lekarzy rodzinnych, bowiem wynosi tylko 9 proc., mniej ma tylko Grecja. Powstaje więc pytanie, jak poprawić te wskaźniki.

W uczelniach, które od zawsze kształciły na kierunku lekarskim, mamy rezerwy i możemy zwiększyć liczbę przyjęć. Już w roku akademickim 2019/2020 limit przyjęć na studia stacjonarne na kierunek lekarski ogłoszony przez Ministerstwo Zdrowia wyniósł rekordowe 8170 miejsc. Czy to wyczerpuje możliwości funkcjonujących uczelni medycznych? Otóż nie, na przykład na wydziale lekarskim English Division (studiów stacjonarnych i niestacjonarnych) takich uczelni, jak Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, Uniwersytet Medyczny w Lublinie, Gdański Uniwersytet Medyczny, dostępną liczbę miejsc zapełnia 30 proc. studentów w ramach ED. Z kolei na kierunkach niestacjonarnych naukę rozpoczyna aż 50 proc. studentów. Wskazuje to, że jeśli Ministerstwo Zdrowia zapewni finasowanie, to w kolejnych latach liczba studentów stacjonarnych na kierunku lekarskim w tych uczelniach mogłaby jeszcze wzrosnąć.

Istotny jest i drugi element zmian w Polsce. W ostatnich latach w naszym kraju prawo kształcenia w dziedzinie medycyny otrzymało 10 nowych uczelni, podczas gdy w uczelniach, które od zawsze kształciły na kierunku lekarskim, mamy rezerwy. Ministerstwo Zdrowia powinno znaleźć pieniądze dla studentów stacjonarnych na uniwersytetach medycznych, skoro wydziały tych uczelni mają moce przerobowe, a jednocześnie są pieniądze dla nowych uczelni otwierających kierunek lekarski. Podsumowując moją wypowiedź, warto podkreślić, że kierunek zmian wprowadzanych w resorcie zdrowia jest dobry, ale należy jeszcze bardziej wykorzystać potencjał tradycyjnych, istniejących często od wielu lat wydziałów lekarskich.

Prof. Piotr Małkowski: Czy musimy uczyć wszystkiego? Co jest naprawdę niezbędne? Czy nie możemy na poziomie wiedzy ogólnej, czyli studiów, ograniczyć się do pewnego stopnia ogólności, a niektóre informacje zostawić do kształcenia podyplomowego, do kształcenia specjalistów?

W obliczu zmieniającej się rzeczywistości debata na temat szkolenia kadr medycznych nie jest łatwa. Zwłaszcza że pewne niekorzystne zjawiska są pokłosiem nowej ustawy, zwanej Konstytucją dla Nauki, w której praktycznie nie ma zapisów dotyczących dydaktyki. Najważniejszymi tezami w kwestii kształcenia kadr są: problemy organizacyjne (liczba studentów, oderwanie dydaktyki od nauki, problemy finansowe), nowe formy kształcenia oraz nowe przedmioty i kształcenie modułowe.

Liczba studentów – ażeby zwiększyć liczbę absolwentów niezbędne są pieniądze, w dużej ilości, m.in. na zajęcia w grupach 3-, 4-, 5-osobowych, a nie 20-osobowych, na zakup pomocy naukowych itd. **Oderwanie dydaktyki od nauki** – nie ma możliwości nowoczesnego kształcenia przez starych belfrów, którzy będą się opierać na swoich

notatkach sprzed 10 lat, a nie będą mieli styczności z nowoczesną nauką, z tym, w czym normalnie powinni funkcjonować. Pamiętam, jak przejmowaliśmy szkolnictwo pielęgniarek w 2000 r., to miałem do czynienia z niektórymi paniami nauczycielkami z liceów medycznych, które miały całą wiedzę chirurgiczną zapisaną w małym dzienniczku ucznia i pani mówiła, że jest świetnie przygotowana. Nie chciałbym, żeby taka sytuacja się powtórzyła. To wymaga zmiany koncepcji, która była zawarta w ustawie, że naczelnym zadaniem uczelni jest dydaktyka. Ale później cały czas już pisano o tym, że musimy być na listach szanghajskich [Academic Ranking of World Universities prowadzony przez organizację ShanghaiRanking Consultancy – przyp. red.] na pierwszym miejscu. Nie jest możliwe, by to wszystko pogodzić.

Nowe formy kształcenia – e-learning powinien być uwzględniony w pewnym procencie. Natomiast odnośnie centrów symulacji znana jest etiologia, chodziło o zamianę stażu, jednak nie zorientowano się, że będzie to mogło dotyczyć 2 proc. studentów czy 2 proc. zajęć objętych tymi procedurami. Ponadto widziałem w kilku miejscach za granicą takie centra symulacji, m.in. w Montrealu, Tel-Awiwie, ale w żadnym z nich nie byli kształceni studenci, tylko lekarze, pielęgniarki i inne osoby pracujące w zawodach medycznych. **Kształcenie modułowe** – należałoby porozmawiać na temat całego problemu kształcenia modułowego, a nie konkretnych przedmiotów, tj. interna, chirurgia. **Nowe przedmioty** – na pewno komunikacja medyczna.

Niezależnie od wspomnianych wyżej kwestii pozostaje wiele pytań: czy musimy uczyć wszystkiego? Co jest naprawdę niezbędne? Czy nie możemy na poziomie wiedzy ogólnej, czyli studiów, ograniczyć się do pewnego stopnia ogólności, a niektóre informacje zostawić do kształcenia podyplomowego, do kształcenia specjalistów? To są duże wyzwania, zwłaszcza dla skostniałych, istniejących od wielu lat wydziałów lekarskich. W takich instytucjach niektóre zmiany mogą być trudne do przeprowadzenia. Dużo łatwiej jest wprowadzić nowe metody w szkołach i wydziałach, które działają od niedawna.

Prof. Jacek Wysocki: Rok szósty – nauczanie praktyczne – to jest dobra idea, ale ma sens, jeżeli z lekarzem będzie pracował jeden, dwóch studentów. Wtedy ten rok jest wartością.

Chciałem zwrócić uwagę na trzy problemy. Pierwszy to kształcenie lekarzy – jest nacisk na kształcenie większej liczby lekarzy, a tego nie da się zrobić bez większego finansowania. Prosty przykład: rok szósty – nauczanie praktyczne – ma sens, jeżeli z lekarzem będzie pracował jeden, dwóch studentów. Wtedy ten rok jest wartością. Przy istniejących rozliczeniach w grupie sześcioosobowej realizowanie roku nauczania klinicznego nie ma sensu. Kwestia ta musi zostać rozwiązana. W dużych miastach istnieje szeroka baza ośrodków nieklinicznych, które mogłyby być włączone. Jako rektor spędzałem godziny na dyskusjach z dyrektorami takich szpitali, którzy pytali: „A ile pan profesor zapłaci za te zajęcia?". To już nie chodzi o zysk szpitali, po prostu zużywa się odzież ochronną, trzeba dodatkowo zapłacić za sprzątanie. Pierwszy mój wniosek: za zwiększeniem liczby kształconych lekarzy musi iść większe finansowanie.

Druga kwestia to pielęgniarki. Służba zdrowia za chwilę przestanie istnieć z powodu braku pielęgniarek. Jest kilka powodów takiego stanu. Sięgnąłem do wyników prac naukowych Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego i okazało się, że ok. 30 proc. absolwentek wydziału pielęgniarstwa nie występuje o prawo wykonywania zawodu. To znaczy, że one w ogóle nie zamierzają pracować w zawodzie pielęgniarki ani w kraju, ani za granicą. Idą pracować do firm farmaceutycznych czy do firm żywieniowych. Nie marnujmy więc pieniędzy, stwórzmy tym absolwentkom możliwość lepiej płatnej pracy. Żyjemy w czasach rosnącego dobrobytu, ludzie nie chcą pracować w niedzielę i w nocy. Dopóki zawód pielęgniarki nie będzie lepiej opłacany, dopóty te absolwentki będą wybierać inne zawody.

Trzecią sprawą są przykłady marnotrawstwa. Trochę marnotrawstwem jest kształcenie w dzisiejszych czasach absolwentów zdrowia publicznego. Oni mogliby wiele rzeczy robić, tylko że system nie daje im możliwości. Szkołę rodzenia może otworzyć każdy jako działalność gospodarczą, nie mając najmniejszego przygotowania medycznego. Takie szkoły nie mają programu, czyli można mówić wszystko. Ceną społeczną za to są przykładowo sytuacje, kiedy

matka – mówiąc, że zrobi to później – nie zezwala na pobranie kropli krwi z pięty swojego noworodka na testy metaboliczne, wykrywające wrodzone choroby metaboliczne, na leczenie których państwo potem wydaje miliony złotych. I nawet nikt jej nie powiedział, że fenyloketonuria wykryta za miesiąc to jest dziecko stracone. A przecież mamy dobrą edukację, kształcimy do tego ludzi, ale system nie stworzył dla nich możliwości pracy.

Zatem modyfikując kształcenie zawodów medycznych, zadbajmy o dobre wykorzystanie naszych absolwentów. W sytuacji niedoboru kadr medycznych pomyślmy, jak wykorzystać inne zawody medyczne, które oferujemy na naszych uczelniach.

Prof. Tomasz Kostka: Według American Gerontologic Society szacuje się, że 30 proc. populacji w wieku 65+ wymaga opieki geriatrycznej. Każdy specjalista może mieć pod opieką 700 pacjentów, czyli łatwo policzyć, że w Polsce powinno być 3 tys. geriatrów, a jest 420, z czego tylko połowa pracuje w tej specjalizacji.

Potrzebna jest opieka nad seniorami i w większości krajów rozwiniętych zajmuje się tym geriatria. W Polsce niestety jest pod tym względem wyjątkowo źle. Na dzień dzisiejszy mamy zaledwie 48 jednostek, które mogą prowadzić szkolenie z tej dziedziny – 284 miejsca szkoleniowe i 427 lekarzy ze specjalizacją. Należy jednak powiedzieć, że jedynie połowa pracuje w swojej specjalności jako lekarze geriatrzy. Lepiej być kardiologiem, diabetologiem czy kimkolwiek innym, ponieważ z bycia geriatrą po prostu nie ma środków finansowych. Jest ogromna satysfakcja, ale nie wszystkich to przekonuje. Łóżek geriatrycznych jest w Polsce około 900. Konkretna liczba nie jest określona, dlatego że po wprowadzeniu sieci szpitali trudno jest powiedzieć, czy dana placówka ma geriatrię jeszcze tylko w nazwie czy rzeczywiście realizuje kontrakt geriatryczny. To wszystko powoduje, że łóżek i lekarzy geriatrów mamy kilkanaście razy mniej w porównaniu z danymi zachodnioeuropejskimi i determinuje to ograniczoną dostępność do świadczeń. To także przyczyna sytuacji, że pacjent w starszym wieku najczęściej jest hospitalizowany w innym oddziale niż geriatryczny. Budżet NFZ rośnie, ale finansowanie opieki geriatrycznej stanowi jedną tysięczną całego budżetu.

Według American Gerontologic Society szacuje się, że 30 proc. populacji w wieku 65+ wymaga opieki geriatrycznej. Każdy specjalista może mieć pod opieką 700 podopiecznych, czyli łatwo policzyć, że w Polsce powinno być 3 tys. geriatrów, a jest 420, z czego tylko połowa pracuje jako geriatrzy. W najbliższej przyszłości w naszym kraju liczba geriatrów powinna wzrosnąć do 4,5 tys. Dysponujemy wieloma badaniami zarówno zagranicznymi, jak i polskimi, których wyniki wyraźnie świadczą o tym, że u pacjenta, który ma dostęp do opieki geriatrycznej, obserwuje się lepsze rokowanie i mniejsze ryzyko ponownej hospitalizacji, pacjent ten ma większą szansę na poprawę stanu funkcjonalnego, a prawdopodobieństwo, że będzie dalej mieszkał w swoim domu, jest większe. Wszystko to wiąże się również z obniżonym całkowitym kosztem opieki, co powinno być mocnym argumentem dla decydentów.

Ks. prof. Stanisław Dziekoński: Nie jest łatwo utworzyć kierunek lekarski, obecnie prawie niemożliwe jest utworzenie kierunku lekarskiego na uniwersytecie szerokoprofilowym, a więc takim, który dotychczas nie miał doświadczenia w prowadzeniu kierunku lekarskiego. W Uniwersytecie Kardynała Stefana Wyszyńskiego jest wydział psychologii, otworzyliśmy Środowiskowe Centrum Zdrowia Psychicznego dla dzieci, młodzieży i dorosłych. Mieliśmy doświadczenie, jeśli chodzi o biologię medyczną czy prawo medyczne, nie mieliśmy medycyny.

Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego (UKSW) jest obecnie w trakcie tworzenia wydziału medycznego. W przypadku pielęgniarstwa, które już jest na UKSW, łatwiej jest uzyskać uprawnienia. Wydział lekarski musi spełnić określone warunki i kryteria. Po zmianie ustawy z 2005 r. kierunek lekarski przestał być kierunkiem praktycznym, a stał się akademickim. Zmiana spowo-

dowała, że tylko uczelnie medyczne mogły sobie pozwolić na tworzenie kierunku lekarskiego. Żeby utworzyć w naszym przypadku kierunek lekarski, byliśmy zmuszeni nawet do zmiany ustawy o utworzeniu Uniwersytetu Kardynała Stefana Wyszyńskiego. Jest to jeden z bardzo trudnych elementów – kwestia procedowania przez Sejm czy Senat, wcześniej w różnych komisjach naukowych, także w Radzie Głównej Nauki i Szkolnictwa Wyższego i Konferencji Rektorów Akademickich Szkół Polskich (KRASP). To wymagało wiele czasu. Druga trudność, która się pojawiła, to kwestia zaplecza – uczelnia część wygenerowała jako swoje: nowoczesne laboratoria z chemii, które zostały oddane do użytku kilka lat temu. Jednym z głównych problemów było nauczanie anatomii, ale nawiązaliśmy współpracę z Warszawskim Uniwersytetem Medycznym. Musieliśmy skorzystać z bazy obcej. W Warszawie mamy bogatą ofertę kliniczną i bogate zaplecze, którym można było się posłużyć. Skorzystaliśmy głównie z zaplecza Wojskowego Instytutu Medycznego (WIM), ale też podpisaliśmy umowę z Narodowym Instytutem Leków i Instytutem Matki i Dziecka. Dobieraliśmy kliniki pod względem doskonałych wyników leczenia, ale również braliśmy pod uwagę jakość publikacji i punktację z publikacji w danej klinice.

Inaczej funkcjonują wydziały medyczne i kierunki lekarskie na uniwersytetach szerokoprofilowych, a inaczej na uniwersytetach medycznych o węższym profilu. Różnica polega na dofinansowaniu, np. Warszawski Uniwersytet Medyczny otrzymał ok. 40 mln zł, a Uniwersytet Jagielloński – ponad 60 mln zł. Jednak zgodnie z opinią zarządzającego Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego, jeśli tę kwotę sprawiedliwie rozdzielić na wszystkie wydziały, to na medycynę pieniędzy nie wystarczy. Kwestia ta dotyczy także innych uniwersytetów posiadających wydział medyczny. Pozostaje też sprawa podległości uniwersytetów medycznych czy wydziałów lekarskich na uniwersytetach medycznych, jeśli chodzi o źródło finansowania, Ministrowi Zdrowia i finansowaniu głównie z Ministerstwa Zdrowia. UKSW i wszystkie inne uczelnie szerokoprofilowe są finansowane z Ministerstwa Nauki i Szkolnictwa Wyższego.

Tworząc kierunek lekarski, chcieliśmy uniknąć błędów i wykorzystać potencjał uniwersytetu, który jest silny w naukach psychologiczno-społecznych. Konsekwentnie też rozwijamy bazę technologii cyfrowej. Budujemy nowy kampus z myślą o tych technologiach, jest w nim przewidziany duży obszar dla medycyny cyfrowej.

5.2

Przygotowanie kadr medycznych do realizacji zdrowotnych wyzwań Polaków

Druga debata „Przygotowanie kadr medycznych w realizacji zdrowotnych wyzwań Polaków" z udziałem naukowców, praktyków i wybitnych dydaktyków, którzy zajmowali lub zajmują eksponowane stanowiska na polskich uczelniach, była kontynuacją debaty rektorów.

Prof. Bolesław Samoliński: Dzisiaj lekarz, który kończy studia, ma zupełnie inną perspektywę wykonywania zawodu niż 30 lat temu – musi umieć posługiwać się narzędziami internetowymi: wystawić e-receptę i e-zwolnienie, prowadzić e-historię choroby. W kształceniu akademickim trzeba znaleźć miejsce na nauczanie tych narzędzi, tak by w momencie ukończenia studiów absolwenci swobodnie się nimi posługiwali. To samo dotyczy kształcenia podyplomowego.

Problem kształcenia kadr w systemie ochrony zdrowia dotyczy nie tylko kadry lekarskiej i pielęgniarskiej, lecz także fizjoterapeutów, dietetyków, psychologów. Istnieje zatem wiele wyzwań związanych z nauczaniem. Zwraca uwagę zwłaszcza brak pielęgniarek, dlatego trzeba postawić ważne pytania: czy kształcimy ich odpowiednią liczbę? Czy w systemie ochrony zdrowia odnajdują one swoje miejsce? Czy zapewnione jest finansowanie tych miejsc pracy? Jaką rolę powinna obecnie odgrywać pielęgniarka, która ukończyła studia licencjackie lub magisterskie? Czy model pielęgniarki sprzed 30 lat przystaje do współczesnego systemu ochrony zdrowia? Gdzie w zintegrowanej opiece nad pacjentem jest miejsce fizjoterapeuty, psychologa, dietetyka? Czy potrafimy zintegrować kształcenie na potrzeby sukcesu zdrowotnego chorego?

Profesor Ryszard Gellert jako dyrektor Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego podkreślał, że istnieje problem zintegrowanego systemu kształcenia, które powinno obejmować okres od momentu, kiedy wchodzi ktoś w mury uczelni medycznej, aż do chwili, kiedy jest w pełni wykształconym, doświadczonym lekarzem. Pod pojęciem „zintegrowany system" prof. R. Gellert rozumiał to, że pewnych treści należy nauczać w ramach systemu przeddyplomowego i nie wracać do nich w trakcie kształcenia podyplomowego. Ponadto zwracał uwagę, że kształcenie przeddyplomowe w Polsce realizują zupełnie inne kadry nauczycielskie niż kształcenie podyplomowe, które znajduje się głównie w rękach krajowych konsultantów, krajowych specjalistów. Brakuje więc takiego gremium, które integrowałoby cały system kształcenia dotyczący kadr na potrzeby ochrony zdrowia, nie tylko lekarskich, lecz także pielęgniarskich.

Dzisiaj lekarz, który kończy studia, ma zupełnie inną perspektywę wykonywania zawodu niż 30 lat temu – musi umieć posługiwać się narzędziami internetowymi: wystawić e-receptę i e-zwolnienie, prowadzić e-historię choroby. W kształceniu akademickim trzeba zatem znaleźć miejsce na nauczanie tych narzędzi, tak by w momencie ukończenia studiów absolwenci swobodnie się nimi posługiwali. To samo dotyczy kształcenia podyplomowego – nie zbudowaliśmy takich podstaw, żeby specjalista potrafił posługiwać się nowoczesnymi narzędziami tak, jak tego obecnie wymaga coraz bardziej prawo.

Wiemy, że od 1 stycznia 2020 r. będzie ono obowiązywało w sposób bezwzględny, przynajmniej tam, gdzie płatnikiem publicznym jest Narodowy Fundusz Zdrowia.

Prof. Jurek Olszewski: Nie jest tajemnicą, że nasz proces nauczania jest przestarzały – o tym mówią studenci i dydaktycy. Podejrzewam, że w wielu uczelniach funkcjonuje jeszcze system sprzed 30 lat. Nowoczesna dydaktyka to proces kształcenia polegający na wykorzystaniu nowoczesnych technologii komunikacyjnych, czyli e-learningowych, w nauczaniu na odległość.

W związku z dotkliwymi niedoborami kadry lekarskiej w 2016 r. zwiększono przyjęcia na uczelniach medycznych, uruchomiono też kierunki lekarskie na uczelniach niemedycznych. Jednocześnie, co stanowi kuriozum, zmieniono profil uczelni kształcących lekarzy z praktycznego na ogólnoakademicki. Inaczej mówiąc, pieniądze przekazano na otwarcie nowych kierunków, a nie uczelniom, które funkcjonują od lat, mimo że rektorzy deklarowali chęć zwiększenia limitów przyjęć. W efekcie akademickie uczelnie medyczne nadal nie mają wystarczających środków finansowych. Co się z tym wiąże? Po prostu zajęcia muszą być prowadzone w dużych grupach, czyli praktyczne nauczanie kliniczne to fikcja.

Reprezentuję Wydział Wojskowo-Lekarski, który na mocy ustawy 2.0 został przekształcony w Kolegium Wojskowo-Lekarskie [dalej: Kolegium – przyp. red]. Jego specyfika polega na tym, że nie możemy zmienić standardów, to znaczy zmienić liczby studentów przypisanych na sześć lat studiów. Wprowadziliśmy pewne innowacje, do których należą tzw. wykłady na odległość – studenci nie muszą przychodzić na niektóre wykłady, tylko mogą je przesłuchać czy obejrzeć w dowolnej chwili. W Kolegium studiują zarówno studenci cywilni, jak i studenci w mundurach, którzy kształcą się dla potrzeb Ministerstwa Obrony Narodowej (MON). Obecnie tych studentów jest już prawie 600. W programie nauczania mają oni dodatkowo tysiąc godzin na przedmioty wojskowe medyczne i wojskowe, co stanowi 1/6 wszystkich godzin studenta cywilnego, dlatego też potrzebne były innowacje w procesie nauczania.

Nowoczesna dydaktyka to proces kształcenia polegający na wykorzystaniu nowoczesnych technologii komunikacyjnych, czyli e-learningowych, w nauczaniu na odległość (tradycyjnie w formie szkół korespondencyjnych). Głównym warunkiem tego rodzaju kształcenia jest umożliwienie komunikacji między nauczycielami a studentami. Nowoczesna dydaktyka w Kolegium realizowana jest w ramach projektu „Operacja–Integracja!" (Zintegrowany Program Uniwersytetu Medycznego w Łodzi POWR.03.05.00-00-Z065/17, współfinansowany z Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego, Priorytet III. Szkolnictwo dla gospodarki i rozwoju). Wprowadzono modułowe nauczanie na I, II i III roku studiów, zrezygnowano z dotychczas przeprowadzanych egzaminów na IV i V roku studiów, a w ich miejsce wprowadzono egzamin praktyczny OSCE (Objective Structured Clinical Examination) w centrum symulacji medycznej oraz zintegrowany egzamin testowy po IV i V roku studiów na kierunku lekarskim z przedmiotów zabiegowych i niezabiegowych (etap I – rok akademicki 2018/2019 i etap II – 2019/2020). W III etapie realizacji tego programu (rok akademicki 2020/2021) egzaminy w dotychczasowej formie na VI roku studiów – z przedmiotów: choroby wewnętrzne, chirurgia, ginekologia i położnictwo, pediatria i medycyna rodzinna – zastąpi w sesji letniej zintegrowany test z medycyny klinicznej (tzw. pre-LEK) oraz egzamin OSCE, oceniający umiejętności praktyczne studentów.

Myślą przewodnią tych zmian była chęć uczenia studentów leczenia chorego, a nie choroby oraz uczenie pod egzamin lekarski (LEK). Dla studentów, którzy uczestniczą w tym grancie naukowym, opracowaliśmy specjalny regulamin zajęć, który studenci muszą znać. Egzamin praktyczny OSCE przeprowadzamy w centrum symulacji medycznej. Zaczęliśmy od sześciu stacji, a ponieważ w Kolegium mamy na roku 300 studentów i jednego dnia nie bylibyśmy w stanie przeprowadzić OSCE dla całej grupy, rozłożyliśmy egzamin na 2 dni. Dzięki wsparciu finansowemu udało się nam zrealizować I etap projektu w roku akademickim 2018/2019 dla czwartego roku studiów. W tym roku akademickim (2019/2020) przeprowadzamy II etap. Na V roku studenci mają masę egzaminów w semestrze letnim

i zimowym. Będzie również egzamin OSCE w centrum symulacji medycznej, z tym że na dziesięciu stanowiskach, i dwa egzaminy testowe z przedmiotów niezabiegowych i zabiegowych.

Od 2017 r. na VI roku studiów kierunku lekarskiego wprowadzono praktyczne nauczanie kliniczne. W założeniach miało być prowadzone przez jednego nauczyciela akademickiego z dwoma, trzema studentami. W Kolegium Wojskowo-Lekarskim takie zajęcia można prowadzić minimalnie z 6 studentami. Jest jeszcze inny problem – opracowano dzienniczek pewnych zabiegów i procedur, które każdy student powinien sam wykonać, jednak 90 proc. żaden z nich nie wykonuje. Czym to jest spowodowane? Po pierwsze studenci nie mają prawa wykonywania zawodu, po drugie pacjent musi wiedzieć o tym, że zabieg będzie wykonywać student, a pacjenci się nie zgadzają. W efekcie studenci chodzą i podpisują dzienniczek u asystenta czy adiunkta i mają zaliczone praktyczne nauczanie kliniczne. Moim zdaniem rozwiązaniem tych problemów mogłoby być skrócenie studiów do pięciu lat, ale studenci powinni uzyskać prawo wykonywania zawodu. Szósty rok mógłby być wtedy stażem czy praktycznym nauczaniem klinicznym. Na to powinny pójść pieniądze. Ale pieniądze z Unii poszły, bo trzeba je było wykorzystać, na centra symulacji medycznej, a to były pieniądze właśnie na skrócenie studiów, zwłaszcza na uczelniach publicznych. Każda uczelnia ma porządnie zrobione centrum. Na szóstym roku studenci mają dwa tygodnie zajęć w centrum symulacji medycznej i tygodniami – tak jak odbywał się staż – zajęcia z przedmiotów klinicznych i chorób wewnętrznych.

Chcę również zwrócić uwagę na przedmiot do wyboru. Co wybiera student? Wybiera przez 6 tygodni przedmioty niezabiegowe, więc wkrótce nie będzie miał kto operować. W Kolegium pewne rzeczy narzucamy, ale jest też pewna dobrowolność: wyznaczamy sześć przedmiotów zabiegowych i niezabiegowych, a w gestii starosty roku leży przydział. Część grup musi mieć przedmioty zabiegowe, bo jeśli oni nie będą mieli na studiach tych przedmiotów zabiegowych praktycznie, to nie będą robić specjalizacji z tych przedmiotów.

Prof. Marek Kuch: Ideałem byłoby stworzenie systemu nauczania obejmującego kształcenie przed – i podyplomowe jako jednej wspólnej całości. Musimy też zahamować ucieczkę studentów, pielęgniarek i nauczycieli, którzy mają nauczać naszych studentów, a później – lekarzy.

Jestem nauczycielem akademickim pracującym w Warszawskim Uniwersytecie Medycznym i mam znacznie większe doświadczenie w nauczaniu medycyny studentów niż lekarzy po uzyskaniu dyplomu. Tak więc w swoim wystąpieniu skupiłem się głównie na kształceniu przeddyplomowym medyków, jakkolwiek podzielam pogląd, że ideałem byłoby stworzenie systemu nauczania obejmującego kształcenie przed – i podyplomowe jako jednej wspólnej całości. Całość zagadnienia przeddyplomowego przygotowania kadr medycznych ująłem w 10 punktach, które w syntetycznej formie opisowej przedstawiam poniżej.

1. **Kształcenie przeddyplomowe kadry medycznej jest na dobrym poziomie merytorycznym.** Kształcenie merytoryczne studentów, czyli przyszłej kadry medycznej, w uniwersytetach medycznych (wcześniej – akademiach medycznych) jest na dobrym poziomie, o czym w wystarczającym stopniu świadczy łatwość, z jaką absolwenci tych uczelni są zatrudniani w zawodzie za granicą, w tym również w renomowanych centrach medycznych/naukowych na świecie.

   Problemem uczelni są zbyt duże, narzucone ministerialnie, limity przyjmowanych studentów, za którymi nie podążają odpowiednio wysokie finanse pozwalające na stworzenie nowych miejsc do nauczania większej liczby przyjętych studentów. W przypadku uczelni medycznych trzeba ponadto wziąć pod uwagę to, że zajęcia kliniczne polegają na leczeniu chorych i nie jest możliwe powiększanie w nieskończoność grup ćwiczeniowych podczas tych bardzo wartościowych zajęć przy łóżku chorego. Powołanie nowych uczelni mogłoby być dobrym rozwiązaniem tego problemu, ale tylko w sytuacji proporcjonalnego zwiększenia budżetu przeznaczonego na ten cel.
2. **Konieczne jest zwiększenie finansowania nacelowanego na kształcenie kadr medycznych.**

Narastający z roku na rok problem polega na niedostatecznym finansowaniu dydaktyki w uczelniach medycznych. Koszty dydaktyki w sposób oczywisty rosną wraz z rozwojem metod nauczania, finanse zaś nie tylko nie nadążają za wzrostem kosztów, lecz wręcz utrzymują się na tym samym poziomie. To w sposób jednoznaczny musi odbijać się na jakości nauczania. Zmiany zarządzeń i planów nauczania, bez zmiany finansowania, nie mogą zmienić tej sytuacji. Ponadto finanse przeznaczane na wykształcenie jednego studenta są zbyt nisko skalkulowane. Jest to problem znany od wielu lat i nie ulega korzystnej zmianie. Co istotne, finanse przeznaczone na kształcenie powinny być nakierowane na ten konkretny cel, czyli oddzielone od finansów przeznaczonych na inne cele (przede wszystkim naukę) realizowane w uczelniach. Połączenie finansowania na wszystkie cele w jeden budżet uczelniany jest, moim zdaniem, postępowaniem błędnym.

3. **Wskazana jest modyfikacja ustawy o szkolnictwie wyższym i nauce (tzw. Ustawy 2.0) w części dotyczącej dydaktyki.**
   Niezbędna jest jak najszybsza modyfikacja ustawy w części dotyczącej kształcenia studentów. Wprowadzenie ustawy w obecnym kształcie spowodowało dysproporcję pomiędzy nauką a dydaktyką na niekorzyść tej drugiej. Trzeba obiektywnie stwierdzić, że podstawowym celem uniwersytetów medycznych jest kształcenie przyszłych lekarzy i to kształcenie na najwyższym możliwym poziomie w kraju. W przypadku uczelni medycznych minimum 80 proc. kosztów ich funkcjonowania przeznaczone jest na szeroko pojętą część dydaktyczną i nie ma możliwości przesunięć finansowych pomiędzy nauką a dydaktyką, ponieważ kształcenie jest już niedofinansowane.
4. **Potrzebne jest zwiększenie i poszerzenie spektrum doświadczonej kadry nauczającej.**
   Potrzebujemy szybkiego zwiększenia liczby doświadczonej kadry i poszerzenia spektrum – na nowe specjalności, bo medycyna idzie do przodu. W celu utrzymania wysokiej jakości nauczania i dużej liczby nauczanych studentów niezbędne jest poszerzenie bazy dydaktycznej, zarówno klinicznej, jak i przedklinicznej. Potrzebna jest większa liczba dydaktyków, jak również większa liczba jednostek/klinik/oddziałów zajmujących się nauczaniem. Przepis ustawowy ograniczający możliwość nauczania przez lekarzy niezatrudnionych na etatach akademickich/uniwersyteckich jest niekorzystny i powinien być jak najszybciej zmodyfikowany.
5. **Niezbędne jest zaangażowanie w dydaktykę większej liczby jednostek nie tylko uniwersyteckich.**
   Bardzo ważne jest uzupełnienie zbyt skromnej liczbowo, jeśli wziąć pod uwagę aktualne potrzeby dydaktyczne, kadry zatrudnionej w strukturach akademickich/uniwersyteckich o kadrę doświadczonych dydaktyków ze szpitali nieakademickich, a takie możliwości w mieście, w którym pracuję, występują. Rozszerzenie oferty edukacyjnej na ośrodki pozaakademickie pozwala również na prowadzenie zajęć z podspecjalności niereprezentowanych aktualnie w uczelniach medycznych.
6. **Należy szerzej wprowadzić nauczanie na symulatorach, zachowując jednak zajęcia praktyczne z pacjentami.**
   Bardzo ważną formą uzupełniającego nauczania medycyny są ćwiczenia na tzw. symulatorach medycznych. Mogą one służyć zarówno nauczaniu przedmiotów przedklinicznych, jak i klinicznych. Symulatory wysokiej wierności są w stanie odwzorcować całe scenariusze kliniczne pokazujące przebieg chorób, zabiegi operacyjne czy określone stany chorobowe. Tego rodzaju zajęć powinno być coraz więcej podczas studiów, co oczywiście wiąże się z konkretną inwestycją w nowoczesne centra symulacji. W perspektywie długofalowej są to jednak zajęcia kosztowo-efektywne. Oczywistym pozostaje jednak warunek, że zajęcia na symulatorach nie mogą zastąpić zajęć praktycznych z pacjentami niezbędnych dla przyszłego lekarza.
7. **Trzeba poszerzyć zakres zajęć z komunikacji medycznej i je udoskonalić.**
   Drugą formą dynamicznie rozwijających się zajęć są różnorodne zajęcia z komunikacji medycznej. Staramy się poszerzać ich zakres (trzy główne kierunki komunikacji to: lekarz – pacjent, lekarz – lekarz, lekarz – rodzina pacjenta) i udoskonalać ich formę. Wszyscy zainteresowani zgodnie mówią: „Komunikacji nigdy dość". I w tym przypadku muszą być zachowane jednak zajęcia praktyczne z komunikacji medycznej z udziałem pacjentów.

8. **Część zajęć można przeprowadzić w systemie e-learningowych, jednak nie kosztem zajęć praktycznych i seminaryjnych.**
   Inną formą zajęć uzupełniających dla studentów kierunków medycznych są zajęcia przeprowadzane w systemie e-learningowym. Nie mają one zastępować zajęć praktycznych i seminaryjnych, ale służyć wzbogaceniu, a częściowo sprawdzeniu zdobytej przez uczących się wiedzy.
9. **Należy zwiększyć upraktycznienie studiów medycznych.**
   Reforma nauczania medycyny wprowadzona w ostatniej dekadzie zakładała upraktycznienie studiów medycznych. Znaczna część pracy służąca temu celowi została w uczelniach medycznych wykonana, cel jednak nie został osiągnięty ze względu na całkowicie błędne skalkulowanie budżetu mającego służyć takiemu przekształceniu programu nauczania. Wykonano więc model pośredni, który jest niezadawalający. Warto byłoby jednak wrócić do słusznej idei upraktycznienia studiów medycznych i skorygować planowanie.
10. **Program nauczania musi ulegać ewolucji zgodnie z rozwojem medycyny.**
    Ten punkt nie wymaga szerszego omówienia. Program merytoryczny nauczania studentów wszystkich kierunków medycznych wymaga stałego, a przynajmniej periodycznego modyfikowania w związku ze stałym postępem medycyny. Dotyczy to zarówno programu i zakresu nauczania w obrębie poszczególnych przedmiotów, jak również całościowego programu nauczania medycyny.

Dr hab. Paweł Olszewski: W trakcie procesu dydaktycznego musimy przygotować naszych późniejszych absolwentów do wykorzystywania wiedzy z zakresu *evidence-based medicine* w procesie leczenia, wykształcić w nich umiejętność uczenia się, jak i poszukiwania informacji i danych. Wyżej wymienione kwestie stanowią dla przyszłych absolwentów podstawę do rozwoju, kształtowania umiejętności uczenia się przez całe życie, zdolności wykorzystywania nowych technologii i przenoszenia zdobytych umiejętności, wiedzy i kompetencji do pracy lekarza.

W ustawie prawo o szkolnictwie wyższym istnieje wiele zapisów odnoszących się do badań naukowych. Zawarto w niej także przepis obligujący uczelnie kształcące na kierunku lekarskim do posiadania kategorii naukowej B+, A lub A+, warunkującej ich funkcjonowanie. Niepodważalnym faktem jest konieczność prowadzenia badań, jednakże nie powinny być one głównym zadaniem uczelni, a jedynie elementem wspomagającym rozwój i proces doskonalenia dydaktyki. Tym samym pełne wykorzystanie *evidence-based medicine* (EBM) powinno następować w ramach rozwoju procesu kształcenia, wzbogacania go i wzmacniania. Kolejnym zadaniem jest przygotowanie późniejszych absolwentów w taki sposób, aby nabyli umiejętności poszukiwania informacji, danych i korzystania z badań naukowych w pracy klinicznej. Wyżej wymienione umiejętności i kompetencje powinny wynikać także z przekazywania wiedzy na temat nowych technologii stosowanych w medycynie i właściwych sposobów ich wykorzystywania.

Ważną kwestią jest także standard kształcenia na kierunku lekarskim, który jest jednolity i obowiązuje we wszystkich uczelniach. Tym samym dydaktyka oparta jest o wspólne i jasno określone wytyczne, w trakcie realizacji których często nie pamiętamy, że student tego kierunku powinien także nabywać umiejętności i kompetencji miękkich, np. w zakresie komunikowania się z pacjentem i jego rodziną (otoczeniem), bezpieczeństwa pacjenta czy też wiedzy o pacjencie wielokulturowym. Dzięki temu absolwent będzie nie tylko bardzo dobrze przygotowanym lekarzem pod względem merytorycznym i praktycznym, lecz także będzie lekarzem humanistą.

W tym miejscu możemy się odnieść do rehabilitacji – jako przykładu konieczności realizowania dydaktyki w sposób kompleksowy. Należy postawić podstawowe dla dydaktyki pytania: czy nasze kształcenie jest naprawdę kompleksowe? Tak więc wywodząc dalsze przemyślenia z pytania o kompleksowość nauczania i analizując je na tym przykładzie, zadajemy pytania: Czy przekazując wiedzę w tym zakresie, mówimy, że celem rehabilitacji jest nie tylko powrót do zdrowia, lecz także powrót do edukacji u dzieci i młodzieży, powrót do pracy osób

w wieku aktywności zawodowej oraz utrzymanie samodzielności osób w wieku senioralnym? Czy nasze nauczanie jest zgodne z zapisem art. 2 pkt. 1 ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentysty stanowiącym, że wykonywanie zawodu lekarza polega na udzielaniu świadczeń zdrowotnych: w szczególności badaniu stanu zdrowia, rozpoznawaniu chorób i zapobieganiu im, leczeniu i rehabilitacji chorych, udzielaniu porad lekarskich, a także wydawaniu opinii i orzeczeń lekarskich? Sprawowanie opieki ukierunkowanej na pacjenta, podejście wszechstronne, holistyczne, z orientacją na społeczność lokalną z takimi warunkami implementacji jak: kontekst profesjonalny, osobista postawa i dowody naukowe, winno dotyczyć nade wszystko, choć nie tylko, obszaru podstawowej opieki zdrowotnej i lekarza rodzinnego.

Jednym z najważniejszych aspektów realizacji procesu kształcenia jest m.in. indywidualizacja procesu uczenia się, która umożliwia pełną realizację zakładanych zadań dydaktycznych. Dlatego też Uczelnia Łazarskiego, która trzy lata temu rozpoczęła nauczanie na kierunku lekarskim, prowadzi zajęcia praktyczne w 4-osobowych grupach studenckich – ma odpowiednio dobrane tematycznie zajęcia fakultatywne – współpracuje z bardzo dobrymi ośrodkami medycznymi, jak i bardzo dobrymi wykładowcami pełniącymi funkcję mentorów i mistrzów dla studentów. Należy zatem skupić się na procesie kształcenia mającym na celu przygotowanie lekarza dobrze wykształconego, odpowiedzialnego promotora zdrowia znającego EBM, podstawy badań naukowych, jak i szanującego pacjentów oraz funkcjonującego zgodnie z założeniem relacji mistrz – uczeń.

5.3

Potrzeby szkolenia specjalistów różnych dziedzin medycyny

Interesującym uzupełnieniem debat plenarnych były kolejne panele dyskusyjne, w których na temat m.in. postępów w leczeniu narządów zmysłów, chorób serca i naczyń, chorób nowotworowych, wyzwań wieku rozwojowego, a także wyzwań w zakresie zdrowia publicznego i środowiskowego wypowiadali się kolejni specjaliści z różnych dziedzin medycyny.

Prof. Grażyna Mielnik-Niedzielska: W Polsce pracuje około 300 specjalistów z zakresu otolaryngologii dziecięcej, a ich rozmieszczenie w kraju jest nierównomierne. Istnieją regiony nieposiadające żadnego specjalisty w tej dziedzinie, np. województwo opolskie, lub jest ich tam niewystarczająca liczba.

Otolaryngologia dziecięca jest specjalnością zabiegową świadczącą usługi z zakresu chorób górnych dróg oddechowych i uszu w populacji dziecięcej. Choroby otolaryngologiczne w wieku dziecięcym są jedną z najczęstszych przyczyn wizyt pacjentów u lekarza pierwszego kontaktu. Pomimo częstego zgłaszania się chorych po poradę specjalistyczną, nie zawsze jest ona udzielana przez specjalistę z zakresu otolaryngologii dziecięcej. W Polsce pracuje około 300 specjalistów z zakresu otolaryngologii dziecięcej, a ich rozmieszczenie w kraju jest nierównomierne. Istnieją regiony nieposiadające żadnego specjalisty w tej dziedzinie, np. woj. opolskie, lub jest ich tam niewystarczająca liczba. Specjaliści są rozmieszczeni głównie wokół jednoimiennych klinik, które posiadają akredytację na prowadzenie szkolenia specjalistycznego, przeważnie w miastach akademickich – Białymstoku, Katowicach, Lublinie, Łodzi, Poznaniu i Warszawie. Dążymy do tego, by tę sytuacje poprawić dzięki ustawicznemu prowadzeniu specjalizacji w systemie modułowym. Zainteresowanie absolwentów wydziałów lekarskich specjalizowaniem się w otolaryngologii dziecięcej jest duże, o czym świadczy permanentny brak miejsc rezydenckich.

Prof. Piotr Andziak: Program szkolenia w dziedzinie chirurgii naczyniowej jest jak najbardziej zbieżny z programem szkolenia w tej dziedzinie obowiązującym w krajach Unii Europejskiej i zgodny z zaleceniami European Union of Medical Specialists (UEMS).

Szkolenie w dziedzinie chirurgii naczyniowej w Polsce jest prowadzone z wykorzystaniem nowego, modułowego programu szkolenia specjalizacyjnego. Obejmuje ono dwuletni moduł szkolenia w chirurgii ogólnej i czteroletni moduł szkolenia specjalistycznego w chirurgii naczyniowej. Przygotowując nową wersję programu szkolenia, wprowadzoną w listopadzie 2018 r., starano się, aby była ona jak najbardziej zbieżna z programem szkolenia w dziedzinie chirurgii naczynio-

wej obowiązującym w krajach Unii Europejskiej i zgodny z zaleceniami European Union of Medical Specialists (UEMS). Szkolenie w zakresie chirurgii naczyniowej prowadzi w Polsce 60 akredytowanych ośrodków, które dysponują 195 miejscami szkoleniowymi. Od wielu lat liczba osób realizujących program szkolenia specjalizacyjnego waha się w granicach 140–150.

Prof. Mieczysław Rajmund Chorąży: W Polsce choroby nowotworowe są drugą, po chorobach serca i układu krążenia, przyczyną zgonów. A onkologia nie jest wykładana jako przedmiot zintegrowany, tylko wspominana (przeznacza się na nią niewiele godzin) przy okazji omawiania różnych chorób narządowych. Wzorem innych państw onkologia powinna być nauczana w polskich uniwersytetach medycznych jako osobny przedmiot, w dużym wymiarze godzin i powinna kończy się egzaminem.

Z powodu raka umiera w ciągu roku ponad 100 tys. ludzi, a nowy proces nowotworowy rozpoznaje się u ponad 160 tys. ludzi. Zapadalność na raka ma stałą tendencję wzrostową. Przeszło 500 tys. ludzi w Polsce aktualnie choruje na różnego rodzaju choroby nowotworowe. Tylko tych kilka danych wskazuje, że rak jest poważnym problemem społecznym. Szczególnego znaczenia w tym kontekście nabiera fakt wyraźnie gorszej skuteczności leczenia nowotworów złośliwych w Polsce w porównaniu z innymi krajami Europy oraz USA. Wysoka umieralność na nowotwory złośliwe w Polsce ma z pewnością wiele przyczyn: niski poziom powszechnej wiedzy o problemach zdrowotnych, szczególnie o chorobach nowotworowych, nadużywanie czynników szkodliwych dla zdrowia, nieprawidłowe nawyki żywieniowe, zła organizacja profilaktyki przeciwrakowej i niekorzystanie przez ogół społeczeństwa z tych nielicznie proponowanych ofert profilaktycznych. Wielu lekarzy uważa, że gorsze wyniki leczenia chorych na nowotwory wynikają z niedofinansowania tej dziedziny (zwłaszcza ograniczenia w chemioterapii).

Jedną z ważnych przyczyn jest z pewnością wydłużony okres od momentu zauważenia pierwszych niepokojących pacjenta objawów chorobowych do postawienia prawidłowej diagnozy i rozpoczęcia leczenia. W tym krytycznym okresie podstawowe znaczenie ma zachowanie chorego oraz wiedza lekarza pierwszego kontaktu i jego postępowanie. Znane mi są przypadki zaniedbania ze strony chorego – lekceważenie pozornie niegroźnych zmian skórnych lub różnego rodzaju nieprawidłowości w funkcjonowaniu narządów wewnętrznych, które początkowo nieuciążliwe nie ustępują i z upływem czasu manifestują się jako zaawansowany nowotwór. Gdy taką ograniczoną wiedzę o nowotworach posiada lekarz prowadzący chorego, sytuacja jeszcze się pogarsza: źle zdiagnozowany pacjent jest źle leczony, traci się czas, a wraz z jego utratą maleją szanse wyleczenia.

W Polsce przeddyplomowe szkolenie lekarzy w onkologii jest od lat zaniedbane – tylko parę uczelni medycznych prowadzi wykłady i zajęcia kliniczne z onkologii w nieco szerszym wymiarze (np. Gdański Uniwersytet Medyczny). Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu wystąpił z inicjatywą stworzenia Akademickiej Sieci Onkologicznej, ale ta idea nie została zrealizowana. Onkologię wykłada się w uszczuplonym zakresie przy omawianiu innych chorób narządowych. Młody lekarz ma nie tylko bardzo ograniczoną wiedzę podstawową o raku, o jego biologii, genetyce, mechanizmach kancerogenezy, czynnikach rakotwórczych, prewencji, epidemiologii, znaczeniu społecznym itp., lecz także duże braki w wiedzy klinicznej: naturalnym rozwoju raka, objawach, współczesnych metodach diagnostycznych, roli genetyki, metodach leczniczych, prewencji, opiece paliatywnej, organizacji walki z rakiem itp.

Wzorem innych państw onkologia powinna być nauczana w polskich uniwersytetach medycznych jako osobny przedmiot, w dużym wymiarze godzin i powinna kończyć się egzaminem (a nie zaliczeniem). W czołowych szkołach medycznych w Stanach Zjednoczonych, np. w Ohio, onkologia jest wykładana jako przedmiot w wymiarze 375 godzin, a nie 18 czy 40, i kończy się egzaminem. Na postulaty w zakresie nauczania onkologii Minister Zdrowia odpowiedział, że jest to sprawa szkół wyższych, bo mają one autonomię. Jak można tak mówić, mając do czynienia z chorobą, która jest drugą po chorobach układu krążenia i serca przyczyną zgonów? Tu nie ma miejsca na dyskusję o swobodach akademickich. Powinien zostać stworzony wspólny program nauczania onkologii

dla wszystkich jednostek edukacyjnych i działania w tym kierunku były poczynione.

Kolejną istotną sprawą, która w Polsce praktycznie nie istnieje, jest kształcenie zdrowotne na poziomie szkół podstawowych. W ciągu ostatnich 10 lat próbowaliśmy na Śląsku prowadzić szkolenia dla nauczycieli biologii i przyrody w zakresie nauki o raku. Takich nauczycieli w woj. śląskim jest ok. 1800. Wydawało się nam, że przeszkoliliśmy ok. 900. Usiłowaliśmy przekonać władze, żeby wprowadzić takie 2–3 godziny w roku nauki o zdrowiu. Mieliśmy też w szkołach szereg wykładów na temat zwalczania raka i spotkało się to z ogromnym zainteresowaniem ze strony młodzieży. Według mnie młodzież jest doskonałym przekaźnikiem tego typu informacji i potrafi zainteresować kręgi przyjaciół i rodzinę. Myślę, że medycyna, w tym onkologia, w najbliższej przyszłości będzie miała dalej problemy teoretyczne, ponieważ w ubiegłych dziesięcioleciach poświęcano najwięcej uwagi DNA i genom. Niestety nie wszystko tkwi w genach. Zjawisko życia jest bardzo złożone i musimy zdawać sobie z tego sprawę.

Zwracam się z apelem, aby zwłaszcza na choroby, które mają wielkie znaczenie społeczne, kłaść większy nacisk w procesie nauczania. Myślę, że w onkologicznych programach rządowych powinny znaleźć się sumy dla uczelni wyższych na kształcenie w tych dziedzinach.

Prof. Krzysztof Składowski: W 2015 r. została ogłoszona strategia walki z rakiem w Polsce, ale nie została ostatecznie przyjęta. Nie mówiła ona nic o konieczności zwiększenia wiedzy onkologicznej u specjalistów nieonkologicznych. Mam nadzieję, że obecnie rozważana narodowa strategia walki z rakiem będzie obejmowała ten punkt. Przeanalizowałem programy najpopularniejszych specjalizacji oraz podręczniki akademickie i zauważyłem, że onkologia zajmuje w nich niszową pozycję.

Wszystko, czym dysponuje współczesna onkologia, nie będzie u nas w Polsce do zastosowania optymalnego, jeżeli ta dziedzina nie stanie na solidnych fundamentach. Sytuacja epidemiologiczna jest taka, że w Polsce wciąż przeważa umieralność względna w stosunku do zapadalności. W przypadku większości nowotworów złośliwych wskaźniki są złe, ponieważ chorobę nowotworową rozpoznaje się w zaawansowanych stadiach, czyli dużo później niż w większości krajów UE. Uważam, że odpowiada za to powszechnie nieobecna lub staroświecka edukacja onkologiczna służby zdrowia, dotycząca zwłaszcza lekarzy. Pomimo ogólnego wzrostu prozdrowotnej świadomości społeczeństwa nie działa w polskiej medycynie zorganizowana edukacja onkologiczna. Ja sam podczas ponad 30 lat pracy nie zaobserwowałem istotnej poprawy kształcenia i wzrostu wiedzy onkologicznej wśród studentów medycyny oraz specjalistów dyscyplin nieonkologicznych. Sytuacja ta nie uległa poprawie mimo powołania już 13 lat temu Akademickiej Sieci Onkologicznej. Tymczasem właśnie w naszym kraju to nie onkolodzy stawiają diagnozę, tylko specjaliści zabiegowcy i patomorfolodzy. W 2015 r. została ogłoszona strategia walki z rakiem w Polsce, ale nie została ostatecznie przyjęta. Nie mówiła jednak nic o konieczności zwiększenia wiedzy onkologicznej u specjalistów nieonkologicznych i mam nadzieję, że obecnie rozważany projekt narodowej strategii walki z rakiem będzie obejmował ten punkt. Przeanalizowałem programy najpopularniejszych specjalizacji oraz podręczników akademickich i zauważyłem, że onkologia zajmuje w nich niszową pozycję. Modelowym przykładem jest rak płuc w podręcznikach do interny. Prześledziłem cztery podstawowe podręczniki z lat 1985–2005, w jednym z nich rakowi płuc poświęcono 6 stron, co stanowiło 12,5 proc. całego rozdziału o chorobach układu oddechowego.

Pomimo powszechnej wiedzy o niezadowalających wynikach leczenia chorych na nowotwory złośliwe w Polsce i coraz lepszej świadomości onkologicznej pacjentów absolwenci medycyny i lekarze nieonkolodzy nie mają odruchu onkologicznego. Winę za to ponosi system kształcenia wciąż traktujący nowotwory marginalnie w stosunku do pozostałych chorób. Zatem opinia, że jedynym panaceum dla polskiej onkologii jest zwiększenie nakładów na inwestycje i nowoczesne terapie, jest nietrafna. Wskaźniki epidemiologiczne i wyniki leczenia nie ulegną poprawie, jeśli edukacja nie zmieni się w sposób radykalny. Postępu nie zrobimy przez wdrożenie innowacji, jeżeli nasz pacjent, w momencie kiedy rozpoznamy u niego raka, będzie stał nad grobem.

Prof. Bolesław Samoliński: Co się stało w polskiej onkologii przez ostatnie 30–40 lat? Została ona wyprowadzona z uczelni i skoncentrowana w ośrodkach onkologicznych. Uważam, że jest to systemowy błąd, który pojawił się w kształceniu kadr. Nie można elitarnie kształcić czegoś, co wymaga egalitarnego podejścia.

Nowotwory są drugą przyczyną przedwczesnych zgonów – 25 proc. przedwczesnych zgonów spowodowanych jest chorobami nowotworowymi. W Polsce zbyt późno rozpoznajemy nowotwory w porównaniu do pozostałej części Europy. Jeżeli choroba jest powszechna i śmiertelna, to nie może być rozpoznawana elitarnie, musi być rozpoznawana w gabinetach lekarskich. Co się działo z polską onkologią przez ostatnie 30–40 lat? Została wyprowadzona z uczelni i skoncentrowana w ośrodkach onkologicznych. W związku z tym Warszawski Uniwersytet Medyczny nie ma ośrodka onkologicznego, ponieważ nauczanie przeddyplomowe jest realizowane w Narodowym Instytucie Onkologii. Uważam, że jest to systemowy błąd, który pojawił się w kształceniu kadr. Nie można elitarnie kształcić czegoś, co wymaga egalitarnego podejścia. Onkolodzy trochę zawłaszczyli ten temat i tym samym pozbawili nas szansy na to, żebyśmy mogli powszechnie kształcić w zakresie diagnostyki i leczenia chorób nowotworowych. Onkologia powinna być przedmiotem w nauczaniu akademickim. Tylko powstaje problem – nie mamy na uczelniach onkologów, co jest konsekwencją dotychczas przyjętego systemu organizacji i kształcenia w ochronie zdrowia.

Dr Witold Cieśla: Ważnym problemem jest kwestia kształcenia ustawicznego wszystkich lekarzy, w tym lekarzy POZ, które w Polsce praktycznie nie funkcjonuje.

Pomysł stworzenia specjalizacji lekarza rodzinnego na początku reformy był dobry i taka specjalizacja jest potrzebna, ale czy wszyscy lekarze rodzinni muszą być specjalistami? Biorąc pod uwagę średnią wieku lekarza w Polsce, czy nie lepszym rozwiązaniem byłoby stworzenie i egzekwowanie systemu egzaminów weryfikujących co 3–5 lat wiedzę lekarza POZ? Postęp w medycynie i technologiach medycznych jest tak szybki, że wiedza nabyta na studiach, sprzed 15–20 lat, jest już zupełnie nieaktualna, a uzyskana podczas specjalizacji dezaktualizuje się najdalej po 10 latach. To jest wielkie wyzwanie dla wszystkich pracowników ochrony zdrowia, nie tylko lekarzy.

Dr hab. Ewa Emich-Widera: W szeregach obecnie działających czynnie lekarzy neurologów dziecięcych jest wiele osób, które w niedługim czasie osiągną wiek emerytalny, i takich, które nadal pracują, choć już go osiągnęli.

Liczba aktywnych neurologów dziecięcych, opiekujących się dziećmi i młodzieżą ze schorzeniami układu nerwowego, jest zbyt mała. Obecnie w Polsce specjalizację z neurologii dziecięcej ma 474 lekarzy, a świadczeń udziela 452. Wśród tych specjalistów najbardziej niepokojący jest rozkład wiekowy. Bardzo niewielu jest młodych lekarzy, do 35. roku życia, przeważają specjaliści powyżej 55. roku życia. Niestety, w szeregach obecnie działających czynnie lekarzy neurologów dziecięcych jest wiele osób, które w niedługim czasie osiągną wiek emerytalny, i takich, którzy nadal pracują, choć już go osiągnęli (praktykują nawet lekarze powyżej 70. roku życia).

Według danych zawartych w systemie monitorowania kształcenia (SMK) w neurologii dziecięcej specjalizuje się w sumie nieco powyżej 100 osób. W ostatnich latach do państwowego egzaminu specjalizacyjnego przystępuje średnio 6–7 osób i w większości uzyskują one tytuł specjalisty. Zakładając, że w niedługim czasie część spośród specjalizujących się stanie się specjalistami, to i tak, biorąc pod uwagę obecny niedostatek i „zmianę warty", brak specjalistów w tej dziedzinie może się pogłębić. Obserwowana w ostatnich latach pewna poprawa dotycząca liczby lekarzy rozpoczynających szkolenie na razie jednak wydaje się niewystarczająca dla rekompensaty luki pokoleniowej, co jest

bolączką wielu specjalizacji roztaczających opiekę nad populacją wieku rozwojowego. Pozostaje to zapewne w związku z niską wyceną większości procedur z zakresu neurologii dziecięcej w szpitalach pediatrycznych i poradniach specjalistycznych, co nie pozwala na choćby nieduże zachęty finansowe (czyli zarobki co najmniej porównywalne z zarobkami w opiece podstawowej) w tych placówkach. Młodzi lekarze wybierają chętniej lepiej płatną pracę w opiece podstawowej.

Dr hab. Anna Krakowiak: Priorytetem jest rozszerzenie specjalizacji toksykologicznej na grupy zawodowe lekarzy, którzy na co dzień stykają się z pacjentami zatrutymi.

W Polsce pracuje aktualnie w bezpośrednim kontakcie z pacjentem ostro zatrutym 46 toksykologów klinicznych, a 108 posiada specjalizację w tej dziedzinie. Moim zdaniem priorytetem jest rozszerzenie kształcenia w dziedzinie toksykologii klinicznej na lekarzy, którzy na co dzień stykają się z pacjentami zatrutymi – lekarze szpitalnych oddziałów ratunkowych (SOR) – ponieważ w Polsce istnieje tylko 10 oddziałów toksykologii, a pacjentów zatrutych mamy w całym kraju. Jest nadzieja, że dzięki współpracy z krajowym specjalistą z dziedziny medycyny ratunkowej uda się coś w tej kwestii zmienić. Idealnie byłoby, żebyśmy mieli bardzo dobrze działające centra informacji toksykologicznej, na wzór tych, jakie na przykład funkcjonują w USA, gdzie powstają coroczne raporty dotyczące liczby zatruć w skali całego kraju. Jest to bardzo ważne, jeżeli chcemy śledzić zmiany i trendy w epidemiologii ostrych zatruć, a za tą wiedzą idą konkretne programy profilaktyczne.

Centrum Informacji Toksykologicznej powinno działać 24 godziny na dobę, kadrę ww. placówki powinni stanowić lekarze posiadający wiedzę z dziedziny toksykologii klinicznej, którzy mieliby dodatkowo wsparcie specjalistów z dziedziny chemii i biologii, ponieważ tematyka zagadnień dotyczących ostrych zatruć jest bardzo szeroka. Idealnym rozwiązaniem byłoby także stworzenie centralnego banku odtrutek. Ze względu na obecne kłopoty finansowe wiele szpitali w Polsce, mimo że powinno dysponować odtrutkami na różne ostre zatrucia, ich nie posiada. Z własnego doświadczenia wiem, że zdarzają się sytuacje, kiedy w trybie pilnym ściąga się odtrutki z różnych szpital i karetka jedzie kilka godzin, żeby je dostarczyć na potrzeby ostro zatrutego pacjenta. Utworzenie w Polsce centralnej bazy odtrutek usprawniłoby proces leczenia zatrutych pacjentów. W centralnej bazie powinny się znajdować nie tylko odtrutki na środki chemiczne, lecz także na jady różnych zwierząt. Musimy bowiem pamiętać, że migrują nie tylko ludzie, ale także zwierzęta – do Polski przywożone są niebezpieczne gatunki pająków, węży. Będę zabiegała o stworzenie centralnej bazy odtrutek i mam nadzieję, że inne instytucje będą wspierały to przedsięwzięcie.

5.4

Głos młodego pokolenia pracowników naukowych i klinicznych

Dyskusja na temat kształcenia medycznego jest niezwykle ważna. Sposób i jakość kształcenia obecnych studentów oraz młodych lekarzy są kluczowe dla przyszłego systemu ochrony zdrowia. Młode kadry im lepiej zostaną przygotowane do pracy klinicznej i naukowej, tym sprawniej poradzą sobie z wyzwaniami, których przy obecnym szybkim tempie rozwoju medycyny i technologii medycznych będzie coraz więcej. Dlatego podczas I Kongresu „Zdrowie Polaków" 2019 oddano głos także młodemu pokoleniu – lekarzom i specjalistom z niedługim stażem pracy w ochronie zdrowia. Z myślą o nich zorganizowano odrębny panel dyskusyjny „Zdrowie Polaków z perspektywy młodego pokolenia pracowników naukowych i klinicznych", którego moderatorami byli prof. Piotr H. Skarżyński oraz dr hab. Maksymilian Opolski.

Panel podsumował **prof. Piotr H. Skarżyński**:

Na temat możliwości, które mają w Polsce młodzi specjaliści, jako pierwszy wypowiedział się **dr n. med. Robert Brawura-Biskupski-Samaha**, ginekolog, położnik, perinatolog. Podkreślił on, że istnieją duże możliwości szkoleń zarówno w kraju, jak i za granicą pod kątem doskonalenia się, wprowadzania nowych metod i rozwiązań. Efektem takich działań była przeprowadzona w 2017 r. operacja rozszczepu kręgosłupa u płodu (młodzi polscy lekarze przeprowadzili tę procedurę jako jedni z pierwszych na świecie).

Dr hab. Tomasz Zatoński, **prof. UM we Wrocławiu,** prezentując akcje prozdrowotne odbywające się na terenie województwa dolnośląskiego, zwrócił uwagę na akcję „Uruchamiamy dzieciaki"– badania ankietowe skierowane do 10 tys. uczniów wrocławskich szkół. – W przeciągu 2 lat otrzymaliśmy odpowiedzi od niemal 7 tys. rodziców. Wyniki badania wykazały, że złe nawyki żywieniowe oraz brak przyzwyczajenia dzieci do ruchu, wynikający z mało aktywnego trybu życia całej rodziny, przyczyniają się nie tylko do powstawania chorób kardiologicznych i diabetologicznych, lecz także wielu innych problemów zdrowotnych, w tym laryngologicznych. Na bazie przeprowadzonych badań udało się zbudować populacyjne badanie kohortowe – projekt PICTURE (Population Cohort Study of Wroclaw Citizens) skierowany do dzieci w wieku 7–14 lat oraz ich rodziców. Głównym celem projektu jest poznanie problemu zdrowotnego mieszkańców Dolnego Śląska oraz próby zaradzenia tym problemom. Ponadto prof. T. Zatoński podkreślał konieczność oceny wyników działań podejmowanych przez specjalistów w kontekście jakości życia pacjentów.

Prof. Piotr H. Skarżyński podzielił się doświadczeniami Instytutu Narządów Zmysłów oraz Instytutu Fizjologii i Patologii Słuchu w zakresie badań przesiewowych prowadzonych nie tylko w Polsce, lecz także za granicą – w Europie, Azji, Afryce i Ameryce Południowej. Była to realizacja konkluzji Rady Europy dotyczących wczesnego wykrywania wad słuchu przyjętych z inicjatywy Polski podczas polskiej prezydencji w UE. Okazuje się, że na przykład w krajach afrykańskich problemy ze słuchem u dzieci w wieku szkolnym występują zdecydowanie częściej niż w Polsce. – Wykonanie badań przesiewowych

słuchu na czterech kontynentach to jeden ze sposobów realizacji ustaleń przyjętych przez europejskich audiologów w Warszawie w 2011 r. – powiedział prof. Piotr H. Skarżyński. – Cieszę się, że pokazujemy nasze polskie i zarazem europejskie doświadczenia w innych regionach świata. Pozwoliło to na przygotowanie interesujących publikacji i oryginalnych programów diagnostycznych.

Dr n. med. Piotr Duchnowski, specjalista w zakresie wad nabytych serca osób dorosłych, podkreśla, że zdrowie Polaków z perspektywy kardiologa to nie tylko działania profilaktyczne i zapobieganie chorobom układu sercowo-naczyniowego, lecz przede wszystkim przedłużenie życia pacjentów z chorobą serca oraz poprawę jakości ich życia.

Każda operacja kardiochirurgiczna wiąże się z ryzykiem wystąpienia powikłań. W celu oceny ryzyka wykorzystywane są kalkulatory ryzyka zabiegu, działające na podstawie algorytmów opierających się na różnego rodzaju czynnikach (w warunkach europejskich najczęściej jest to kalkulator EUROSCORE). W Instytucie Kardiologii opracowano pierwszy w Polsce system oceny ryzyka kardiochirurgicznego dla pacjentów z wadami zastawkowymi serca – kalkulator IKARD SCORE. Narzędzie to opiera się na doświadczeniu wielu specjalistów oraz, co najważniejsze, prezentuje holistyczne podejście do pacjenta.

Niezależnie od wyniku testu ryzyka każda decyzja dotycząca leczenia powinna zostać podjęta w porozumieniu z dobrze poinformowanym i świadomym zarówno korzyści, jak i zagrożeń pacjentem w celu najbardziej optymalnego wyboru terapii.

Ponadto **dr hab. Maksymilian Opolski** podkreślił istotność coraz częściej wykonywanych na gruncie polskim nieinwazyjnych zabiegów z małego dostępu u pacjentów z wadami zastawkowymi serca.

Dr Łukasz Jankowski, prezes Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie, zapytany o stanowisko młodego naukowca z punktu widzenia samorządu lekarskiego (Izby Lekarskiej), zwrócił uwagę na trzy główne (według niego) problemy systemu służby zdrowia:

1. Problem braku chętnych na specjalizacje związane ze szpitalnictwem oraz generalnie braku chętnych na specjalności trudne (chirurgia, onkologia) pomimo zwiększania limitów przyjęć.
2. Problem wejścia nowoczesnych technologii stawia pod znakiem zapytania potrzebę wykonywania niektórych zawodów/specjalności w przyszłości (np. radiologa).
3. Problem starzejącej się kadry lekarskiej – średnia wieku lekarza na Mazowszu to 53 lata i średnia ta z roku na rok rośnie, średnia wieku pediatry to 59 lat, specjalisty chorób wewnętrznych – 56 lat. Problem ten rodzi zatem pytanie o zastępowalność pokoleń.

W ocenie prezesa Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie medycyna poszła do przodu, lecz system opieki zdrowotnej za nią nie nadążył. Jednak najważniejszym aspektem oraz problemem poruszonym przez dr. Ł. Jankowskiego jest wypalenie zawodowe specjalistów dotyczące 50 proc. z nich.

Dr Leszek Kraj, onkolog kliniczny oraz wykładowca akademicki, podkreślał, że oprócz inwestycji w mury (odnawianie, rewitalizacja szpitali i placówek medycznych) inwestować powinno się również, a może przede wszystkim, w ludzi – kadry medyczne. Jego zdaniem inwestycja w młode pokolenie lekarzy decydować będzie o tym, jaką służbę zdrowia będziemy mieli w przyszłości.

Ponadto, podobnie jak przedmówcy, dr L. Kraj zwracał uwagę na problemy kadrowe w służbie zdrowia (brak lekarzy) oraz na spadek jakości kształcenia kadr medycznych – nadmiar obowiązków nakładanych na dydaktyków determinuje brak wystarczającej uwagi i czasu poświęconego młodym adeptom sztuki medycznej, zanik relacji uczeń – mistrz.

Kolejny panelista – **dr n. med. Maciej Krasnodębski** – zwrócił uwagę na trudności związane z chirurgią transplantacyjną, takie jak: nienormowane godziny pracy (często nocne), duże obciążenie psychiczne i fizyczne, wielogodzinne operacje. Jednak pomimo iż praca ta jest bardzo ciężka, to praca ta ma sens. Okazuje się bowiem, że 75 proc. pacjentów, którzy bez przeszczepu nie przeżyliby roku, ma szansę na dłuższe życie. Jest to ogromny sukces dzisiejszej medycyny (Polska jest w czołówce krajów europejskich), który niestety związany jest z dużymi kosztami poniesionymi przez lekarzy.

Dr n. o zdr. Natalia Czajka zapytana o to, jak – z punktu widzenia terapeuty pracującego z dziećmi – radzi sobie w kontaktach z rodzicami swoich podopiecznych, podkreśliła, że jest to zawsze ogromne wyzwanie. Oczekiwania rodziców wobec własnych dzieci są zawsze takie, żeby dziecko było zdrowe

oraz żeby funkcjonowało na najwyższym poziomie, na jaki pozwalają mu możliwości. To w gabinecie rehabilitantów oczekiwania rodziców zderzają się z rzeczywistością. Rodzic musi być partnerem w codziennej pracy z dzieckiem. Procedura medyczna jest dopiero początkiem – to praca rehabilitantów jest procesem najbardziej długotrwałym i żmudnym – procesem, który czasem może trwać nawet całe życie. Dodatkowo dr N. Czajka zwróciła uwagę na to, że właśnie interdyscyplinarność jest podstawą pracy pedagoga/psychologa/logopedy i innych specjalistów zajmujących się dzieckiem.

Dr n. farm. Magdalena B. Skarżyńska przedstawiła możliwość wprowadzenia „opieki farmaceutycznej" na gruncie polskim. W wielu krajach rozwiązanie to jest uzupełnieniem łańcucha ochrony zdrowia – odciąża lekarzy z ordynacji pewnych leków, umożliwia poprawianie błędów na receptach – i może przekładać się na to, że lekarze więcej czasu spędzaliby na diagnostyce pacjentów. Ponadto pomoc ze strony farmaceutów, zarówno lekarzom, jak i pacjentom, w prawidłowym sekwencjonowaniu leków zmniejsza ryzyko interakcji (w szczególności u pacjentów geriatrycznych, którzy przyjmują wiele różnych leków).

Na koniec panelu dyskusyjnego, na prośbę prof. P.H. Skarżyńskiego każdy z jego uczestników przedstawił jeden, najważniejszy jego zdaniem, postulat do ministra zdrowia:

1. Więcej uprawnień dla farmaceutów – dr n. farm. M.B. Skarżyńska.
2. Zapobieganie dezinformacji na forach internetowych – dr n. med. R. Brawura-Biskupski-Samaha.
3. Profilaktyka, ponieważ zapobiegamy zamiast leczyć, oraz medycyna oparta na faktach (EBM) – dr hab. T. Zatoński.
4. Profilaktyka oraz zdrowy tryb życia w kontekście chorób układu krążenia – dr n. med. P. Duchnowski.
5. Wzrost finansowania i zwiększenie opieki nad osobami starszymi: geriatrycznej i długoterminowej – dr Ł. Jankowski.
6. Inwestycja w ośrodki akademickie, inwestycja finansowa oraz wymaganie coraz wyższej jakości nauczania, inwestycja w ośrodki onkologiczne akademickie – dr L. Kraj.
7. Zwiększone finansowanie ośrodków klinicznych, edukacja i próby dotarcia do pacjentów w celu przywrócenia szacunku do zawodu lekarza – dr n. med. M. Krasnodębski.
8. Działania profilaktyczne, badania przesiewowe oraz edukacja rodziców – dr n. o zdr. N. Czajka.

6 Zadania instytutów badawczych w obszarze medycyny

Na liście Rady Głównej Instytutów Badawczych znajduje się ponad 100 instytutów badawczych, a w tym 15 działających w obszarze medycyny i podległych Ministerstwu Zdrowia. W ogromnej większości instytuty medyczne posiadają kategorię naukową A lub A+. Realizują nie tylko działalność naukową, lecz także wysokospecjalistyczną działalność kliniczną i leczniczą, edukacyjną, a w niektórych przypadkach – usługową. Są ośrodkami referencyjnymi, dysponują najbardziej aktualnymi, unikatowymi danymi oraz specjalistyczną wiedzą i jako takie pełnią funkcje doradcze, często też są proszone o przygotowanie ekspertyz dla różnych instytucji i organów państwowych.

Zdecydowana większość polskich instytutów badawczych działających w obszarze zdrowia nie ustępuje podobnym instytucjom europejskim i światowym zarówno pod względem wysokiego poziomu kadry naukowej, jak i w zakresie opracowywania i wdrażania innowacyjnych technologii (zastosowanie narzędzi e-zdrowia, nowoczesnego sprzętu specjalistycznego, osiągnięć telemedycyny i in.). – Bardzo często polscy pacjenci jako pierwsi na świecie dostają ofertę nowoczesnych technologii. Świadczy o tym chociażby przykład Instytutu Fizjologii i Patologii Słuchu, którego wysokospecjalistyczna kadra gwarantuje odpowiedni i szybki transfer najnowocześniejszych technologii do praktyki klinicznej – mówił prof. Krzysztof Kochanek. Słowa te można odnieść także do innych polskich instytutów badawczych. Wiele z nich jest uznawanych nie bez powodu za wiodące w Europie i na świecie. W Narodowym Instytucie Kardiologii Stefana kardynała Wyszyńskiego – jednym z niewielu na świecie – wykonuje się skomplikowane transplantacje wielonarządowe (serce – wątroba, serce – nerki). Z kolei Instytut „Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka" jest przodującym ośrodkiem w Europie i na świecie w zakresie transplantologii dziecięcej, a także leczenia mukowiscydozy w tej części Europy. W Instytucie Matki i Dziecka opracowano unikalną metodę jednoetapowego leczenia wad rozszczepowych twarzoczaszki, wdrożono leczenie oszczędzające guzów litych w onkologii dziecięcej, implementowane są obecnie najnowocześniejsze osiągnięcia proteomiki, metabolomiki i genomiki. Zespół Instytutu Biotechnologii i Antybiotyków opracował i wdrożył do produkcji technologię rekombinowanej insuliny ludzkiej. Takie przykłady można by mnożyć.

Należy podkreślić, że instytuty nie tylko czerpią z dorobku światowego i z sukcesem implementują na gruncie krajowym najlepsze dokonania. Ich doskonałość badawcza przejawia się także w tym, że polska myśl naukowa, w postaci nowoczesnych rozwiązań w dziedzinie medycyny – konkretnych metod i terapii – jest rozpowszechniana i wdrażana w ośrodkach medycznych za granicą. Przykładem może być metoda leczenia częściowej głuchoty za pomocą implantów ślimakowych opracowana przez prof. Henryka Skarżyńskiego w Instytucie Fizjologii i Patologii Słuchu. Instytut odgrywa ponadto istotną rolę w kształtowaniu europejskiej

polityki zdrowotnej. – W ramach polskiej prezydencji w Unii Europejskiej udało się nawiązać bardzo dobre kontakty z organizacjami audiologów, foniatrów, okulistów, logopedów oraz terapeutów mowy i przekonać do zawarcia konsensusu naukowego dotyczącego powszechnych badań przesiewowych słuchu u dzieci w wieku przedszkolnym i szkolnym oraz do wykorzystania narzędzi e-zdrowia we wczesnym wykrywaniu wad słuchu, wzroku i mowy – podkreślał podczas Kongresu prof. K. Kochanek. Konsensus został podpisany przez przedstawicieli 27 krajów członkowskich UE. Wynikiem tej inicjatywy IFPS było przyjęcie konkluzji Rady Europy (2011/C 361/04) dotyczących wczesnego wykrywania i leczenia zaburzeń komunikacyjnych u dzieci, z uwzględnieniem narzędzi e-zdrowia i innowacyjnych rozwiązań. Konkluzje zachęcają przedstawicieli rządów w krajach członkowskich do podejmowania działań na rzecz wczesnego wykrywania i leczenia zaburzeń słuchu, wzroku i mowy u dzieci, m.in. poprzez wdrażanie programów badań przesiewowych oraz wykorzystanie możliwości, jakie dają nowoczesne technologie.

Instytuty badawcze w Polsce odpowiadają na potrzeby nie tylko ośrodków medycznych i instytucji zajmujących się ochroną zdrowia, lecz także samych pacjentów. Znamienny jest fakt, że cieszą się dużym zaufaniem społecznym. – Pacjenci chcą leczyć się w instytutach, ponieważ uważają, że tam będą mieć najlepszą opiekę pod różnymi względami – podkreśla prof. Stefan Wesołowski. Zapewnienie bezpieczeństwa zdrowotnego Polaków jest nadrzędnym celem wielu instytutów. Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego kontroluje i nadzoruje wszystkie duże zagrożenia dla zdrowia publicznego oraz intensywnie działa w obszarze zapobiegania chorobom przewlekłym. Z sukcesem zakończył program „EpiBaza – udostępnienie zasobów Ogólnopolskiego Systemu Nadzoru Epidemiologicznego i Środowiskowego nad Bezpieczeństwem Ludności", który umożliwia łatwą transmisję danych do Europejskiego Urzędu ds. Bezpieczeństwa Żywności (EFSA).

Instytuty uczestniczą w krajowych i światowych programach badawczych w zakresie potrzeb zdrowotnych i stanu zdrowia dotyczących różnych grup wiekowych – zarówno noworodków, dzieci i młodzieży (np. IMiD – program EURO-PERISTAT, program WHO – COSI), jak i osób w wieku podeszłym (Instytut Medycyny Doświadczalnej i Klinicznej PAN). Problematyka zdrowia osób pracujących leży z kolei w centrum zainteresowania i działalności Instytutu Medycyny Pracy w Łodzi, który zajmuje się szeroko pojętymi aspektami wpływu środowiska pracy i środowiska, w którym żyjemy, na zdrowie osób dorosłych, choć – zgodnie ze słowami Jolanty Walusiak-Skorupy – w Polsce monitorowanie zdrowia pracowników nie jest obowiązkowe.

Działalność instytutów medycznych aktywnie wspierają instytuty badawcze funkcjonujące. W kwietniu 2019 r. 38 instytutów badawczych połączyło się w Sieć Badawczą Łukasiewicz i tym samym stworzyło trzecią co do wielkości sieć badawczą w Europie. Jedną z najważniejszych – z perspektywy Kongresu „Zdrowie Polaków" – grup należących do tej sieci jest grupa biomedyczna, do której weszły: Instytut Biotechnologii i Antybiotyków, Instytut Farmaceutyczny w Warszawie, Instytut Technologii i Aparatury Medycznej w Zabrzu oraz Instytutu PORT z Wrocławia. – Staramy się stworzyć razem taką platformę, abyśmy stanowili pewne zaplecze i mogli państwu wychodzić naprzeciw – mówił dr n. biol. Piotr Zaleski. – Nie mając tak naprawdę bezpośrednio kontaktu z pacjentami, staramy się bardzo uważnie wsłuchać w środowiska medyczne i odpowiadać na ich potrzeby. A prof. Leszek Rafalski dodał: – Większość instytutów technicznych współpracuje z instytutami medycznymi w zakresie tworzenia nowoczesnych wyrobów, materiałów i technologii stosowanych w medycynie. Wiele z tych rozwiązań znalazło praktyczne zastosowanie w diagnostyce, leczeniu i rehabilitacji pacjentów.

Instytuty realizują wiele ważnych zadań – konkludował prof. Janusz Heitzman. – Niemal codziennie dyrektorzy instytutów otrzymują prośby z Sejmu i Senatu, aby przygotować ekspertyzy. Ministrowie nie dzwonią do uczelni medycznych ani do rektorów, ale dzwonią do instytutów. Oznacza to, że instytuty są niezbędne i potrzebne.

W zgodnej opinii uczestników debaty plenarnej „Działania instytutów medycznych wspierające zdrowie Polaków", którą prowadzili prof. H. Skarżyński i prof. J. Heitzman, obecne instytuty podległe resortowi zdrowia oraz inne prowadzące działalność naukową w zakresie medycyny to wybijające się szpitale, których obecność nie jest kwestionowana. Wypełniają ważne zadania zlecone, jak np. Instytut Medycyny Pracy w Łodzi, czy są po prostu znakomitymi szpitalami, bez których trudno byłoby sobie wyobrazić polską medycynę. Przykładem może być Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu, w którym od 17 lat wykonywanych jest najwięcej na świecie operacji poprawiających słuch i wdrażanych wiele pionierskich technologii. Podobne opinie można przytoczyć na temat prawie każdego instytutu medycznego.

Prof. Leszek Rafalski: Większość instytutów badawczych prowadzi badania w zakresie szeroko rozumianego bezpieczeństwa kraju, także związanego ze zdrowiem społeczeństwa.

Przewodniczę Radzie Głównej Instytutów Badawczych, która stanowi demokratycznie wybraną reprezentację środowiska instytutów badawczych. Rada Główna Instytutów Badawczych jest współorganizatorem Kongresu „Zdrowie Polaków" 2019, inicjatywy niezwykle ważnej dla naszego społeczeństwa.

Obecnie w Polsce działa ogółem 105 instytutów badawczych, a w tym – 15 instytutów medycznych. Większość instytutów badawczych prowadzi badania w zakresie szeroko rozumianego bezpieczeństwa kraju, także związanego ze zdrowiem społeczeństwa. W tym roku wydaliśmy publikację prezentującą dorobek instytutów badawczych w obszarze bezpieczeństwa kraju. Okazało się, że większość instytutów technicznych współpracuje z instytutami medycznymi w zakresie tworzenia nowoczesnych wyrobów, materiałów i technologii stosowanych w medycynie. Wiele z tych rozwiązań znalazło praktyczne zastosowanie w diagnostyce, leczeniu i rehabilitacji pacjentów.

Istotnym warunkiem tworzenia innowacyjnych rozwiązań jest doskonałość naukowa instytutów badawczych, ale ważna jest także umiejętność praktycznego wdrożenia wyników badań naukowych. W bieżącym roku Rada Główna Instytutów Badawczych opracowała dokument *Doskonałość wdrożeniowa*, w którym została przedstawiona koncepcja systemu skutecznego wdrażania nowych technologii. Uważam, że doskonałość naukowa i doskonałość wdrożeniowa powinny być równoważnymi warunkami rozwoju nauki, gospodarki i społeczeństwa w Polsce.

Prof. Andrzej Kawecki: Centrum Onkologii, obecnie Narodowy Instytut Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie – Państwowy Instytut Badawczy, jako ośrodek o najwyższym stopniu referencyjności, realizuje pełny zakres świadczeń onkologicznych, w tym również specyficzne procedury chirurgii narządowej i rekonstrukcyjnej.

Centrum Onkologii, czyli obecnie Narodowy Instytut Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie – Państwowy Instytut Badawczy z siedzibą w Warszawie i oddziałami w Gliwicach i Krakowie, jest największym szpitalem onkologicznym w Polsce i jednym z największych w Europie. Instytut jako ośrodek o najwyższym stopniu referencyjności realizuje pełny zakres świadczeń onkologicznych, w tym również specyficzne procedury chirurgii narządowej i rekonstrukcyjnej. Liczba łóżek szpitalnych wynosi ok. 1400, rocznie hospitalizowanych jest ok. 150 tys. pacjentów, a ok. 120 tys. leczonych jest ambulatoryjnie, przy czym ok. 50 tys. stanowią chorzy nowo przyjęci. Liczba wizyt kontrolnych to ok. 620 tys. rocznie. Leczeniem objęci są pacjenci z całego kraju. NIO prowadzi aktywną działalność naukową, czego wyrazem jest m.in. bieżąca realizacja 220 kontrolowanych badań klinicznych. Ponadto Instytut od początku swojej działalności realizuje cały szereg zadań ogólnokrajowych, co stanowiło podstawę do przekształcenia jednostki w instytut narodowy, z finansowaniem zadań krajowych z budżetu centralnego.

Do zasadniczych zadań Instytutu należy: koordynacja realizacji i monitorowanie wdrażania Narodowej Strategii Onkologicznej, tworzenie standardów i wytycznych postępowania diagnostyczno-terapeutycznego we współdziałaniu z towarzystwami naukowymi i ośrodkami akademickimi, współpraca z Centrum Medycznym Kształcenia Podyplomowego (CMKP) oraz towarzystwami naukowymi i konsultantami krajowymi w zakresie optymalizacji szkolenia podyplomowego i specjalizacji, wraz z nadzorowaniem efektów szkolenia, a także współpraca analityczna z Agencją Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w zakresie wyceny świadczeń onkologicznych. Do podstawowych zadań NIO należy również: kontynuacja i rozwijanie zadań z zakresu epidemiologii, w tym inicjowanie i prowadzenie programów profilaktyki pierwotnej nowotworów, inicjowanie i realizacja programów profilaktyki wtórnej oraz prowadzenie centralnego ośrodka koordynującego badania przesiewowe

w onkologii, a także – krytycznie ważne – prowadzenie Krajowego Rejestru Nowotworów (KRN). Istotną składową tego ostatniego zadania jest budowa nowoczesnej platformy gromadzenia i analizy danych z KRN oraz onkologicznych rejestrów narządowych, zintegrowanej z bazami świadczeniodawców leczących chorych na nowotwory, czyli e-KRN+. Zadaniem Instytutu jest także inicjowanie i rozwijanie działalności oraz współpracy naukowej w dziedzinie onkologii, w tym w wymiarze międzynarodowym.

Nadrzędnym celem końcowym wymienionych działań realizowanych obecnie przez NIO jest zmniejszenie umieralności z powodu chorób nowotworowych oraz zapewnienie osobom wyleczonym jak najlepszej jakości życia. Uwzględniając prognozy epidemiologiczne, działania te należy uznać za krytycznie ważne dla szeroko pojętego zdrowia Polaków.

Dr n. biol. Piotr Zaleski: Pracujemy nad innowacyjnymi technologiami. W Instytucie Biotechnologii i Antybiotyków opracowano technologię rekombinowanej insuliny ludzkiej, która jest w tej chwili dostępna na rynku. Instytut jest również wytwórcą w świetle prawa farmaceutycznego leku hematoonkologicznego. Jako polscy naukowcy odpowiadamy na potrzeby polskich pacjentów.

Instytut Biotechnologii i Antybiotyków w Warszawie należy obecnie do Sieci Badawczej Łukasiewicz. W kwietniu 2019 r. 38 instytutów badawczych połączyło się w Sieć Badawczą Łukasiewicz, co stanowi dużą zmianę na mapie instytutów badawczych w Polsce. W tej sieci badawczej zgrupowaliśmy się w 6 grup roboczych, ponieważ chcielibyśmy stworzyć jak najlepsze możliwości prezentowania naszych zdolności i potencjału. Są to grupy od inżynierii materiałowej poprzez teleinformatykę po jedną z najważniejszych – z perspektywy tego Kongresu – grupę biomedyczną. Biomedycyna skupiła cztery instytuty: Instytut Biotechnologii i Antybiotyków, Instytut Farmaceutyczny w Warszawie, Instytut Technologii i Aparatury Medycznej w Zabrzu oraz Instytut PORT z Wrocławia. Staramy się stworzyć razem taką platformę, abyśmy stanowili pewne zaplecze i mogli państwu wychodzić naprzeciw. Nie mając tak naprawdę bezpośrednio kontaktu z pacjentami, staramy się bardzo uważnie wsłuchać w środowiska medyczne. Staramy się odpowiadać na państwa potrzeby. I tak na przykład Sieć Badawcza Łukasiewicz – Instytut Biotechnologii i Antybiotyków, w zasadzie od wielu lat wpisuje się w taką mapę medycyny w Polsce w ten sposób, że prowadzi bardzo wiele oznaczeń analitycznych dla leków. Staramy się prowadzić badania, które mają na celu wskazanie bezpieczeństwa leków i ich stabilności. Współpracujemy bardzo ściśle z przemysłem farmaceutycznym, ale również warto powiedzieć, że staramy się rozwijać innowacyjne technologie. Pracujemy nad innowacyjnymi technologiami – w naszym Instytucie opracowano technologię rekombinowanej insuliny ludzkiej, która jest w tej chwili dostępna na rynku. Instytut jest również wytwórcą w świetle prawa farmaceutycznego leku hematoonkologicznego. Jako polscy naukowcy odpowiadamy na potrzeby polskich pacjentów.

Prof. Tomasz Hryniewiecki: Od lat jesteśmy jednym z najważniejszych ośrodków w zakresie kardiologii i kardiochirurgii w Polsce. Instytut Kardiologii jest doceniany i jesteśmy w dobrej sytuacji finansowej.

Instytut Kardiologii im. Prymasa Tysiąclecia Stefana Kardynała Wyszyńskiego to obecnie Narodowy Instytut Kardiologii Stefana kardynała Wyszyńskiego – Państwowy Instytut Badawczy. Instytut jest doceniany i jesteśmy w dobrej sytuacji finansowej. Nie jesteśmy zadłużeni pomimo sporych inwestycji, które prowadzimy od paru lat w różnych obszarach. Od lat jesteśmy jednym z najważniejszych ośrodków w zakresie kardiologii i kardiochirurgii w Polsce. Świadczymy pełny zakres leczenia dla pacjentów z chorobami układu krążenia, począwszy od leczenia farmakologicznego, innowacyjnego, po leczenie kardiochirurgiczne, z transplantacją serca włącznie. Wykonujemy

również od paru lat nowość, jaką jest transplantacja wielonarządowa, a więc serce – wątroba i serce – nerki. Podsumowując, Instytut spełnia swoją funkcję w zakresie lecznictwa.

Jesteśmy również instytutem badawczym. W tej chwili mamy najwyższą kategorię A+. Utrzymujemy kontakt z najlepszymi ośrodkami na świecie. Przykładem jest porozumienie z narodowymi instytutami zdrowia w Stanach Zjednoczonych, m.in. z Narodowym Instytutem Serca, Płuc i Krwi (NHLBI), z którym prowadzimy wspólne badania. Jesteśmy przykładem dobrze funkcjonującego i docenianego instytutu.

Najczęstszymi przyczynami zgonów w Polsce są schorzenia kardiologiczne i onkologiczne. Prawie 50 proc. zgonów jest na tle kardiologicznym, więc te przyczyny w dalszym ciągu znajdują się na pierwszym miejscu. W związku z tym priorytet jest określany również na poziomie rządowym. Efektem położonych akcentów ze strony rządowej jest przekształcenie Instytutu w państwowy instytut badawczy.

Dr hab. Anna Fijałkowska: W Instytucie Matki i Dziecka badamy wszystkie noworodki urodzone w Polsce w kierunku 29 wrodzonych chorób. Pozwala to na przykład, aby dzieci z fenyloketonurią były na odpowiedniej diecie i aby w związku z tym nie tylko nie chorowały, lecz także nie stanowiły zdrowotnego i finansowego obciążenia dla systemu.

Instytut Matki i Dziecka wdraża wyniki badań naukowych – 80 proc. badań prenatalnych wykonywanych w zakładzie genetyki medycznej IMiD jest przykładem praktycznego wykorzystania wyników badań przeprowadzonych kilkanaście lat temu w tym zakładzie. Do programu badań przesiewowych noworodków wykonywanych w Instytucie Matki i Dziecka wdrażane są najnowocześniejsze osiągnięcia w zakresie proteomiki, metabolomiki, genomiki. U ponad 350 tys. noworodków urodzonych w Polsce przeprowadza się badania z kropli krwi w kierunku chorób wrodzonych. Obecnie, po 30 latach rozwoju tego programu w Instytucie Matki i Dziecka, badamy wszystkie noworodki w kierunku 29 wrodzonych chorób. Umożliwia to wyodrębnienie noworodków na przykład z fenyloketonurią, w przypadku której zastosowanie odpowiedniej diety zapobiega chorobom i tym samym sprawia, że pacjenci z tym schorzeniem nie są zdrowotnym i finansowym obciążeniem dla systemu. W ubiegłym roku u ponad 430 dzieci zidentyfikowano jakiś defekt, najczęściej genetyczny, który prowadzi do jednej z tych 29 chorób.

W obszarze zdrowia publicznego prowadzimy badania i obserwacje dotyczące już praktycznie całej perinatologii w ramach europejskiego programu EURO-PERISTAT. Dzięki temu wiemy na przykład, ile cięć cesarskich wykonuje się w Polsce. Jednym z najważniejszych obszarów naszych działań są badania dotyczące otyłości i zachowań zdrowotnych dzieci i młodzieży. Uczestniczymy też w dwóch dużych programach Światowej Organizacji Zdrowia dotyczących dzieci w wieku szkolnym (młodszych i nastolatków). COSI jest największym projektem WHO prowadzonym u dzieci w pierwszych latach szkoły podstawowej. Polska uczestniczy w drugiej edycji tego programu, prowadzonego co 2 lata głównie w Europie. Obecnie uczestniczy w nim ponad 40 krajów. Z badań z 2016 r. wiemy, że jesteśmy niechlubnym liderem naszego regionu europejskiego. W 2018 r. wzrosła częstość występowania nadwagi i otyłości u ośmiolatków, zwłaszcza wśród chłopców. W ramach projektu COSI w Instytucie jako jedyni na świecie mierzymy u dzieci także ciśnienie tętnicze i dane są niepokojące.

Drugi projekt WHO dotyczy nastolatków (11-, 13- i 15-latków) – badania są prowadzone co 4 lata w prawie 50 krajach na całym świecie. W IMiD program ten jest prowadzony już od ponad 30 lat. Oceniamy częstość nadwagi i otyłości, a także zachowania zdrowotne dzieci. Z badań tych wynika, że u polskich nastolatków, a zwłaszcza nastolatek, nie ma problemu nadwagi i otyłości. Należy to podkreślić: mamy nadwagę i otyłość u dorosłych i u małych dzieci, ale nie u 15-letnich dziewcząt – mniej niż 10 proc. z nich ma nadwagę i otyłość. Jeżeli więc podajemy informacje, że nastolatki są otyłe, to powodujemy, że ponad 60 proc. z nich postrzega siebie jako osoby otyłe. W efekcie połowa dziewcząt z niedowagą podejmuje próby odchudzania. Dlatego zwracam się z apelem – pamiętajmy, żeby różnicować przekaz w zależności od grupy

wiekowej. W IMiD staramy się wyciągać wnioski z projektów i obserwacji, by w ramach Narodowego Programu Zdrowia prowadzić programy, które byłyby jednocześnie i edukacyjne, i interwencyjne.

Prof. Krzysztof Kochanek: Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu jest unikalną placówką zarówno w kraju, jak i za granicą. Jesteśmy w czołówce tych światowych ośrodków, które w sposób kompleksowy zajmują się pacjentami z zaburzeniami głosu, słuchu i komunikacji oraz prowadzą szeroką działalność naukową, dydaktyczną i wysokospecjalistyczną kliniczną, a także wdrożeniową w tych wszystkich obszarach.

Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu jest najmłodszym instytutem medycznym. Powstał 24 lata temu jako odpowiedź na zapotrzebowanie społeczne i w ramach realizacji polityki zdrowotnej. Instytut obejmuje kompleksową opieką pacjentów z zaburzeniami słuchu, głosu i komunikacji językowej. Obszary działalności Instytutu Fizjologii i Patologii Słuchu są nakreślone w statucie. Jest to kontynuacja pewnej misji, którą przed 25 laty nakreślił nam pomysłodawca i organizator Instytutu – prof. H. Skarżyński. Nasza działalność naukowa, dydaktyczna, kliniczna i wdrożeniowa obejmuje wszystkie działania, które są niezbędne, aby zaopatrzyć pacjenta w sposób kompleksowy. Instytut jest unikalną placówką zarówno w kraju, jak i za granicą. Jesteśmy w czołówce światowych ośrodków, które w sposób kompleksowy zajmują się pacjentami z zaburzeniami głosu, słuchu i komunikacji oraz prowadzą szeroką działalność naukową, dydaktyczną i wysokospecjalistyczną kliniczną, a także wdrożeniową w tych wszystkich obszarach. W Instytucie jest zatrudnionych ponad 500 osób, co plasuje IFPS w gronie największych tego typu placówek na świecie. Wykonujemy rocznie około 20 tys. procedur chirurgicznych, ambulatoryjnie leczonych jest ponad 200 tys. pacjentów rocznie. Jesteśmy jednym z trzech najważniejszych ośrodków na świecie w dziedzinie implantologii.

Od wielu lat we współpracy z instytutami zagranicznymi prowadzimy szereg specjalistycznych programów klinicznych, dzięki czemu wdrażamy najnowocześniejsze technologie. Bardzo często polscy pacjenci jako pierwsi na świecie otrzymują ofertę leczenia uwzględniającego nowoczesne technologie. Stanowi to świadectwo, że w Instytucie zatrudniona jest kadra wysokospecjalistyczna, która gwarantuje odpowiedni transfer technologii do praktyki klinicznej. W każdym z obszarów działalności rozwijamy własne procedury skriningowe, terapeutyczne, diagnostyczne i następnie je wdrażamy do praktyki klinicznej. Mamy pewne produkty sztandarowe, m.in. leczenie pacjentów z częściową głuchotą za pomocą implantów ślimakowych. To jest produkt polski, wizytówka polskiej medycyny. Należy podkreślić, że IFPS jest pionierskim ośrodkiem, w którym tę metodę opracowano i wdrożono do praktyki klinicznej, a następnie zaczęto upowszechniać na całym świecie.

W IFPS były tworzone podwaliny polskiego programu badań przesiewowych noworodków w zakresie skriningu słuchowego. Dzięki staraniom Instytutu doszło do podpisania konsensusu europejskiego w 1998 r. dotyczącego badań przesiewowych słuchu noworodków. Należy podkreślić, że to była m.in. polska inicjatywa, inicjatywa IFPS. Z kolei w ramach polskiej prezydencji w UE udało się nam namówić naszych kolegów z Europy do zawarcia konsensusu naukowego, który został podpisany w Warszawie, dotyczącego wczesnego wykrywania zaburzeń słuchu i głosu oraz zaburzeń komunikacyjnych u dzieci w wieku przedszkolnym i szkolnym również za pomocą metod e-zdrowia. Wynikiem inicjatywy i działań Instytutu było także podpisanie konkluzji Rady Europy, które zachęcają kraje europejskie do wdrażania tego typu programów do praktyki klinicznej. W Instytucie te działania są codziennością, mimo że nie są finansowane ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia. Misję tę realizujemy podczas realizacji naszych własnych programów. W ciągu ostatnich 10 lat przesiewowymi badaniami słuchu objęliśmy prawie 1,5 mln dzieci w wieku szkolnym, więc to jest konkretny efekt naszej działalności upowszechniającej profilaktykę wad słuchu.

Działalność naukowa IFPS koncentruje się przede wszystkim na projektach utylitarnych, które kończą się wdrożeniem konkretnych procedur terapeutycznych, diagnostycznych i skriningowych.

Niezwykle ważnym aspektem działalności Instytutu jest edukacja. Realizujemy określone programy edukacyjne i prowadzimy działalność edukacyjną na poziomie przeddyplomowym i podyplomowym. Ponadto mamy własną szkołę audiologii, która kształci protetyków słuchu. Oprócz tego wspólnie z Uniwersytetem Marii Curie-Skłodowskiej utworzyliśmy unikalny kierunek studiów „Logopedia i audiologia". Absolwenci szkoły oraz tego kierunku zasilają kadry Instytutu. IFPS realizuje wiele kursów kształcenia ustawicznego, kształcenia specjalistycznego, podyplomowego, podczas których upowszechniane są naukowe i kliniczne osiągnięcia Instytutu. W ciągu roku w kursach tych uczestniczy kilkaset osób.

Prof. Jolanta Walusiak-Skorupa: Instytut Medycyny Pracy (IMP) im. prof. Jerzego Nofera w Łodzi jest jedyną w kraju i jedną z niewielu w Europie placówką naukowo-badawczą zajmującą się problematyką zdrowia osób pracujących, również w szerokim ujęciu środowiskowym. Misją Instytutu Medycyny Pracy jest systematyczna poprawa warunków pracy, życia i nauki w celu rozwijania i wzmacniania potencjału zdrowia społeczeństwa, a w szczególności osób pracujących, oraz ograniczanie negatywnych skutków zdrowotnych wynikających z ekspozycji na czynniki szkodliwe i uciążliwe.

Swoje zadania na rzecz zdrowia Polaków IMP realizuje poprzez:

1. Prowadzenie wysokiej jakości badań naukowych identyfikujących zagrożenia dla zdrowia pracujących, zdrowia populacyjnego i funkcjonowania w kluczowych sferach życia człowieka oraz czynniki sprzyjające zachowaniu zdrowia i zdolności do pracy.
2. Podejmowanie działań ukierunkowanych na poprawę stanu zdrowia społeczeństwa, w szczególności w odniesieniu do osób pracujących, edukację na rzecz zdrowia oraz działalność leczniczą i usługową. Realizując swoje działania, IMP aktywnie przyczynia się do rozwoju zdrowia publicznego oraz do inteligentnego i zrównoważonego rozwoju gospodarczego. Uwzględniając ciągły postęp i rozwój nauki, technologii, procesów produkcyjnych, zmian środowiskowych, Instytut podąża za nowymi wyzwaniami w obszarze zdrowia pracujących i zdrowia środowiskowego oraz tworzy standardy dla ochrony zdrowia.
3. Tworzenie platformy między nauką i polityką zdrowotną obejmującej aktualne problemy w zakresie oceny ryzyka wystąpienia skutków zdrowotnych związanych z narażeniem na szkodliwe czynniki środowiskowe i zawodowe, co pozwala na podejmowanie odpowiednich decyzji dotyczących ochrony zdrowia.

Instytut stanowi zaplecze naukowo-badawcze Ministra Zdrowia, a także sprawuje funkcje doradcze oraz przygotowuje ekspertyzy zarówno dla Ministerstwa Zdrowia, Głównego Inspektoratu Sanitarnego, jak i innych jednostek administracji państwowej, związków zawodowych oraz przedsiębiorstw na terenie całego kraju. Instytut współpracuje z wieloma ośrodkami i instytucjami naukowymi w kraju i za granicą, jest ośrodkiem współpracującym ze Światową Organizacją Zdrowia oraz posiada kategorię naukową A+ nadaną przez Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego na podstawie kompleksowej oceny działalności naukowej.

Do najważniejszych wyzwań w obszarze ochrony zdrowia środowiskowego i zawodowego należy zaliczyć:

1. Zjawisko starzenia się społeczeństwa, co wiąże się z koniecznością wydłużenia okresu aktywności zawodowej i pozazawodowej, przekładające się na potencjalne wyzwania postawione przed systemami ochrony zdrowia, w tym również ochrony zdrowia pracujących. W tym obszarze konieczne jest ustanowienie wspólnie z Ministerstwem Zdrowia oraz Ministerstwem Pracy i Rodziny programu celowego zmierzającego do reorganizacji sytemu ochrony zdrowia pracujących w kierunku wzmocnienia działań profilaktycznych nastawionych nie tylko na ograniczenie ryzyka występowania chorób zawodowych, lecz także chorób związanych z pracą oraz chorób cywilizacyjnych, z uwzględnieniem działań na rzecz ochrony zdrowia psychicznego.

2. Zmiany na rynku pracy wynikające z postępu technologicznego przyczyniają się do powstawania nowych zawodów i nowych form zatrudnienia, które w swej charakterystyce wykraczają poza klasycznie rozumiane stosunki pracy, organizację i środowisko pracy, a co za tym idzie – redefiniują odpowiedzialność pracodawcy za zdrowe i higieniczne warunki pracy. Taka sytuacja wymaga tworzenia nowych rozwiązań w zakresie ochrony zdrowia pracujących i opisania nieznanych dotąd czynników ryzyka wynikających z wykonywanej pracy.
3. Zmieniające się środowiskowe i społeczno-kulturowe determinanty zdrowia, z uwzględnieniem zdrowia osób pracujących (w tym dietą niesprzyjającą zdrowiu, brakiem aktywności fizycznej, nałogiem palenia tytoniu, nadmiernym spożywaniem alkoholu i nowymi formami ekspozycji zawodowej i środowiskowej), wymagają w tym zakresie stałej analizy i badań wpływu zmieniającego się środowiska, stylu życia i warunków pracy na zdrowie człowieka, zarówno w badaniach in vitro, na zwierzętach i badaniach populacyjnych. Konieczne jest wykorzystywanie uzyskiwanych wyników do opracowywania działań profilaktycznych mających na celu poprawę zdrowia populacji.
4. Utrzymanie dobrego zdrowia psychicznego przy wzrastającej ilości uzależnień, m.in. od substancji psychoaktywnych, nowych technologii czy pracy. Ponieważ stan psychiczny ma znaczący wpływ na zdolność do wykonywania pracy i wypadkowość, celem Instytutu jest promowanie wśród pracujących i pracodawców działań ograniczających wpływ psychospołecznych warunków pracy na zdrowie psychiczne poprzez szkolenia, akcje edukacyjne i realizację programów promocji zdrowia psychicznego w miejscu pracy.
5. Kluczowe znaczenie ma również równowaga między życiem osobistym i zawodowym oraz wypracowywanie zasad polityki ochrony zdrowia pracowników, które uwzględniałyby systematyczne wdrażanie idei promocji zdrowia w miejscu pracy i obejmowałyby nowe formy pracy (np. telemarketing) oraz zagrożenia (tj. stres w pracy, prezentyzm, nielimitowane godziny pracy czy automatyzacja).

Zakres działań Instytutu obejmuje:

- identyfikację czynników zawodowych i środowiskowych wpływających na zdrowie, z uwzględnieniem indywidualnej wrażliwości;
- opracowywanie i wdrażanie opartych na faktach programów profilaktycznych oraz wzmacnianie roli i znaczenia tych programów jako istotnego narzędzia ochrony zdrowia populacyjnego;
- wzmacnianie świadomości zdrowotnej poprzez promocję zdrowego i aktywnego stylu życia i popularyzację wiedzy o czynnikach związanych ze zdrowiem;
- opracowywanie strategii umożliwiającej lepsze wykorzystanie potencjału pracy osób z ograniczeniami zdrowotnymi i/lub niepełnosprawnością;
- diagnostykę, leczenie i rehabilitację schorzeń związanych z ekspozycją środowiskową i zawodową;
- wysokospecjalistyczne szkolenia kadry służby medycyny pracy;
- rozwijanie zaangażowania kadry menadżerskiej przedsiębiorstw w działania na rzecz podtrzymania zdrowia i zdolności do pracy w ramach filozofii społecznie odpowiedzialnego biznesu.

Instytut Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera jest także wiodącym w kraju ośrodkiem szkolenia kadr specjalistów zdrowia publicznego, zdrowia środowiskowego oraz medycyny pracy. Angażuje się w działalność szkoleniową dla wszystkich pracujących profesjonalistów ochrony zdrowia, do których należą: lekarze medycyny pracy, pielęgniarki, psychologowie, pracownicy PIP, PIS, WSSE i laboratoriów zakładowych, a także pracownicy BHP i pracodawcy.

Organizowane w IMP szkolenia, warsztaty i programy edukacyjne obejmują upowszechnianie wiedzy na temat zagrożeń zdrowotnych związanych z narażeniem na czynniki szkodliwe i uciążliwe występujące w środowisku życia i pracy człowieka. Główna tematyka szkoleń związana jest z: szeroko pojętą promocją zdrowia, właściwą oceną ryzyka po wprowadzeniu standardów Unii Europejskiej, redukcją stresu w miejscu pracy, profilaktyką chorób skóry, chorób alergicznych układu oddechowego, zaburzeń słuchu i głosu, chorób zakaźnych i układu krążenia oraz zagrożeń psychospołecznych. Prowadzona jest także promocja zdrowia wśród

pracowników celem eliminacji potencjalnych zagrożeń.

IMP prowadzi działalność kliniczną, która obejmuje świadczenia w zakresie orzecznictwa dotyczącego chorób zawodowych, zdolności do pracy, zdolności do kierowania pojazdami oraz posługiwania się bronią, diagnostyki i leczenia ostrych zatruć oraz diagnostyki i rehabilitacji zaburzeń słuchu i głosu. Jednym z najistotniejszych zadań klinicznych IMP jest realizacja nowoczesnej opieki profilaktycznej dla pracujących i współdziałanie z Polskim Towarzystwem Medycyny Pracy i konsultantem krajowym w dziedzinie medycyny pracy w ramach tworzenia nowoczesnego systemu ochrony zdrowia pracujących oraz aktualizacji aktów prawnych. Ponadto nie mniej istotne jest stałe doskonalenie nowoczesnej diagnostyki chorób związanych z pracą i prowadzenie badań naukowych w obszarze zdrowia pracujących i chorób związanych z pracą.

Dr hab. Stefan Wesołowski, prof. IGiChP: Wiele chorób płuc wymaga bardzo specjalistycznego podejścia i doświadczenia w zakresie diagnostyki i leczenia. Ustalenie właściwego, precyzyjnego rozpoznania jest możliwe w ośrodku mającym duże doświadczenie w wykonywaniu badań radiologicznych klatki piersiowej, badań czynnościowych płuc i badań patomorfologicznych. Nieodzowny jest interdyscyplinarny zespół specjalistów radiologów, patofizjologów, patomorfologów i klinicystów potrafiący właściwie zinterpretować przeprowadzone badania i podjąć decyzje terapeutyczne. Takich ośrodków w Polsce jest niewiele. Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc jest przodującym ośrodkiem w zakresie diagnostyki i leczenia chorób płuc, zwłaszcza chorób śródmiąższowych płuc. IGiChP opiekuje się największą w Polsce grupą chorych objętych programem leczenia samoistnego włóknienia płuc. Pacjenci nie chcą leczyć się w innych ośrodkach, bo wiedzą, że właśnie IGiChP zapewni im najbardziej profesjonalną opiekę.

Zajmujemy się zadaniami, do których Instytut został powołany, czyli chorobami płuc trudnymi do zdiagnozowania i leczenia. Taką grupą chorób są choroby śródmiąższowe płuc, które od wielu lat stanowią specjalny zakres działalności Instytutu. Nie ma w Polsce drugiego ośrodka z kadrą lekarską o takiej wiedzy i doświadczeniu w dziedzinie chorób śródmiąższowych płuc, zwłaszcza samoistnego włóknienia płuc, sarkoidozy czy rzadkich chorób płuc. Z epidemiologicznego punktu widzenia nie są to choroby częste, ale są bardzo ważne dla pacjentów, którzy zapadają na te choroby. W ośrodkach o mniejszym doświadczeniu pacjenci natrafiają na duże trudności z ustaleniem właściwego rozpoznania i leczenia. Wizytówką Instytutu jest program lekowy leczenia samoistnego włóknienia płuc. Instytut ma największą w Polsce grupę chorych objętych tym programem. Nadal przybywają nowi pacjenci, którzy nie chcą leczyć się w innych ośrodkach, tylko właśnie w Instytucie, bo wiedzą, że tu zapewni się im najbardziej profesjonalną opiekę. Lekarze Instytutu nie tylko diagnozują i leczą pacjentów z chorobami śródmiąższowymi, lecz także prowadzą szeroką działalność edukacyjną w tym zakresie na licznych kursach i konferencjach naukowych.

Drugim istotnym elementem naszej działalności jest onkologia. Rak płuca jest jednym z najczęstszych w Polsce nowotworów o bardzo złym rokowaniu. Klinika Chirurgii Klatki Piersiowej w Instytucie jest największym ośrodkiem torakochirurgicznym w Polsce, gdzie wykonuje się największą liczbę operacji u chorych na raka płuca. Mimo pojawienia się nowych leków do leczenia raka płuca to zabieg operacyjny pozostaje najlepszą opcją terapeutyczną, dającą pacjentom największe szanse na trwałe wyleczenie. Duże nadzieje wiążemy z planowanym powstaniem Lung Cancer Unit, czyli specjalistycznej jednostki zajmującej się kompleksowo diagnostyką i leczeniem raka płuca. Wydaje się to bardzo dobrą koncepcją, żeby powstały ośrodki specjalizujące się w poszczególnych rodzajach nowotworów narządowych, w naszym przypadku – raka płuca.

W powszechnej opinii Instytut jest postrzegany jako szpital o najwyższym poziomie referencyjności

w zakresie chorób płuc, podobnie jak inne instytuty w swoich zakresach działalności. Nie ma jednak przepisów prawnych przyznających instytutom wysoki stopień referencyjności, a byłoby to bardzo wskazane dla pełnienia przez nie przypisanej im funkcji wysokospecjalistycznych ośrodków diagnostycznych, leczniczych, edukacyjnych i naukowych.

Działalność naukowa jest trzecim bardzo ważnym obszarem aktywności Instytutu. W Instytucie prowadzone są badania dotyczące naszego głównego obszaru zainteresowań, jakim są choroby śródmiąższowe płuc, ale także chorób obturacyjnych płuc, onkologii, epidemiologii i mikrobiologii gruźlicy. W Instytucie znajduje się centralne laboratorium prątka, główne laboratorium mikrobiologiczne zajmujące się gruźlicą, chorobami wywołanymi przez prątki niegruźlicze i diagnostyką mikrobiologiczną w tym zakresie, a w Zakładzie Epidemiologii prowadzony jest krajowy rejestr zachorowań na gruźlicę w Polsce.

Prof. Leonora Bużańska: Instytut Medycyny Doświadczalnej i Klinicznej im. M. Mossakowskiego PAN łączy interdyscyplinarne badania podstawowe z badaniami klinicznymi w dziedzinie medycyny regeneracyjnej, onkologii oraz leczeniu schorzeń związanych ze starzeniem i występowaniem chorób rzadkich.

Pracownicy Instytutu Medycyny Doświadczalnej i Klinicznej im. M. Mossakowskiego PAN (IMDiK PAN) szukają odpowiedzi na kluczowe pytania stojące przed współczesną medycyną w zakresie leczenia chorób cywilizacyjnych i genetycznie uwarunkowanych chorób rzadkich. IMDiK łączy interdyscyplinarne badania podstawowe z badaniami klinicznymi i w tym kontekście jest unikatowym instytutem wśród instytutów Polskiej Akademii Nauk. Badania prowadzone w IMDiK obejmują różne poziomy zaawansowania technologicznego: badania podstawowe, prowadzone w laboratoriach, przy użyciu modeli komórkowych i zwierzęcych, oraz badania translacyjne, wykorzystujące wyniki badań podstawowych prowadzone przez zespoły kliniczno-badawcze oraz platformy: Platformę Badań Translacyjnych w zakresie medycyny regeneracyjnej i nowo utworzoną Platformę Badań Chorób Rzadkich. Wśród badań realizowanych w Instytucie znajdują się najważniejsze aspekty zdrowotne, z którymi zmaga się polskie społeczeństwo, między innymi:

1. **Zdrowe starzenie i długowieczność.** Obszar ten obejmuje badania nad długowiecznością oraz prewencją otyłości i cukrzycy typu 2. W Biobanku (banku materiału biologicznego) IMDiK PAN został zebrany i zdeponowany materiał genetyczny pobrany od seniorów i osób z cukrzycą w ramach kilku projektów realizowanych we współpracy z innymi jednostkami. Umożliwi to lepsze poznanie różnych aspektów starzenia się i otyłości, co ma istotne znaczenie dla poprawy jakości życia społeczeństwa.
2. **Aktywność ruchowa w prewencji i rehabilitacji chorób związanych z wiekiem.** Badania w tym obszarze to między innymi regulacja różnych procesów fizjologicznych poprawiających kondycję fizyczną osób obciążonych chorobami cywilizacyjnymi oraz w podeszłym wieku.
3. **Diagnostyka nowotworów w obszarze badań neuropatologicznych i neurogenetycznych oraz opracowywanie terapii przeciwnowotworowych.** W Instytucie powstały ostatnio dwie nowe pracownie realizujące projekty badawcze w tym obszarze, m.in. „Proteasom in cancer" finansowany w ramach Programu Horyzont 2020. IMDiK PAN posiada także akredytację do prowadzenia specjalizacji w dziedzinie neuropatologii i staży kierunkowych dla lekarzy odbywających szkolenie specjalizacyjne.
4. **Medycyna regeneracyjna z zastosowaniem komórek macierzystych.** Badania w tym obszarze prowadzone są na poziomie badań podstawowych, przedklinicznych i klinicznych. Celem tych badań jest poznanie patogenezy różnych chorób, a następnie opracowanie metod terapeutycznych z wykorzystaniem ludzkich komórek macierzystych. Bezpieczeństwo i skuteczność opracowanych terapii weryfikowana jest w warunkach badań przedklinicznych i klinicznych.
5. **Badania w obszarze chorób rzadkich: nerwowo-mięśniowych oraz zespołów otępiennych** są prowadzone w celu lepszego poznania patomechanizmu i korelacji genotypowo-fenotypowej nieuleczalnych schorzeń genetycznych. Obecnie

badania te są koordynowane przez Platformę Badań Chorób Rzadkich, która dzięki wieloletniemu doświadczeniu i ekspertyzie lekarzy i badaczy IMDiK PAN jest unikatową i referencyjną jednostką w skali kraju. Dzięki tej inicjatywie możliwe będzie opracowanie standardów i wykonywanie badań diagnostycznych w tym obszarze.

Lepsze poznanie podłoża różnych chorób i możliwość wykorzystania wyników badań podstawowych w praktyce klinicznej powoduje, że IMDIK jest niekwestionowanym liderem przyczyniającym się do poprawy zdrowia Polaków.

Dr n. med. Marek Migdał: W niektórych obszarach jesteśmy jedynym szpitalem w Polsce, który prowadzi określone świadczenia medyczne. Dobrym przykładem jest transplantologia w zakresie przeszczepów wątroby i nerek – nasze doświadczenie w transplantologii dziecięcej jest jedno z największych nie tylko w Europie, lecz także na świecie.

Rola Instytutu – Pomnik Centrum Zdrowia Dziecka w systemie ochrony zdrowia w Polsce jest niezwykle ważna. Zgodnie z ustawą instytuty mają prowadzić działalność naukową – to jest nasza działalność statutowa. IPCZD, obok Instytutu Kardiologii, jest drugim instytutem w Polsce posiadającym najwyższą kategorię naukową A+. A jak to się przekłada na budżet? Subwencja Ministerstwa Nauki dla najwyżej ocenianych instytutów w Polsce stanowi mniej niż 5 proc. naszego rocznego budżetu. Jesteśmy wysokospecjalistycznym szpitalem, rocznie leczymy stacjonarnie przeszło 80 tys. dzieci, a w poradniach – 250 tys. dzieci. Przeszło 50 proc. pacjentów to osoby spoza Mazowsza. Jesteśmy szpitalem trzeciego poziomu referencyjnego, w niektórych obszarach jesteśmy jedynym szpitalem w Polsce, który oferuje określone świadczenia medyczne. Dobrym przykładem jest transplantologia w zakresie przeszczepów wątroby i nerek. Dzięki temu, że leczymy pacjentów z całej polskiej populacji pediatrycznej, nasze doświadczenie w transplantologii dziecięcej jest jedno z największych nie tylko w Europie, lecz także na świecie. Przeszczepy nerek zostały zapoczątkowane w 1986 r., od tego czasu mamy ponad 1 tys. pacjentów z przeszczepem zoperowanych w jednym ośrodku. Nasz zespół uczył się transplantologii w Los Angeles. W tej chwili pacjentów zarejestrowanych w Instytucie jest więcej niż w Los Angeles. Pierwszy przeszczep wątroby w Polsce odbył się w naszym szpitalu w 1991 r., do tej pory wykonaliśmy zabiegi u ponad 850 dzieci. To jest ta wiedza i doświadczenie, które powodują, że świadczymy usługi na najwyższym poziomie. Niestety stoi to w sprzeczności z zasadą finansowania instytutów. Finansowani jesteśmy tak, jak każdy szpital w Polsce, zgodnie z jednorodną grupą pacjentów. Z jednej strony mamy olbrzymie zadania lecznicze, prowadzimy naukę i edukację, ale w przeciwieństwie do innych, ponieważ pokrywamy pełen obszar pediatrii, z wyjątkiem hematologii i ortopedii, to nasze zadłużenie niestety cały czas rośnie, bo środki przeznaczone na wysokospecjalistyczną pediatrię są niewystarczające.

Dr n. farm. Anna Kowalczuk: Narodowy Instytut Leków jest narodowym laboratorium kontroli jakości produktów leczniczych, wyrobów medycznych i produktów biobójczych. Misją NIL jest troska o najlepszą jakość leków.

Naszym podstawowym zadaniem jest działalność kontrolna. NIL to Narodowe Laboratorium Kontroli Jakości Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych. W Unii Europejskiej i poza nią każde państwo ma co najmniej jedno takie laboratorium, do którego spływają leki będące w obrocie w danym kraju i które odpowiada za sprawdzenie jakości tych produktów leczniczych. Dotyczy to zarówno sprzedaży aptecznej, jak i leków kierowanych do NIL przez prokuraturę i policję. Wspieramy ekspercko organy ścigania i służby celne, sprawdzając, czy nadesłane produkty lecznicze są odpowiedniej jakości, czy są substandardowe.

Wykraczamy czasem poza obszar podstawowy i we współpracy z Głównym Inspektorem Sanitarnym zajmujemy się kontrolą suplementów diety, w ramach subwencji i na małą skalę. Wprowadzenie na rynek suplementu diety jest prostsze niż leku, dlatego wyroby medyczne, które często zastępują leki, są umieszczane w kategorii suplementów diety. Niedługo opublikujemy raport z naszego projektu, w ramach którego zbadaliśmy 50 najlepiej sprzedających się suplementów diety.

Prowadzimy również działalność referencyjną, która dotyczy zakażeń szpitalnych. W strukturze NIL znajdują się dwa ośrodki mikrobiologiczne referencyjne. W jednym przeprowadza się badania w zakresie zakażeń ośrodkowego układu nerwowego, w drugim – badania lekowrażliwości drobnoustrojów. Prowadzimy Narodowy Program Ochrony Antybiotyków we współpracy z różnymi instytucjami, w tym Państwową Inspekcją Sanitarną i szpitalami. Nasza grupa badawcza poznaje mechanizmy oporności najtrudniejszych szczepów. Zajmujemy się konkretnymi problemami epidemiologicznym, konkretnymi ogniskami epidemicznymi.

Prowadzimy działalność naukową zgodnie ze statutem NIL. W obszarze produktów leczniczych badania prowadzone są od pomysłu na nowe cząsteczki aż po prace w ramach nowych wskazań. Pozostajemy w obszarze badań przedklinicznych, nie prowadzimy badań klinicznych, ponieważ nie mamy swoich pacjentów.

Instytut jest jednym z najlepiej wyposażonych laboratoriów analitycznym dla produktów leczniczych. Zgromadzony potencjał aparaturowy umożliwia nam wspieranie naukowców w zakresie komercjalizacji ich dokonań. Pomagamy im dopracowywać nową cząsteczkę, nowe rozwiązanie lub formulacje zgodnie z wytycznymi Europejskiej Agencji Leków lub Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych.

Dr n. med. Tomasz Maciejewski: Instytut Matki i Dziecka to wysokospecjalistyczny ośrodek kliniczny i instytut naukowo-badawczy. Można powiedzieć, że jest to również profesjonalne centrum diagnostyczne, specjalizujące się w biologii molekularnej i chorobach genetycznie uwarunkowanych, gdzie na bieżąco wdrażane są najnowocześniejsze rozwiązania światowe i europejskie. Mocną stroną prowadzonej przez nas działalności jest edukacja. Prowadzonymi przez nas szkoleniami i kursami obejmujemy lekarzy, diagnostów oraz biostatystyków. We współpracy z Wydziałem Matematyki Uniwersytetu Warszawskiego organizujemy pierwszy kurs dla biostatystyków, podczas którego uczestnicy będą poznawali metody oraz techniki opracowywania i przetwarzania danych, tzw. *big data*, oraz wyciągania wniosków istotnych statystycznie.

Instytut Matki i Dziecka (IMiD) jest jednym z najstarszych instytutów w Polsce. Za nami już 68 lat pracy na rzecz zdrowia dzieci i młodzieży oraz kobiet w wieku prokreacyjnym. Instytut wprowadził wiele programów wspierających zdrowie Polek i Polaków, między innymi program suplementacji kwasem foliowym w celu zapobiegania wadom cewy nerwowej oraz badania przesiewowe noworodków. Jesteśmy ośrodkiem, który wdrożył leczenie oszczędzające guzów litych w onkologii dziecięcej. Obecnie w Instytucie Matki i Dziecka leczonych jest ponad 90 proc. pacjentów z guzami litymi kości, również z tego względu, że Instytut jest głównym ośrodkiem w Polsce wykorzystującym metodę tzw. oszczędzającą. Ponadto opracowaliśmy unikalną metodę jednoetapowego leczenia wad rozszczepowych twarzoczaszki i tu podobnie aż 90 proc. pacjentów z tym problemem leczy się w Instytucie Matki i Dziecka. Mamy Zakład Genetyki Medycznej, w którym realizujemy praktycznie 80 proc. genetycznych badań prenatalnych w Polsce. Na bieżąco wdrażamy technologie opracowane w ośrodkach europejskich w zakresie biologii molekularnej i chorób genetycznie uwarunkowanych. Jednocześnie edukujemy personel medyczny: lekarzy, diagnostów oraz biostatystyków. We współpracy z Wydziałem Matematyki Uniwersytetu Warszawskiego organizujemy pierwszy kurs naukowo-szkoleniowy dla tej grupy specjalistów. Pozwoli on opracować programy z zakresu tzw. *big data*.

Nasza działalność kliniczna jest wysokospecjalistyczna i obejmuje ponad 120 tys. pacjentów rocznie. Wśród nich znajduje się duża grupa pacjentów chorujących na tzw. choroby rzadkie, do której zaliczane są również dzieci z wadami metabolicznymi. To w Instytucie przed wielu laty rozpoczęto leczenie fenyloketonurii, wdrożono leczenie mukowiscydozy – obecnie jesteśmy wiodącym ośrodkiem zajmującym się kompleksowo tą chorobą w tej części Europy. Prowadzimy wysokospecjalistyczną działalność kliniczną oraz naukową we wspomnianych zakresach. Podobnie jak inne instytuty, np. Centrum Zdrowia Dziecka, mamy problem z wyceną świadczonych przez nas procedur medycznych i kosztami wyższymi niż systemowa wycena płatnika.

Dr hab. Janusz Heitzman, prof. IPiN: Do misji Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie należy:

1. Rozwijanie nowych metod leczenia i rehabilitacji zaburzeń psychicznych i neurologicznych.
2. Unikalna baza chorych, zwłaszcza tzw. chorób rzadkich z możliwościami adekwatnego nowoczesnego leczenia (programy lekowe, programy pilotażowe).
3. Ośrodek badawczo-rozwojowy w zakresie teoretycznych podstaw diagnostyki neurologicznej i psychiatrycznej, nowych metod leczenia (zakłady: Radiologii, Neurofizjologii Klinicznej, Genetyki, Neuropatologii, Neurochemii, Farmakologii i Fizjologii Układu Nerwowego, Profilaktyki i Leczenia Uzależnień, Badań nad Alkoholizmem i Toksykomaniami, Zakład Zdrowia Publicznego).

Priorytetowe kierunki badań

1. W zakresie neurologii:
   - choroby naczyniowe oraz zaburzenia otępienne;
   - czynniki ryzyka;
   - epidemiologia;
   - metody terapii i rehabilitacji;
   - aspekty immunologiczne chorób ośrodkowego układu nerwowego;
   - analiza DNA i inne badania molekularne w chorobach układu nerwowego;
   - ultrarzadkie choroby neurologiczne.
2. W zakresie psychiatrii:
   - wdrażanie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego (NPOZP) – program pilotażowy, biuro pilotażu NPOZP;
   - psychiatria środowiskowa (Mokotowskie Centrum Zdrowia Psychicznego);
   - zaburzenia psychiczne niepsychotyczne
   - epidemiologia;
   - uwarunkowania psychospołeczne;
   - nowe metody terapii i rehabilitacji;
   - choroby afektywne i zaburzenia schizofreniczne;
   - etiopatogeneza;
   - promocja zdrowia psychicznego – programy promocyjne i ocena ich efektywności;
   - środki zabezpieczające w psychiatrii (długoterminowa opieka psychiatryczna).
3. Wnioski:
   - Instytut nie jest szpitalem.
   - Instytut jest ośrodkiem referencyjnym.
   - Instytut wymaga odpowiedniego zabezpieczenia kadrowego i technologicznego.
   - Instytut, choć nie jest mianowany narodowym, spełnia wszelkie kryteria ważnej misji ponadregionalnej.

Działalność usługowa Instytutu

1. W całodobowych i dziennych oddziałach klinik psychiatrycznych – leczenie zaburzeń psychicznych, uzależnienia od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych:
   - diagnostyka, terapia i rehabilitacja zaburzeń schizofrenicznych (terapia, rehabilitacja, psychoedukacja, terapia rodzin);
   - zaburzeń afektywnych, w szczególności depresji;
   - zaburzeń psychicznych wieku podeszłego (choroba Alzheimera i inne);
   - zaburzeń nerwicowych i zaburzeń osobowości (psychoterapia);
   - osób uzależnionych od alkoholu lub innych substancji psychoaktywnych (leków);

- zaburzeń wieku dziecięcego i młodzieńczego, szczególnie schizofrenii i zaburzeń odżywiania (anoreksja);
- detencja sądowa (projekty: COST, EU-VIROMED, standardy EPA).

2. W całodobowych i dziennych oddziałach klinik neurologicznych – diagnostyka, leczenie i rehabilitacja zaburzeń neurologicznych, z uwzględnieniem:
   - chorób naczyniowych mózgu – Pracownia Leczenia Chorób Naczyniowych Mózgu: leczenie trombolityczne, trombektomia mechaniczna (program pilotażowy od czerwca 2019 r.), Pracownia Radiologii Zabiegowej;
   - padaczki;
   - chorób zapalnych ośrodkowego układu nerwowego;
   - chorób zwyrodnieniowych;
   - chorób ultrarzadkich;
   - stwardnienia rozsianego;
   - chorób genetycznie uwarunkowanych (poradnia genetyczna);
   - choroby Wilsona, choroby Huntingtona;
   - programów lekowych – zadanie priorytetowe.

Dr n. med. Grzegorz Juszczyk: W Narodowym Instytucie Zdrowia Publicznego prowadzimy centralny monitoring podejrzeń zachorowań na choroby zakaźne oraz laboratorium referencyjne bezpieczeństwa żywności. Kontrolujemy i nadzorujemy wszystkie duże zagrożenia dla zdrowia publicznego. Od kilkunastu lat również do naszej działalności bardzo intensywnie włączyliśmy obszar wspierania zapobiegania chorobom przewlekłym. Chcielibyśmy w najbliższym czasie zaangażować się w zagospodarowanie obszaru uniwersalnych czynników ryzyka nadwagi i otyłości związanych z nieprawidłowym odżywianiem.

Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny rozpoczął swoją historię kilka dni po ogłoszeniu niepodległości Polski, dnia 21 listopada 1918 r. W 1918 r. Rząd Polski utworzył w Warszawie Państwowy Centralny Zakład Epidemiologiczny, przemianowany 7 września 1923 r. przez Radę Ministrów Rzeczypospolitej Polskiej na Państwowy Zakład Higieny. Wraz ze zmieniającą się sytuacją zdrowotną i polityczną kraju oraz rozwojem nauk medycznych zmieniały się też funkcje Instytutu, zawsze jednak prowadzona była działalność w kilku podstawowych dziedzinach zdrowia publicznego. Była to działalność zarówno o charakterze praktycznym, interwencyjnym, jak i naukowym oraz szkoleniowym.

Obecnie w obszarze zainteresowań naukowych Instytutu znajdują się: problematyka zapobiegania chorobom zakaźnym i ważnym społecznie chorobom niezakaźnym, monitoring sytuacji zdrowotnej, poprawa warunków sanitarnych i higienicznych, bezpieczeństwo środowiska naturalnego. NIZP-PZH jest również ważnym ośrodkiem dbającym o bezpieczeństwo żywności. Ponadto istotną częścią aktywności NIZP-PZH są: szeroko pojęta promocja zdrowia oraz kształcenie specjalistów w zakresie zdrowia publicznego. Instytut współpracuje z wieloma pokrewnymi organizacjami zarówno krajowymi, jak i międzynarodowymi (WHO, DG Sanco, ECDC). Instytut przygotowuje również ekspertyzy z dziedziny szeroko pojętego zdrowia publicznego dla instytucji rządowych i samorządowych oraz uczestniczy w procesie tworzenia istotnych programów dotyczących zdrowia publicznego w Polsce, szczególnie Narodowego Programu Zdrowia.

W 2020 r. do NIZP-PZH na wniosek Ministra Zdrowia zostanie włączony Instytut Żywności i Żywienia. Połączenie dwóch instytutów zwiększy zdolność do realizacji najbardziej aktualnych potrzeb w zakresie badawczo-rozwojowym oraz spełniania potrzeb instytucji publicznych, rynku oraz społeczeństwa w zakresie usług, działalności leczniczej i edukacji, w zakresie badania stanu zdrowia Polaków i proponowania rozwiązań umożliwiających jego zachowanie lub poprawę, bezpieczeństwa żywności, zdrowego żywienia i stylu życia, a także oceny wartości merytorycznej realizowanych dotychczas działań. Dzięki połączeniu potencjału dwóch instytutów zostanie wskazany, na potrzeby Ministra Zdrowia i Głównego Inspektora Sanitarnego, ośrodek ekspercki zajmujący się problematyką bezpieczeństwa żywności oraz żywienia, współpracujący z Komisją Europejską, w ramach którego funkcjonować będzie wiodące Krajowe Laboratorium Referencyjne Bezpieczeństwa Żywności,

prowadzące badania nad zanieczyszczeniami chemicznymi, materiałami do kontaktu z żywnością i mikrobiologią żywności. Stworzone zostanie Krajowe Laboratorium Referencyjne, które będzie prowadzić badania nad zanieczyszczeniami chemicznymi, materiałami do kontaktu z żywnością i mikrobiologią żywności.

Możliwa także stanie się realizacja programów kompleksowej oceny stanu zdrowia i sposobu odżywiania – na wzór prowadzonego w Stanach Zjednoczonych „National Health and Nutrition Examination Survey" – dających pełną ocenę stanu zdrowia populacji w Polsce. Ocena ta będzie wykorzystywana do planowania polityki zdrowotnej i rozwoju systemu ochrony zdrowia. Na terenie Europy inicjatywy w zakresie populacyjnych badań stanu zdrowia (*health examination surveys*, HES) datują się podobnie jak w Stanach Zjednoczonych na przełom lat 50. i 60. XX wieku i dotyczą głównie krajowych, terenowych, przekrojowych badań epidemiologicznych przeprowadzanych na reprezentatywnych próbach. Celem tych inicjatyw było zbadanie w sposób wielodyscyplinarny sytuacji zdrowotnej ludności oraz zbadanie częstości występowania czynników ryzyka chorób cywilizacyjnych. Fińskie badania HES z późnych lat 60. pozwoliły na opracowanie wzorcowego programu profilaktyki pierwotnej „North Karelia". Warto wspomnieć też projekt WHO z lat 70., którego celem była walka z epidemią chorób układu krążenia. Efekty programu były spektakularne, a Światowa Organizacja Zdrowia uznała program za wzorcowy dla innych krajów świata.

W 2009 r. w ramach Unii Europejskiej podjęto działania służące harmonizacji metodyki badawczej badań HES w Europie. Powołano biuro koordynacyjne European Health Examination Survey, a badanie pilotażowe/przeglądowe, przeprowadzone w 14 państwach europejskich, w tym w Polsce (prowadził je Instytut Kardiologii), wskazało na dużą różnorodność podejmowanych badań HES. Zauważono różnice zarówno w doborze uczestników, charakterystyce demograficznej badanych prób, jak i w doborze badań fizykalnych przeprowadzanych na uczestnikach wyżej wymienionych badań. Pomimo tych wniosków wciąż wiele krajów Europy przeprowadza przekrojowe badania epidemiologiczne według własnej metodyki i zgodnie z własnymi doświadczeniami w tym zakresie, co utrudnia porównania międzynarodowe. Warto również zaznaczyć, że amerykańskie badanie NHANES silniej niż inne badania HES z Europy akcentuje kwestie odżywiania i problemów zdrowotnych związanych z niewłaściwą dietą.

Debatę plenarną „Działania instytutów medycznych wspierające zdrowie Polaków" podsumowali moderatorzy **prof. Henryk Skarżyński i prof. Janusz Heitzman:**

Przegląd wypowiedzi przedstawicieli instytutów podległych Ministrowi Zdrowia, dotyczących działalności poszczególnych instytutów badawczych, potwierdza, że placówki te odgrywają ogromną rolę w polskim systemie nauki i opieki zdrowotnej. Większość instytutów posiada obecnie bardzo nowoczesną infrastrukturę naukową i kliniczną, której utrzymanie wymaga dużych nakładów finansowych, nie wspominając o kadrze specjalistów najwyższej klasy. Powszechnie wiadomo, że poziom finansowania usług medycznych przez NFZ nie zapewnia możliwości systematycznego unowocześniania bazy klinicznej. Dlatego państwowym instytutom medycznym, które mają najwyższy poziom referencyjności, należy zapewnić środki finansowe nie tylko na utrzymanie infrastruktury, lecz także na inne zadania, które w opinii środowiska medycznego instytuty te powinny realizować (nadzór specjalistyczny, opracowywanie standardów, wytycznych itp.). Medyczne instytuty badawcze to w większości wysokospecjalistyczne ośrodki naukowe i kliniczne, w których prowadzone są zaawansowane, często unikalne badania naukowe, a ich wyniki znajdują bezpośrednie zastosowanie w praktyce klinicznej. W wielu instytutach wykonywane są procedury lecznicze niedostępne w polskich szpitalach uniwersyteckich, a instytuty te są liderami w medycynie światowej w określonej specjalności. Ważną rolą instytutów medycznych jest również działalność szkoleniowa. Lekarze odbywający zajęcia dydaktycz-

ne czy szkoleniowe w instytutach otrzymują wiedzę o najnowszych osiągnięciach medycyny polskiej i światowej.

Biorąc pod uwagę stan infrastruktury klinicznej wielu instytutów badawczych, powinny one zajmować najwyższe miejsce w systemie ochrony zdrowia w danej specjalności, przynajmniej na równi z placówkami akademickimi. Natomiast ze względu na skalę działalności klinicznej prowadzonej w instytutach medycznych wiele z nich powinno zostać przemianowanych na narodowe instytuty zdrowia.

Afiliacje

Od redaktora

Szanowni Państwo!
Mijają cztery miesiące od naszego spotkania, w tym czasie mogły przy niektórych nazwiskach pojawić się nowe tytuły naukowe oraz całkiem inne afiliacje. Staraliśmy się, korzystając ze wszystkich dostępnych źródeł, nasz materiał uzupełnić. Jeżeli jednak przy jakimś nazwisku zobaczą Państwo pewne nieścisłości, proszę o wyrozumiałość.

Beata Ambroziewicz, prezes Polskiej Unii Organizacji Pacjentów „Obywatele dla Zdrowia"
prof. dr hab. n. med. Piotr Andziak, członek Centralnej Komisji ds. Stopni i Tytułów, kierownik Kliniki Chirurgii Ogólnej i Naczyniowej w Centralnym Szpitalu Klinicznym MSWiA w Warszawie, krajowy konsultant w dziedzinie chirurgii naczyniowej
dr n. med. Marek Balicki, minister zdrowia (2003 oraz 2004–2005), były poseł RP, były senator RP, przewodniczący Stowarzyszenia Oddziałów Psychiatrycznych Szpitali Ogólnych, pełnomocnik ministra zdrowia ds. reformy w psychiatrii
dr hab. n. med. Paweł Balsam, I Katedra i Klinika Kardiologii WUM
prof. dr hab. n. med. Maria Barcikowska, kierownik Zespołu Kliniczno-Badawczego Chorób Zwyrodnieniowych Centralnego Układu Nerwowego Instytutu Medycyny Doświadczalnej i Klinicznej im. M. Mossakowskiego PAN, była dyrektor tego Instytutu, członek korespondent PAN
dr n. med. Katarzyna Becker, członek Polskiego Towarzystwa Ortodontycznego, członek zarządu śląskiego oddziału Polskiego Towarzystwa Ortodontycznego
Grzegorz Błażewicz, zastępca rzecznika praw pacjenta
dr hab. n. pr. Adam Bodnar, rzecznik praw obywatelskich
prof. dr hab. Maria Borawska, Zakład Bromatologii Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku, zastępca przewodniczącego Komitetu Nauki o Żywieniu Człowieka Polskiej Akademii Nauk, wieloletni ekspert Zespołu ds. Suplementów Diety przy Głównym Inspektorze Sanitarnym
Katarzyna Bosacka, dziennikarka prasowa i telewizyjna, autorka publikacji na temat zdrowia, urody, nauki, medycyny i wychowania dzieci
dr n. med. Robert Brawura-Biskupski-Samaha, Uniwersyteckie Centrum Zdrowia Kobiety i Noworodka WUM
dr n. o zdr. inż. Łukasz Bruski, prezes zarządu Centrum Słuchu i Mowy MEDINCUS, członek zarządu Instytutu Narządów Zmysłów
dr n. med. Bożena Katarzyna Budziszewska, konsultant w dziedzinie hematologii dla województwa mazowieckiego, kierownik Oddziału Diagnostyki Hematologicznej Kliniki Hematologii Instytutu Hematologii i Transfuzjologii w Warszawie, adiunkt naukowo-dydaktyczny Kliniki Hematologii i Transfuzjologii Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego w Warszawie, członek zarządu – sekretarz Polskiego Towarzystwa Hematologów i Transfuzjologów, członek Komisji Rewizyjnej Stowarzyszenia Polskiej Grupy ds. Leczenia Białaczek u Dorosłych (PALG), koordynator ogólnopolskiego projektu Polskiej Grupy Leczenia Białaczek Dorosłych (PALG), członek Polskiej Grupy Badawczej Chłoniaków (PLRG)
prof. dr hab. n. med. Leonora Bużańska, dyrektor Instytutu Medycyny Doświadczalnej i Klinicznej im. M. Mossakowskiego PAN, kierownik Zakładu Bioinżynierii Komórek Macierzystych
Paweł Chęciński, dyrektor Biura Polityki Zdrowotnej Urzędu Miasta Stołecznego Warszawy
dr n. o zdr. Michał Chojnacki, alumn II edycji programu „Liderzy Ochrony Zdrowia" Fundacji im. Lesława A. Pagi, specjalista ds. badań klinicznych

prof. dr hab. n. med. dr h.c. multi Mieczysław Rajmund Chorąży, członek rzeczywisty PAN i członek czynny PAU, wieloletni kierownik Zakładu Biologii Nowotworów w Narodowym Instytucie Onkologii im. M. Skłodowskiej-Curie – Oddział w Gliwicach

Piotr Ciąćka, client director, Kantar Millward Brown Polska

Małgorzata Cierniak-Piotrowska, naczelnik Wydziału Statystyki Ludności i Analiz Departament Badań Demograficznych, Główny Urząd Statystyczny

dr Witold Cieśla, zastępca dyrektora Instytutu Fizjologii i Patologii Słuchu, prezes Stowarzyszenia Przyjaciół Osób Niesłyszących i Niedosłyszących „Człowiek – Człowiekowi"

prof. dr hab. n. med. Krzysztof Czajkowski, kierownik II Katedry i Kliniki Położnictwa i Ginekologii WUM, kierownik Oddziału Klinicznego Szpitala im. Księżnej Anny Mazowieckiej w Warszawie, konsultant krajowy w dziedzinie położnictwa i ginekologii

dr hab. n. o kult. fiz. Dariusz Czaprowski, prof. OSW, kierownik Centrum Postawy Ciała, Wydział Nauk o Zdrowiu, Olsztyńska Szkoła Wyższa

prof. dr hab. n. med. Piotr Czauderna, prezes Agencji Badań Medycznych, kierownik Kliniki Chirurgii i Urologii Dzieci i Młodzieży Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego, koordynator Sekcji Ochrony Zdrowia w Narodowej Radzie Rozwoju przy Prezydencie RP

prof. dr hab. n. med. Anna Członkowska, członek rzeczywisty PAN, II Klinika Neurologii, Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie, członek PAU, przewodnicząca Sekcji Chorób Naczyniowych Polskiego Towarzystwa Neurologicznego, przewodnicząca Zespołu Chorób Naczyniowych Komitetu Nauk Neurologicznych PAN

prof. dr hab. n. med. Leszek Czupryniak, kierownik Kliniki Diabetologii i Chorób Wewnętrznych WUM, Samodzielny Publiczny Centralny Szpital Kliniczny WUM

prof. dr hab. inż. dr h.c. Andrzej Czyżewski, kierownik Katedry Systemów Multimedialnych Politechniki Gdańskiej, członek Rady Naukowej Instytutu Fizjologii i Patologii Słuchu

prof. dr hab. n. med. Wojciech Drygas, kierownik Zakładu Epidemiologii, Prewencji Chorób Układu Krążenia i Promocji Zdrowia, Narodowy Instytut Kardiologii Stefana kardynała Wyszyńskiego, członek Prezydium Komitetu Zdrowia Publicznego PAN

ks. prof. dr hab. n. społ. dr h.c. Stanisław Dziekoński, rektor Uniwersytetu Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie, kierownik Katedry Pedagogiki Ogólnej i Dydaktyki na Wydziale Nauk Pedagogicznych, kierownik studiów podyplomowych „Ochrona danych osobowych w Kościele", członek Rady Naukowej Narodowego Instytutu Leków, członek Rady Naukowej Narodowego Instytutu Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji im. prof. dr hab. E. Reicher

prof. dr hab. n. med. Katarzyna Dzierżanowska-Fangrat, konsultant krajowy w dziedzinie mikrobiologii lekarskiej, kierownik Zakładu Mikrobiologii i Immunologii Klinicznej, Dział Kontroli Zakażeń Szpitalnych, Instytut „Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka"

dr hab. n. med. Ewa Emich-Widera, kierownik Poradni Specjalistycznych Przyszpitalnych Górnośląskiego Centrum Zdrowia Dziecka im. Jana Pawła II w Katowicach, konsultant krajowy w dziedzinie neurologii dziecięcej

dr hab. n. med. Anna Fijałkowska, prof. IMiD, zastępca dyrektora ds. nauki Instytutu Matki i Dziecka w Warszawie, kierownik Zakładu Kardiologii IMiD, przewodnicząca Komisji Promocji Zdrowia Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego

prof. dr hab. n. med. Urszula Fiszer, przewodnicząca Komitetu Nauk Neurologicznych PAN, kierownik Kliniki Neurologii i Epileptologii CMKP, Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny im. prof. W. Orłowskiego, przewodnicząca oddziału warszawskiego Polskiego Towarzystwa Neurologicznego, członek Zarządu Głównego PTN

prof. dr hab. n. med. Mariusz Frączek, konsultant województwa mazowieckiego w dziedzinie chirurgii ogólnej, kierownik II Katedry i Kliniki Chirurgii Ogólnej, Naczyniowej i Onkologicznej WUM, przewodniczący Rady Naukowej Grupy Lux Med

dr hab. n. o zdr. Adam Fronczak, prof. WUM, kierownik Zakładu Zdrowia Publicznego WUM, były wiceminister zdrowia

prof. dr hab. n. med. Zbigniew Gaciong, członek Rady Doskonałości Naukowej, członek Centralnej Komisji ds. Stopni i Tytułów, kierownik Kliniki Chorób Wewnętrznych Nadciśnienia Tętniczego i Angiologii WUM, Samodzielny Publiczny Centralny Szpital Kliniczny WUM, były wieloletni konsultant krajowy w dziedzinie hipertensjologii

dr n. ekon. Małgorzata Gałązka-Sobotka, dyrektor Centrum Kształcenia Podyplomowego Uczelni Łazarskiego, wiceprzewodnicząca Rady Narodowego Funduszu Zdrowia, wiceprezes Polskiego Towarzystwa Koordynowanej Opieki Zdrowotnej, doradca prezydenta Pracodawców RP w obszarze ochrony zdrowia

prof. dr hab. n. med. Ryszard Gellert, dyrektor Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego, konsultant krajowy w dziedzinie nefrologii, kierownik Kliniki Nefrologii i Chorób Wewnętrznych CMKP, członek zarządu: Polskiego Towarzystwa Nefrologicznego, Towarzystwa Internistów Polskich i Polskiego Towarzystwa Intensywnej Terapii Interdyscyplinarnej, członek: Europejskiego Towarzystwa Nefrologicznego, Amerykańskiego Towarzystwa Nefrologicznego i Międzynarodowego Towarzystwa Nefrologicznego

prof. dr hab. n. med. Wojciech Golusiński, kierownik Katedry i Kliniki Chirurgii Głowy, Szyi i Onkologii Laryngologicznej Uniwersytetu Medycznego im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu w Wielkopolskim Centrum Onkologii, prezydent European Head and Neck Society

Jakub Gołąb, dyrektor Departamentu Dialogu Społecznego i Komunikacji Rzecznika Praw Pacjenta

prof. dr hab. n. med. Renata Górska, kierownik Zakładu Chorób Błony Śluzowej i Przyzębia w WUM, prezes Polskiego Towarzystwa Periodontologicznego, konsultant krajowy w dziedzinie periodontologii, była wieloletnia prorektor WUM

prof. dr hab. n. med. dr h.c. Andrzej Górski, kierownik Samodzielnego Laboratorium Bakteriofagowego w Instytucie Immunologii i Terapii Doświadczalnej im. L. Hirszfelda PAN we Wrocławiu, przewodniczący Komisji ds. Etyki w Nauce PAN, członek rzeczywisty PAN, członek czynny PAU, były rektor WUM, były wiceprezes PAN

prof. dr hab. n. med. Iwona Grabska-Liberek, dyrektor Banku Tkanek Oka w Warszawie, kierownik Kliniki Okulistyki Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego w Samodzielnym Publicznym Szpitalu Klinicznym im. prof. W. Orłowskiego w Warszawie, były konsultant województwa mazowieckiego w dziedzinie okulistyki

prof. dr hab. n. med. Wiesława Grajkowska, konsultant krajowy w dziedzinie neuropatologii, Zakład Patologii Instytutu „Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka", Klinika Nowotworów Układu Nerwowego Narodowego Instytutu Onkologii im. M. Skłodowskiej-Curie w Warszawie

dr Anna Gręziak, lekarz wojewódzki w Warszawie w latach 1990–1999, podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia w latach 2005–2007, doradca Prezydenta RP w latach 2008–2010

prof. dr hab. n. med. dr h.c. Tomasz Grodzicki, prorektor ds. Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie, ordynator Oddziału Klinicznego Chorób Wewnętrznych Szpitala Uniwersyteckiego, kierownik Katedry Chorób Wewnętrznych i Gerontologii UJ CM, członek korespondent PAU i PAN, były konsultant krajowy w dziedzinie geriatrii

Jan Grzybowski, dyrektor generalny Przedsiębiorstwa Innowacyjnego MAJAX, współzałożyciel Polskiego Komitetu Inżynierii Biomedycznej SEP

prof. dr hab. n. med. Wojciech Hanke, konsultant krajowy w dziedzinie zdrowia środowiskowego, zastępca dyrektora ds. naukowych Instytutu Medycyny Pracy, kierownik Zakładu Epidemiologii Środowiskowej w Instytucie Medycyny Pracy w Łodzi, odpowiedzialny za kontakty z WHO w dziedzinie zdrowia środowiskowego (National Contact Point)

dr hab. n. med. Janusz Heitzman, prof. IPiN, dyrektor naczelny i kierownik Kliniki Psychiatrii Sądowej Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie

prof. dr hab. n. med. Ewa Helwich, kierownik Kliniki Neonatologii i Intensywnej Terapii Noworodka – Instytut Matki i Dziecka w Warszawie, konsultant krajowy w dziedzinie neonatologii

prof. dr hab. n. med. Tomasz Hryniewiecki, dyrektor Narodowego Instytutu Kardiologii Stefana kardynała Wyszyńskiego – Państwowego Instytutu Badawczego

dr hab. n. społ. Bernadetta Izydorczyk, prof. UJ, dyrektor Instytutu Psychologii Stosowanej, Wydział Zarządzania i Komunikacji Społecznej Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie, konsultant krajowy w dziedzinie psychologii klinicznej

prof. dr hab. n. med. Karina Jahnz-Różyk, konsultant krajowy w dziedzinie alergologii, kierownik Kliniki Chorób Wewnętrznych, Pneumonologii, Alergologii i Immunologii Klinicznej, Wojskowy Instytut Medyczny w Warszawie

red. Krzysztof Jakubiak, redaktor naczelny Portalu mZdrowie.pl

dr inż. Miłosz Jamroży, prezes EFM Sp. z o.o.

dr Łukasz Jankowski, prezes Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie, członek Naczelnej Rady Lekarskiej

prof. dr hab. n. med. Piotr Jankowski, członek zarządu Towarzystwa Lekarskiego Krakowskiego, przewodniczący Rady Fundacji Zdrowia Publicznego, były przewodniczący Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego, I Klinika Kardiologii i Elektrokardiologii Interwencyjnej oraz Nadciśnienia Tętniczego Instytutu Kardiologii UJ – Collegium Medicum w Krakowie

prof. dr hab. n. med. Barbara Jarząb, kierownik Zakładu Medycyny Nuklearnej i Endokrynologii Onkologicznej w Narodowym Instytucie Onkologii im. M. Skłodowskiej-Curie – Oddział w Gliwicach, członek korespondent PAN i PAU

red. Anna Jasińska, rzecznik Polskiej Unii Onkologii, rzecznik Medycznej Racji Stanu

Urszula Jaworska, prezes Fundacji Urszuli Jaworskiej

prof. dr hab. n. o kult. fiz. Grzegorz Juras, prorektor ds. rozwoju i sportu, kierownik Katedry Motoryczności Człowieka w Akademii Wychowania Fizycznego w Katowicach

dr n. med. Grzegorz Juszczyk, dyrektor Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – Państwowego Zakładu Higieny oraz Instytutu Żywności i Żywienia

dr n. med. Agnieszka Kalińska-Bienias, Klinika Dermatologii i Wenerologii WUM

prof. dr hab. n. med. Andrzej Kawecki, zastępca dyrektora ds. klinicznych w Narodowym Instytucie Onkologii im. M. Skłodowskiej-Curie

prof. dr hab. n. tech. dr h.c. multi Michał Kleiber, wiceprezydent Europejskiej Akademii Nauk i Sztuk, przewodniczący Rady Fundacji „Teraz Polska", przewodniczący Rady Fundacji „Akademii Polskiego Sukcesu", prezydent ECCOMAS (Eurpean Community of Computational Methods in Applied Sciences) oraz EMF (European Materials Forum), były minister nauki i informatyzacji, były społeczny doradca Prezydenta RP ds. badań i rozwoju, były członek Rady ds. Edukacji i Badań Naukowych przy Prezydencie RP, były wieloletni prezes Polskiej Akademii Nauk, były Ambasador ds. Nowej Narracji dla Europy przy Komisji Europejskie, były wiceprzewodniczący Społecznej Rady ds. Rozwoju Gospodarki Niskoemisyjnej (organ doradczy Ministra Gospodarki)

prof. dr hab. n. med. Marian Klinger, członek Centralnej Komisji ds. Stopni i Tytułów, członek Komitetu Nauk Klinicznych PAN, kierownik Kliniki Chorób Wewnętrznych i Nefrologii Instytutu Medycyny Uniwersytetu Opolskiego i Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Opolu, były prorektor ds. nauki Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu

prof. dr hab. n. med. inż. Krzysztof Kochanek, sekretarz naukowy Instytutu Fizjologii i Patologii Słuchu, sekretarz Komitetu Nauk Klinicznych PAN, członek Rady Głównej MNiSW

prof. dr hab. n. med. Tomasz Konopka, członek Centralnej Komisji ds. Stopni i Tytułów, wiceprezes zarządu Polskiego Towarzystwa Periodontologicznego, Wydział Lekarsko-Stomatologiczny, Katedra i Zakład Periodontologii, Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu

prof. dr hab. n. med. Tomasz Kostka, prorektor ds. kształcenia Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, kierownik Kliniki Geriatrii UM w Łodzi, Centrum Badań nad Zdrowym Starzeniem (CBZS) UM w Łodzi, Centralny Szpital Weteranów – „Na Stokach"

prof. dr hab. n. med. Tomasz Kotwicki, kierownik Kliniki Chorób Kręgosłupa i Ortopedii Dziecięcej, Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu, Komitet Rehabilitacji, Kultury Fizycznej i Integracji Społecznej PAN

dr n. farm. MBA Anna Kowalczuk, dyrektor Narodowego Instytutu Leków, członek grupy doradczej EDQM Advisory Group CAP oraz grupy roboczej EDQM Communication Working Group

dr hab. med. Anna Krakowiak, prof. IMP, konsultant krajowy w dziedzinie toksykologii klinicznej, kierownik Oddziału Toksykologii Instytutu Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera w Łodzi
prof. dr hab. n. med. dr h.c. multi Marek Krawczyk, członek rzeczywisty PAN i PAU, przewodniczący Komisji ds. Nauki Konferencji Rektorów Akademickich Szkół Polskich, były wieloletni dziekan i rektor WUM, były przewodniczący Rektorów Uczelni Warszawskich, były Prezes Towarzystwa Chirurgów Polskich, honorowy członek Towarzystwa Chirurgów Amerykańskich, wiceprzewodniczący Rady Fundacji Akademii Polskiego Sukcesu, członek rady Polskiego Komitetu Olimpijskiego, kanclerz elekt Kapituły Medalu Gloria Medicine
prof. dr hab. n. med. Leszek Królicki, kierownik Zakładu Medycyny Nuklearnej WUM, Samodzielny Publiczny Centralny Szpital Kliniczny WUM
Marek Krupiński, dyrektor UNICEF Polska
prof. dr hab. n. med. Maciej Krzakowski, członek Centralnej Komisji ds. Stopni i Tytułów, konsultant krajowy w dziedzinie onkologii klinicznej, kierownik Kliniki Nowotworów Płuca i Klatki Piersiowej Narodowego Instytutu Onkologii im. M. Skłodowskiej-Curie, przewodniczący Krajowej Rady ds. Onkologii przy Ministrze Zdrowia, członek zarządu Polskiego Towarzystwa Onkologii Klinicznej, były dyrektor Narodowego Instytutu Onkologii im. M. Skłodowskiej-Curie
dr hab. n. med. Paweł Krzesiński, prof. WIM, kierownik Kliniki Kardiologii i Chorób Wewnętrznych Wojskowego Instytutu Medycznego CSK MON
dr hab. n. med. Krystyna Księżopolska-Orłowska, prof. NIGRiR, Narodowy Instytut Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji w Warszawie, członek Komitetu Rehabilitacji, Kultury Fizycznej i Integracji Społecznej PAN, członek zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Rehabilitacji, członek Rady Programowej czasopisma „Niepełnosprawność" (PFRON), członek Komitetu NT-FSNT-NOT Ergonomii, Ochrony Pracy oraz Techniki w Medycynie
prof. dr hab. n. med. Marek Kuch, były dziekan II Wydziału Lekarskiego z Oddziałem Nauczania w Języku Angielskim oraz Oddziałem Fizjoterapii WUM, kierownik Katedry i Kliniki Kardiologii, Nadciśnienia Tętniczego i Chorób Wewnętrznych II Wydziału Lekarskiego WUM
prof. dr hab. n. med. Zbigniew Lew-Starowicz, konsultant krajowy w dziedzinie seksuologii
prof. dr hab. n. med. dr h.c. Andrzej Lewiński, członek Centralnej Komisji ds. Stopni i Tytułów, były rektor Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, kierownik Kliniki Endokrynologii i Chorób Metabolicznych UM w Łodzi, konsultant krajowy w dziedzinie endokrynologii, prezes Polskiego Towarzystwa Endokrynologii Onkologicznej, przewodniczący Rady Naukowej Instytutu Centrum Zdrowia Matki Polki w Łodzi
dr Małgorzata Lipowska, naczelny lekarz ZUS
dr n. med. Tomasz Maciejewski, dyrektor naczelny Instytutu Matki i Dziecka w Warszawie
Stanisław Maćkowiak, prezes Federacji Pacjentów Polskich
prof. dr hab. n. med. Sławomir Majewski, kierownik Katedry i Kliniki Dermatologii i Wenerologii Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, sekretarz Rady Naukowej przy Ministrze Zdrowia, członek rzeczywisty Polskiej Akademii Nauk
prof. dr hab. n. med. Piotr Małkowski, prorektor ds. personalnych i organizacyjnych WUM, były dziekan Wydziału Nauki o Zdrowiu WUM, prezes Polskiego Towarzystwa Hepatologicznego
prof. dr hab. n. med. Andrzej Marszałek, konsultant krajowy w dziedzinie patomorfologii, prezes Polskiego Towarzystwa Patologów
dr n. przyr. Andrzej Kazimierz Mądrala, wiceprezydent Pracodawców RP, wiceprzewodniczący Rady Nadzorczej Centrum Medycznego MAVIT Sp. z o.o.
dr n. med. Janusz Meder, Narodowy Instytut Onkologii im. M. Skłodowskiej-Curie, prezes Polskiej Unii Onkologii
prof. dr hab. n. med. Grażyna Mielnik-Niedzielska, konsultant krajowy w dziedzinie otorynolaryngologii dziecięcej, kierownik Katedry i Kliniki Otolaryngologii Dziecięcej, Foniatrii i Audiologii Uniwersytetu Medycznego w Lublinie, członek Rady Naukowej IFPS, członek Komitetu Nauk Klinicznych PAN
Piotr Mierzejewski, dyrektor Zespołu Prawa Administracyjnego i Gospodarczego, Biuro Rzecznika Praw Obywatelskich, współprzewodniczący Komisji Ekspertów ds. Zdrowia przy Rzeczniku Praw Obywatelskich

dr n. med. Marek Migdał, dyrektor Instytutu „Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka", członek Rady Głównej Instytutów Badawczych, wieloletni pracownik Kliniki Anestezjologii i Intensywnej Terapii IPCZD, członek European Society of Paediatric and Neonatal Intensive Care (ESPNIC), wiceprzewodniczący sekcji etyki tego towarzystwa, członek Rady Naukowej Gianni Benzi Research Pharmacological Foundation we Włoszech

dr n. med. Marcin Mikos, sekretarz Polskiego Towarzystwa Prawa Medycznego

Barbara Misiewicz-Jagielak, dyrektor ds. relacji zewnętrznych Polpharma, wiceprezes zarządu Polskiego Związku Pracodawców Przemysłu Farmaceutycznego

prof. dr hab. n. med. Janusz Moryś, członek Centralnej Komisji ds. Stopni i Tytułów, były rektor Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego, kierownik Katedry Anatomii i Zakładu Anatomii i Neurobiologii na Wydziale Lekarskim GUM

prof. dr hab. n. med. Iwona Niedzielska, kierownik Oddziału Chirurgii Szczękowo-Twarzowej Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach, konsultant wojewódzki ds. chirurgii szczękowo-twarzowej

dr n. ekon. Adam Niedzielski, prezes Narodowego Funduszu Zdrowia

prof. dr hab. n. ekon. Ewelina Nojszewska, Katedra Ekonomii Stosowanej Kolegium Zarządzania i Finansów Szkoły Głównej Handlowej w Warszawie, członek organu nadzoru Rady Naukowej Fundacji „Instytut Innowacji i Odpowiedzialnego Rozwoju", były członek Rady Narodowego Funduszu Zdrowia, była przewodnicząca Zespołu ds. Reformy Systemu Ochrony Zdrowia przy Rzeczniku Praw Obywatelskich

ks. dr Arkadiusz Nowak, prezes Instytutu Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej

dr n. med. Maciej Nowak, specjalista periodontologii oraz stomatologii ogólnej, wykładowca Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, mazowiecki konsultant wojewódzki w dziedzinie periodontologii, sekretarz generalny Polskiego Towarzystwa Periodontologicznego oraz Sekcji Periodontologii Polskiego Towarzystwa Stomatologicznego

prof. dr hab. inż. Wiesław Nowiński, dyrektor Centrum Anatomii Wirtualnej i Symulacji Chirurgicznej im. Jana Pawła II Uniwersytetu Kardynała Stefana Wyszyńskiego, wykładowca Szkoły Nauk Ścisłych UKSW

prof. dr hab. n. med. Jurek Olszewski, kierownik Kliniki Otolaryngologii, Onkologii Laryngologicznej, Audiologii i Foniatrii, Oddział Audiologii i Foniatrii Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego im. Wojskowej Akademii Medycznej w Łodzi – Centralny Szpital Weteranów, dziekan Wydziału Wojskowo-Lekarskiego Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

dr hab. Paweł Olszewski, dziekan Wydziału Medycznego Uczelni Łazarskiego

prof. dr hab. n. med. Grzegorz Opala, minister zdrowia (2000–2001), kierownik Katedry i Kliniki Neurologii Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach, profesor honorowy Śląskiego Uniwersytetu Medycznego

prof. dr hab. n. med. Grzegorz Opolski, kierownik I Katedry i Kliniki Kardiologii WUM, członek korespondent PAN oraz PAU, członek Centralnej Komisji ds. Stopni i Tytułów Naukowych, członek Prezydium Rady Naukowej przy Ministrze Zdrowia, członek Rady Naukowej Narodowego Instytutu Kardiologii, były wieloletni konsultant krajowy w dziedzinie kardiologii, były wieloletni prorektor WUM, członek rady Fundacji „Po Pierwsze Zdrowie"

prof. dr hab. n. ekon. Krzysztof Opolski, kierownik Katedry Bankowości, Finansów i Rachunkowości na Wydziale Nauk Ekonomicznych Uniwersytetu Warszawskiego, przewodniczący Kapituły Nagrody Gospodarczej Prezydenta RP

dr hab. n. med. Maksymilian Opolski, pracownik naukowy w Klinice Kardiologii i Angiologii Interwencyjnej Narodowego Instytutu Kardiologii im. Prymasa Tysiąclecia Stefana kardynała Wyszyńskiego

prof. dr hab. n. o kult. fiz. dr h.c. multi Wiesław Osiński, członek Centralnej Komisji ds. Stopni i Tytułów, kierownik Katedry i Zakładu Nauk o Aktywności Fizycznej i Promocji Zdrowia AWF w Poznaniu

Małgorzata Pacholec, dyrektor Instytutu Tyflologicznego Polskiego Związku Niewidomych, prezes Retina AMD Polska

prof. dr hab. inż. Tadeusz Pałko, konsultant krajowy w dziedzinie inżynierii medycznej, przewodniczący Komitetu Inżynierii Biomedycznej SEP, Instytut Metrologii i Inżynierii Biomedycznej, Politechnika Warszawska

Mirella Panek-Owsiańska, ekspert CSR

prof. dr hab. n. med. Dariusz Patkowski, kierownik Kliniki Chirurgii i Urologii Dziecięcej Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego we Wrocławiu

Marta Pawłowska, dyrektor Biura Profilaktyki Zdrowotnej NFZ

dr hab. n. artyst. Patrycja Piekutowska, prezes fundacji K.I.D.S.

prof. dr hab. n. med. Ewa Pilarska, kierownik Kliniki Neurologii Rozwojowej, Wydział Nauk Medycznych, Gdański Uniwersytet Medyczny, członek Prezydium Komitetu Nauk Neurologicznych PAN, członek zarządu Polskiego Towarzystwa Neurologów Dziecięcych, członek zarządu Polskiego Towarzystwa Udaru Mózgu

dr hab. n. med. Jarosław Pinkas, prof. CMKP, główny inspektor sanitarny, dyrektor Szkoły Zdrowia Publicznego CMKP, konsultant krajowy w dziedzinie zdrowia publicznego, były podsekretarz i sekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia, były zastępca dyrektora Instytutu Kardiologii im. Prymasa Tysiąclecia Kardynała Stefana Wyszyńskiego

prof. dr hab. n. med. Ryszard Piotrowicz, kierownik Kliniki Rehabilitacji Kardiologicznej i Elektrokardiologii Narodowego Instytutu Kardiologii w Aninie, wiceprzewodniczący Komitetu Nauk Klinicznych PAN

dr n. med. Maciej Piróg, dyrektor Kliniki „Budzik" w Warszawie, doradca zarządu Konfederacji Pracodawców Lewiatan, były sekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia, były dyrektor Instytutu „Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka"

dr n. med. Lidia Popek, certyfikowany psychoterapeuta i superwizor Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego, konsultant wojewódzki w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży na Mazowszu, kierownik Oddziału Psychiatrycznego dla Dzieci Mazowieckiego Centrum Neuropsychiatrii, członek zarządu głównego Sekcji Naukowej Psychoterapii Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego

dr hab. n. med. Robert Pudlo, Katedra Psychiatrii Wydziału Nauk Medycznych Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach, konsultant psychiatra Śląskiego Centrum Chorób Serca w Zabrzu, członek zarządu Polskiego Towarzystwa Psychiatrii Sądowej, konsultant wojewódzki w dziedzinie psychiatrii

Paweł Rabiej, zastępca Prezydenta m.st. Warszawy

dr n. med. Konstanty Radziwiłł, minister zdrowia (2015–2018), senator RP, pracownik naukowy WUM, były wieloletni prezes, wiceprezes i sekretarz Naczelnej Rady Lekarskiej, wojewoda mazowiecki

prof. dr hab. inż. Leszek Rafalski, przewodniczący Rady Głównej Instytutów Badawczych, dyrektor Instytutu Badawczego Dróg i Mostów

Beata Rąbińska, senior consultant, Kantar Millward Brown Polska

prof. dr hab. n. med. Jarosław Reguła, konsultant krajowy w dziedzinie gastroenterologii, kierownik Kliniki Gastroenterologii, Hepatologii i Onkologii Klinicznej CMKP, były członek Centralnej Komisji ds. Stopni i Tytułów

prof. dr hab. n. med. Konrad Rejdak, członek Instytutu Medycyny Doświadczalnej i Klinicznej PAN, prezes elekt Polskiego Towarzystwa Neurologicznego, konsultant wojewódzki w dziedzinie neurologii, kierownik Katedry i Kliniki Neurologii Uniwersytetu Medycznego w Lublinie

dr hab. n. med. Barbara Remberk, kierownik Kliniki Psychiatrii Dzieci i Młodzieży Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie, członek zespołu roboczego ds. zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży przy Departamencie Zdrowia Publicznego Ministerstwa Zdrowia, konsultant krajowy w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży

płk prof. dr hab. n. med. Marek Rękas, kierownik Kliniki Okulistyki Wojskowego Instytutu Medycznego, konsultant krajowy w dziedzinie okulistyki

prof. dr hab. n. med. Bolesław Samoliński, kierownik Katedry Zdrowia Publicznego i Środowiskowego Zakładu Profilaktyki Zagrożeń Środowiskowych i Alergologii WUM oraz Zakładu Alergologii i Immunologii SP CSK, wiceprzewodniczący Rady Uczelni WUM, członek Rady Naukowej MZ, wiceprzewodniczący Kapituły Narodowej Rady Seniora, wiceprzewodniczący Narodowej Rady Geriatrii i Gerontologii, były dziekan Centrum Kształcenia Podyplomowego WUM, były dyrektor generalny w Ministerstwie Zdrowia

prof. dr hab. n. med. Włodzimierz Sawicki, Katedra i Klinika Położnictwa, Chorób Kobiecych i Ginekologii Onkologicznej II Wydziału Lekarskiego WUM, były prodziekan II Wydziału Lekarskiego i obecny prodziekan Wydziału Lekarskiego WUM, prezes elekt Polskiego Towarzystwa Ginekologii Onkologicznej

dr hab. n. med. Teresa Sierpińska, kierownik Zakładu Protetyki Stomatologicznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku, konsultant krajowy w dziedzinie protetyki stomatologicznej

dr n. med. Leszek Sikorski, minister zdrowia (2003–2004), Zakład Organizacji i Zarządzania w Opiece Zdrowotnej w Katedrze Prawa Medycznego, Organizacji i Zarządzania w Opiece Zdrowotnej na Wydziale Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu

dr n. farm. Magdalena Beata Skarżyńska, Centrum Słuchu i Mowy MEDINCUS, wicedyrektor ds. badań klinicznych Instytutu Narządu Zmysłów

prof. dr hab. n. med. dr h.c. multi Henryk Skarżyński, przewodniczący Komitetu Nauk Klinicznych PAN, wiceprzewodniczący Rady Głównej Instytutów Badawczych, członek Rady Naukowej przy Ministrze Zdrowia, członek Centralnej Komisji ds. Stopni i Tytułów, konsultant krajowy w dziedzinie otorynolaryngologii, dyrektor Instytutu Fizjologii i Patologii Słuchu, członek Rady Naukowej Narodowego Instytutu Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji, prezydent Fundacji „Akademii Polskiego Sukcesu", członek korespondent PAN, członek Europejskiej Akademii Nauk i Sztuk, członek założyciel Światowego Forum Słuchu przy WHO, członek Rady Naukowej Głównej Biblioteki Lekarskiej, członek Rady ds. Polityki Senioralnej przy Ministrze Pracy, Rodziny i Spraw Społecznych, członek założyciel światowej sieci ośrodków doskonałości – Hearring Group, członek założyciel Europejskiej Akademii Otologii i Neurootologii, prezes Polskiego Towarzystwa Otolaryngologii Dziecięcej, redaktor naczelny „Journal of Hearing Science", członek Kapituły Medalu Gloria Medicine

prof. dr hab. n. med. i n. o zdr. mgr zarz. Piotr Henryk Skarżyński, wiceprezydent Międzynarodowego Towarzystwa Telemedycyny i e-Zdrowia (ISfTeH), ekspert WHO ds. zdrowia cyfrowego, członek założyciel Światowego Forum Słuchu przy WHO, członek Rady Naukowej Instytutu Fizjologii i Patologii Słuchu, członek Komitetu Słuchu Amerykańskiej Akademii Otolaryngologii – Chirurgii Głowy i Szyi, wiceprezydent światowej sieci ośrodków doskonałości – Hearring Group, audytor Europejskiej Federacji Towarzystw Audiologicznych (EFAS), dyrektor naukowy Instytutu Narządów Zmysłów, pracownik naukowy WUM

prof. dr hab. n. med. Krzysztof Składowski, dyrektor gliwickiego oddziału Narodowego Instytutu Onkologii im. M. Skłodowskiej-Curie, kierownik I Kliniki Radioterapii i Chemioterapii w Narodowym Instytucie Onkologii im. M. Skłodowskiej-Curie, wiceprezes Polskiego Towarzystwa Radioterapii Onkologicznej, konsultant krajowy w dziedzinie radioterapii onkologicznej

prof. dr hab. n. o kult. fiz. Anna Skrzek, była prorektor ds. nauczania Akademii Wychowania Fizycznego we Wrocławiu, dziekan Wydziału Fizjoterapii AWF we Wrocławiu

prof. dr hab. n. med. Ryszard Słomski, przewodniczący Komitetu Genetyki i Patologii Molekularnej PAN, Instytut Genetyki Człowieka PAN, kierownik Katedry Biochemii i Biotechnologii Uniwersytetu Przyrodniczego w Poznaniu

prof. dr hab. n. med. Agnieszka Słowik, kierownik Oddziału Klinicznego Neurologii Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie, konsultant krajowy w dziedzinie neurologii

dr Janusz Sobolewski, zastępca dyrektora Departamentu Zdrowia i Polityki Społecznej Urzędu Marszałkowskiego Województwa Mazowieckiego

prof. dr hab. n. med. Krzysztof Strojek, członek Centralnej Komisji ds. Stopni i Tytułów, konsultant krajowy w dziedzinie diabetologii, kierownik oddziału Klinicznego Chorób Wewnętrznych, Diabetologii i Schorzeń Metabolicznych Śląskiego Uniwersytetu Medycznego, Oddział Chorób Wewnętrznych i Diabetologii w Śląskim Centrum Chorób Serca w Zabrzu

Krzysztof Suszek, przewodniczący Rady Fundacji „Misja Medyczna"

dr n. med. Michał Sutkowski, prezes Warszawskich Lekarzy Rodzinnych KLRwP, rzecznik prasowy Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce, dyrektor NZOZ Medycyna Rodzinna

dr hab. n. med. Jolanta Sykut-Cegielska, prof. IMiD, konsultant krajowy w dziedzinie pediatrii metabolicznej, przewodnicząca Polskiego Towarzystwa Wrodzonych Wad Metabolizmu, kierownik Kliniki Wrodzonych Wad Metabolizmu i Pediatrii Instytutu Matki i Dziecka w Warszawie, redaktor naczelny czasopisma „Developmental Period Medicine"

dr n. hum. Małgorzata Synowiec-Piłat, Zakład Humanistycznych Nauk Lekarskich Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu, prezes Fundacji „Kreatywnie dla Zdrowia" we Wrocławiu, przewodnicząca zarządu Sekcji Socjologii Zdrowia i Medycyny Polskiego Towarzystwa Socjologicznego

prof. dr hab. n. med. Jerzy Szaflik, członek Komitetu Nauk Klinicznych PAN, dyrektor Centrum Mikrochirurgii Oka LASER, były wieloletni konsultant krajowy w dziedzinie okulistyki, były dyrektor Szpitala Okulistycznego w Warszawie, kierownik Katedry i Kliniki Okulistyki II Wydziału Lekarskiego WUM, członek Kapituły Medalu Gloria Medicine

Dorota Szałtys, dyrektor Departamentu Badań Demograficznych, Główny Urząd Statystyczny

prof. dr hab. n. med. Tomasz Szczepański, kierownik Katedry i Kliniki Pediatrii, Hematologii i Onkologii Dziecięcej, Śląski Uniwersytet Medyczny, konsultant do spraw onkologii i hematologii dziecięcej w województwie śląskim, prorektor ds. nauki, kierownik Katedry i Kliniki Pediatrii, Hematologii i Onkologii Dziecięcej, ordynator Oddziału Hematologii i Onkologii Dziecięcej SP SK1 SUM im. S. Szyszki w Zabrzu, przewodniczący zarządu głównego Polskiego Towarzystwa Onkologii i Hematologii Dziecięcej

dr hab. n. med. Agata Szkiełkowska, prof. IFPS, konsultant wojewódzki na Mazowsze w dziedzinie audiologii i foniatrii, kierownik Kliniki Audiologii i Foniatrii IFPS, zastępca przewodniczącego Rady Naukowej IFPS

prof. dr hab. inż. dr h.c. Jan Szmidt, przewodniczący Konferencji Rektorów Akademickich Szkół Polskich, rektor Politechniki Warszawskiej

prof. dr hab. n. med. Maciej Szmitkowski, pełnomocnik rektora ds. specjalizacji dla diagnostów laboratoryjnych, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku, Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Białymstoku, konsultant krajowy w dziedzinie diagnostyki laboratoryjnej, członek zarządu głównego Polskiego Towarzystwa Diagnostyki Laboratoryjnej, członek Rady Zarządu Kolegium Medycyny Laboratoryjnej w Polsce, redaktor działu „Biochemia kliniczna" w czasopiśmie „Diagnostyka Laboratoryjna", członek komitetu naukowego czasopism „Badanie i Diagnoza" i „Laboratorium Medyczne"

prof. dr hab. n. med. Łukasz Szumowski, minister zdrowia

prof. dr hab. n. med. dr h.c. Tomasz Trojanowski, przewodniczący Sekcji Medycznej Centralnej Komisji ds. Stopni i Tytułów, członek rzeczywisty PAN i członek korespondent PAU, honorowy przewodniczący Komitetu Nauk Neurologicznych PAN, konsultant krajowy w dziedzinie neurochirurgii, członek Rady Naukowej przy Ministrze Zdrowia, były wieloletni rektor Uniwersytetu Medycznego w Lublinie, sekretarz elekt Kapituły Medalu Gloria Medicine

prof. dr hab. n. med. Mieczysław Walczak, kierownik Kliniki Pediatrii, Endokrynologii, Diabetologii, Chorób Metabolicznych Kardiologii Wieku Rozwojowego Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie, konsultant krajowy w dziedzinie endokrynologii i diabetologii dziecięcej, przewodniczący zarządu głównego Polskiego Towarzystwa Endokrynologii i Diabetologii Dziecięcej, przewodniczący Zespołu Koordynacyjnego ds. Stosowania Hormonu Wzrostu w NFZ, przewodniczący Zespołu Koordynacyjnego ds. Chorób Ultrarzadkich w NFZ, członek Zespołu Chorób Rzadkich przy Ministrze Zdrowia

prof. dr hab. n. med. Grzegorz Wallner, członek Centralnej Komisji ds. Stopni i Tytułów, kierownik II Katedry i Kliniki Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Nowotworów Układu Pokarmowego Uniwersytetu Medycznego w Lublinie, konsultant krajowy w dziedzinie chirurgii ogólnej, były prezes Towarzystwa Chirurgów Polskich

prof. dr hab. n. med. Jolanta Walusiak-Skorupa, dyrektor Instytutu Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera w Łodzi, kierownik Kliniki Chorób Zawodowych i Zdrowia Środowiskowego MP, prezes Polskiego Towarzystwa Medycyny Pracy, konsultant dla województwa łódzkiego w dziedzinie medycyny pracy, przedstawiciel Polski w Sekcji Medycyny Pracy w European Union of Medical Specialists (UEMS), członek zarządu głównego (Executive Committee) Europejskiej Akademii Alergologii i Immunologii Klinicznej oraz członek zarządu Occupational and Environmental Allergy Interest Group

Krystyna Wechmann, prezes Federacji Stowarzyszeń „Amazonki", prezes Polskiej Koalicji Pacjentów Onkologicznych

dr hab. n. med. Stefan Wesołowski, prof. IGiCHP, dyrektor Instytutu Gruźlicy i Chorób Płuc

prof. dr hab. n. med. Mirosław Wielgoś, rektor Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, kierownik I Katedry i Kliniki Położnictwa i Ginekologii WUM, konsultant krajowy w dziedzinie perinatologii, były dziekan

I Wydziału Lekarskiego WUM, były prezes Polskiego Towarzystwa Ginekologów i Położników, dyrektor regionalny Ian Donald School for Eastern Europe, wiceprezes World Association of Perinatal Medicine oraz sekretarz generalny European Association of Perinatal Medicine, członek zarządu International Society of The Fetus as a Patient oraz International Academy of Perinatal Medicine

prof. dr hab. n. med. Jacek M. Witkowski, kierownik Katedry i Zakładu Fizjopatologii, Gdański Uniwersytet Medyczny, przewodniczący Komitetu Immunologii i Etiologii Zakażeń Człowieka PAN, prezes Polskiego Towarzystwa Immunologii Doświadczalnej i Klinicznej

dr hab. n. med. Andrzej Wojtyła, prof. PWSZ, minister zdrowia (1992–1993), wiceminister zdrowia (2005–2006), rektor Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej im. Prezydenta S. Wojciechowskiego w Kaliszu

prof. dr hab. n. med. Jerzy Woy-Wojciechowski, honorowy prezes Polskiego Towarzystwa Lekarskiego, prezes Fundacji im. Jakuba hr. Potockiego, kanclerz Kapituły Medalu Gloria Medicine

prof. dr hab. n. med. Tadeusz Wróblewski, Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej, Transplantacyjnej i Wątroby WUM

prof. dr hab. n. med. Jacek Wysocki, członek Centralnej Komisji ds. Stopni i Tytułów, były prodziekan Wydziału Nauk o Zdrowiu, prorektor oraz rektor Uniwersytetu Medycznego im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu, kierownik Katedry Profilaktyki Zdrowotnej na Uniwersytecie Medycznym im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

prof. dr hab. n. med. Mirosław Wysocki, były wieloletni dyrektor Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – Państwowego Zakładu Higieny, kierownik Zakładu Promocji Zdrowia i Prewencji Chorób Przewlekłych NIZP-PZH, członek Komitetu Ekspertów NIZP-PZH, zastępca przewodniczącego Komitetu Zdrowia Publicznego PAN, członek Rady Wykonawczej EuroHealthNet (Bruksela)

Piotr Zakrzewski, prezes zarządu CTTM Bionic Network

dr n. biol. Piotr Zaleski, Sieć Badawcza Łukasiewicz – Instytut Biotechnologii i Antybiotyków w Warszawie

dr hab. n. med. Tomasz Zatoński, prof. UM we Wrocławiu, konsultant w dziedzinie otorynolaryngologii dla województwa dolnośląskiego, Wydział Lekarski Kształcenia Podyplomowego, Katedra i Klinika Otolaryngologii, Chirurgii Głowy i Szyi, Akademia Medyczna we Wrocławiu, prezes Fundacji „Biegaj dla Zdrowia"

dr hab. n. med. Mirosław Ząbek, prof. CMKP, kierownik Kliniki Neurochirurgii Urazów Układu Nerwowego Mazowieckiego Szpitala Bródnowskiego CMKP

prof. dr hab. n. med. Tomasz Zdrojewski, przewodniczący Komitetu Zdrowia Publicznego PAN, kierownik Katedry Nadciśnienia Tętniczego i Diabetologii, Gdański Uniwersytet Medyczny, były doradca Prezydenta RP ds. zdrowia

prof. dr hab. n. med. dr h.c. Marian Zembala, minister zdrowia (2015), członek PAU, dyrektor naczelny Śląskiego Centrum Chorób Serca w Zabrzu, Katedra i Oddział Kliniczny Kardiochirurgii, Transplantologii, Chirurgii Naczyniowej i Endowaskularnej SUM, były poseł na Sejm RP i przewodniczący Rady Naukowej przy Ministrze Zdrowia, członek Kapituły Medalu Gloria Medicine

Grzegorz Ziemniak, ekspert ochrony zdrowia, rynku farmaceutycznego i wyrobów medycznych

Marek Zuber, ekonomista i analityk rynków finansowych

dr hab. n. med. Zbigniew Żuber, prof. KA AFM, kierownik Katedry Pediatrii Krakowskiej Akademii im. Frycza Modrzewskiego, kierownik II Oddziału Klinicznego Dzieci Starszych z pododdziałami Neurologii i Reumatologii Szpitala Dziecięcego św. Ludwika w Krakowie, przewodniczący Rady Ekspertów ds. Chorób Rzadkich przy „Medycznej Racji Stanu"

Kongres „Zdrowie Polaków" 2019. Galeria zdjęć

Otwarcie I Kongresu „Zdrowie Polaków" 2019 w Centrum Nauki Kopernik w Warszawie przez prof. Henryka Skarżyńskiego.

Przywitanie gospodarzy i gości przez ministra zdrowia, prof. Łukasza Szumowskiego.

Wystąpienie prezesa NFZ, dr. Adama Niedzielskiego.

Wystąpienie dr. hab. Jarosława Pinkasa, prof. CMKP, głównego inspektora sanitarnego.

Bartłomiej Chmielowiec, rzecznik praw pacjenta.

Prof. Ryszarda Chazan i prof. Jerzy Szaflik podczas jednej z debat.

Prof. Michał Kleiber, wiceprezydent Europejskiej Akademii Nauk i Sztuk.

Prof. Leszek Rafalski, przewodniczący Rady Głównej Instytutów Badawczych.

Prof. Jan Szmidt, przewodniczący Konferencji Rektorów Akademickich Szkół Polskich, rektor Politechniki Warszawskiej.

Dr Artur Drobniak, zastępca sekretarza Naczelnej Rady Lekarskiej.

Uroczystość otwarcia I Kongresu „Zdrowie Polaków" 2019 w Centrum Nauki Kopernik.

Minister Łukasz Szumowski podczas wywiadu dla TVP2.

Dr Marek Balicki, minister zdrowia w 2003 r. oraz w latach 2004-2005, udziela wywiadu radiowej Jedynce.

Debata plenarna ministrów zdrowia RP.

Wystąpienie prof. Mariana Zembali, ministra zdrowia w 2015 r.

Debata plenarna ministrów zdrowia RP.

Dr Konstanty Radziwiłł, minister zdrowia w latach 2015-2018.

Prof. Grzegorz Opala, minister zdrowia w latach 2000-2001.

Sala audytoryjna Centrum Nauki Kopernik podczas debaty plenarnej ministrów zdrowia.

Panel dyskusyjny „Aktualne możliwości telemedycyny". Wystąpienie prof. Jerzego Szaflika.

Prof. Piotr Henryk Skarżyński.

Prof. Ryszard Piotrowicz.

Debata plenarna ekspertów zarządzania i ekonomiki służby zdrowia pt. „Wpływ ekonomii i gospodarki na zdrowie Polaków".

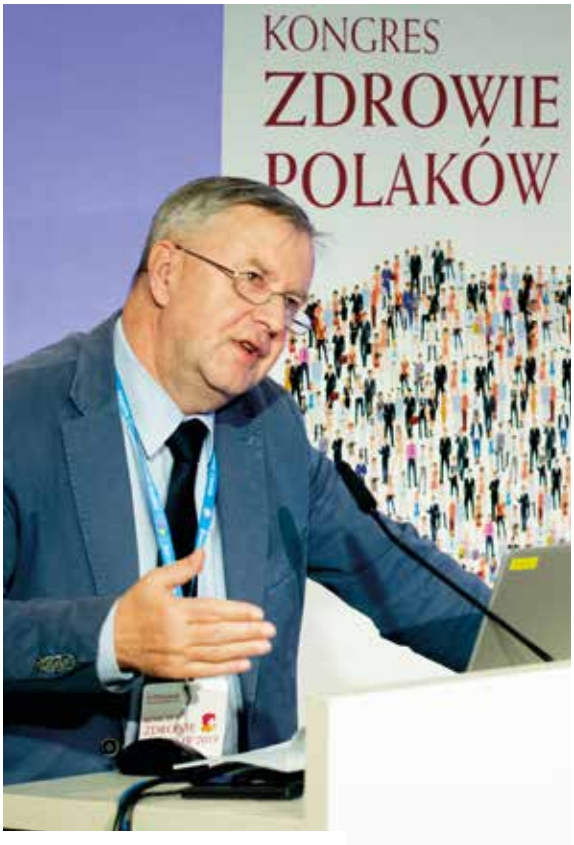
Prof. Piotr Czauderna, prof. Krzysztof Opolski (moderatorzy debaty) słuchają wystąpienia dr. Michała Chojnackiego.

Prof. Mirosław Wielgoś.

Prof. Marian Klinger.

Debata plenarna rektorów uniwersytetów medycznych i szkół wyższych pt. „Strategie działań uczelni medycznych wobec oczekiwań zdrowotnych Polaków".

Wystąpienie prof. Mariana Zembali podczas debaty rektorów uniwersytetów medycznych i szkół wyższych.



Prof. Tomasz Grodzicki.

Prof. Andrzej Lewiński.

Panel dyskusyjny pt. „Nauka i inicjatywy samorządowe w budowaniu świadomości prozdrowotnej młodego pokolenia Polaków".

Panel dyskusyjny pt. „Nowe technologie w różnych obszarach medycyny".

Uczestnicy Kongresu – sala audytoryjna Centrum Nauki Kopernik.

Moderatorzy panelu o strategiach naukowych: dr Marek Balicki, dr Grzegorz Juszczyk, prof. Tomasz Zdrojewski.

Panel dyskusyjny pt. „Strategie naukowe wspierające zdrowie Polaków".

Panel dyskusyjny pt. „Nowe technologie i osiągnięcia w specjalnościach chirurgicznych". Udział w nim wzięli m.in. prof. Tadeusz Wróblewski, prof. Henryk Skarżyński, prof. Dariusz Patkowski.

Prof. Marian Zembala.

Wystąpienia prof. Iwony Niedzielskiej słuchają: prof. Tomasz Trojanowski i prof. Grzegorz Wallner.

Wystąpienie prof. Mirosława Ząbka.

Prof. Bolesław Samoliński podczas wywiadu dla TVP Info.

Ks. Arkadiusz Nowak, Ewa Błaszczyk, Marek Krupiński, dyrektor UNICEF Polska.

Panel dyskusyjny pt. „Skuteczność organizacji pozarządowych w działaniach na rzecz zdrowia Polaków".

Dr hab. Dariusz Czaprowski, prof. Anna Skrzek, prof. Krzysztof Klukowski.

Prof. Grzegorz Opala, minister zdrowia w latach 2000-2001.

Panel dyskusyjny pt. „Aktywność fizyczna w profilaktyce chorób cywilizacyjnych na różnych etapach życia człowieka".

Prof. Ryszard Gellert.

Uczestnicy panelu dyskusyjnego „Rozwój nowych terapii w wybranych dziedzinach medycyny": prof. Agnieszka Słowik i prof. Jarosław Reguła.

Panel dyskusyjny „Promocja zachowań prozdrowotnych Polaków". Dr Katarzyna Becker, prof. Jerzy Woy-Wojciechowski, prof. Piotr Jankowski.

Prof. Maria Borawska, dr Małgorzata Synowiec-Piłat i Krzysztof Suszek.

Prof. Konrad Rejdak.

Prof. Anna Członkowska.

Panel dyskusyjny pt. „Choroby cywilizacyjne i inne wyzwania w neurologii i neurochirurgii".

Prof. Andrzej Horban i prof. Kazimierz Roszkowski-Śliż.

Dr hab. Jarosław Pinkas, prof. CMKP, główny inspektor sanitarny.

Panel dyskusyjny pt. „Wyzwania w zakresie zdrowia publicznego i środowiskowego". Dr Paweł Wdówik, dr hab. Agata Szkiełkowska, prof. IFPS, i dr hab. Piotr Majcher.

Prof. Anna Krakowiak.

Prof. Ewa Helwich podczas wywiadu.

Panel dyskusyjny pt. „Zdrowie Polaków – oczekiwania pacjentów".

Dr Witold Cieśla, zastępca dyrektora Instytutu Fizjologii i Patologii Słuchu.

Dr Grzegorz Juszczyk, dyrektor Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego.

Panel dyskusyjny pt. „Wyzwania medycyny wieku rozwojowego". Prof. Mieczysław Walczak, dr hab. Ewa Emich-Widera i prof. Grażyna Mielnik-Niedzielska.

Prof. Teresa Jackowska, dr Marek Migdał i prof. Karina Jahnz-Różyk.

Debata plenarna „Medyczna Racja Stanu – co się udało, co przed nami".

Ks. Władysław Duda, Grzegorz Błażewicz, zastępca rzecznika praw dziecka, Krystyna Wechmann, prezes Polskiej Koalicji Pacjentów Onkologicznych.

Panel dyskusyjny pt. „Postępy i wyzwania w diagnostyce i leczeniu nowotworów". Prof. Wiesława Grajkowska, dr Bożena Budziszewska, prof. Mieczysław Rajmund Chorąży.

Prowadzący panel: prof. Jerzy Walecki i prof. Maciej Krzakowski.

Prof. Tomasz Szczepański, prof. Krzysztof Składowski i prof. Wojciech Golusiński.

Panel dyskusyjny pt. „Postępy i wyzwania w leczeniu chorób serca i naczyń". Prof. Grzegorz Opolski, prof. Piotr Andziak, prof. Andrzej Więcek.

Prof. Marek Kuch.

Prof. Zbigniew Gaciong.

Prof. Marek Kuch, prof. Jurek Olszewski,
dr hab. Paweł Olszewski, prof. Jacek Wysocki.

Moderatorzy debaty: prof. Piotr Małkowski
i prof. Bolesław Samoliński,
oraz ks. prof. Stanisław Dziekoński.

Debata rektorów, dziekanów wydziałów lekarskich, lekarsko-stomatologicznych, nauk o zdrowiu i pielęgniarskich pt. „Przygotowanie kadr medycznych" w realizacji wyzwań zdrowotnych Polaków.

Ks. prof. Stanisław Dziekoński.

Prof. Mieczysław Rajmund Chorąży.

Panel dyskusyjny pt. „Postępy w leczeniu narządów zmysłów". Prof. Tadeusz Pałko, prof. Grażyna Mielnik-Niedzielska, prof. Leonora Bużańska i prof. Andrzej Czyżewski.

Płk prof. Marek Rękas.

Prof. Henryk Skarżyński.

Dr hab. Barbara Remberk.

Dr hab. Robert Pudlo.

Panel dyskusyjny pt. „Badanie dobrostanu Polaków – stan obecny, wyzwania". Dr Lidia Popek, dr hab. Michał Lew-Starowicz, dr hab. Bernadetta Izydorczyk, prof. Zbigniew Lew-Starowicz.

Prof. Henryk Skarżyński podczas wywiadu dla RMF FM.

Panel dyskusyjny „Diagnoza doświadczeń pacjentów w kontakcie z placówką medyczną, studium przypadku na przykładzie Instytutu »Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka«". Beata Rąbińska i Piotr Ciąćka z Kantar Polska.

Panel dyskusyjny pt. „Stomatologia zachowawcza i operacyjna". Wystąpienie dr. Macieja Nowaka.

Prof. Iwona Niedzielska.

Prof. Renata Górska, prowadząca panel poświęcony stomatologii.

Prof. Krzysztof Czajkowski.

Panel „Postępy i osiągnięcia w położnictwie, ginekologii i neonatologii". Moderatorzy: prof. Andrzej Lewiński i prof. Mirosław Wielgoś.

Prof. Włodzimierz Sawicki, prof. Przemysław Oszukowski i prof. Ewa Helwich.

Debata plenarna dyrektorów instytutów medycznych – „Działania instytutów medycznych wspierających zdrowie Polaków".

Prof. Andrzej Kawecki, dr hab. Anna Fijałkowska i dr Grzegorz Juszczyk.

Moderatorzy debaty plenarnej dyrektorów instytutów medycznych: prof. Henryk Skarżyński, dr hab. Janusz Heitzman, prof. Grzegorz Opolski, oraz prof. Leonora Bużańska.

Dr Anna Kowalczuk.

Prof. Krzysztof Kochanek.

Panel dyskusyjny pt. „Zdrowie Polaków z perspektywy młodego pokolenia pracowników naukowych i klinicznych".

Dr Robert Brawura-Biskupski-Samaha oraz moderatorzy tego panelu: dr hab. Maksymilian Opolski i prof. Piotr H. Skarżyński.

Dr Natalia Czajka.

Dr Magdalena Beata Skarżyńska.

Dr Łukasz Jankowski, dr Piotr Duchnowski
i dr hab. prof. UM Tomasz Zatoński.

Wystąpienie dr Agnieszki Kalińskiej-Bienias w debacie plenarnej pt. „Największe zagrożenia zdrowotne dla naszego społeczeństwa. Podsumowanie programu »Po Pierwsze Zdrowie«".

Barbara Misiewicz-Jagielak, dr hab. Barbara Remberk, Dorota Szałtys.

Dr Małgorzata Synowiec-Piłat,
Grzegorz Ziemniak.

Dr hab. Adam Bodnar,
prof. Iwona Hus,
prof. Janusz Heitzman.

Panel dyskusyjny pt. „Rola dziennikarza w kształtowaniu postaw prozdrowotnych". Moderatorzy: red. Bartosz Kwiatek i red. Iwona Schymalla, oraz red. Małgorzata Konaszczuk, red. Paweł Kruś, red. Katarzyna Pinkosz i red. Aleksandra Kurowska.

Dr Andrzej Mądrala.

Redaktorzy Paweł Walewski
i Justyna Wojteczek.

KONGRES
ZDRO
POLAK
26–27 paździe
CENTRUM NAUKI KOPER

WIE
KÓW
rnika 2020
RNIK, WARSZAWA
Organizatorzy
Światowe Centrum Słuchu
PAN
Instytut Narządów Zmysłów
ZDROWIE

Indeks

A

Ambroziewicz Beata
101; 102; 109-110; 257

Andziak Piotr
29-30; 197; 229-230; 257; 293

B

Balicki Marek
120; 203-204; 205; 257; 273; 281

Balsam Paweł
89-91; 257

Barcikowska Maria
19; 49-50; 257

Becker Katarzyna
19; 180; 193-194; 257; 286

Błażewicz Grzegorz
101; 103; 181; 257; 291

Bodnar Adam
172-173; 257; 305

Borawska Maria
187-188; 257; 286

Bosacka Katarzyna
188; 257

Brawura-Biskupski-Samaha Robert
37-38; 234; 236; 257; 302

Bruski Łukasz
27; 88-89; 257

Budziszewska Bożena Katarzyna
43-44; 257; 292

Bużańska Leonora
19; 38-39; 248-249; 257; 296; 301

C

Chęciński Paweł
194; 257

Chojnacki Michał
139-140; 257; 277

Chojnacki Paweł
131-132; 257

Chorąży Mieczysław Rajmund
19; 196; 211; 230-231; 258; 292; 295

Ciąćka Piotr
113-114; 258; 297

Cierniak-Piotrowska Małgorzata
149-158; 258

Cieśla Witold
99-100; 101; 102; 104-106; 232; 258; 289

Czajkowski Krzysztof
56; 258; 299

Czaprowski Dariusz
163-165; 258; 285

Czauderna Piotr
8; 19; 129; 137; 141-142; 177; 258; 277

Członkowska Anna
52-53; 258; 287

Czupryniak Leszek
19; 181; 183, 258

Czyżewski Andrzej
19; 35; 82; 83-87; 258; 296

D

Drygas Wojciech
163; 258

Dziekoński Stanisław
19; 221-222; 258; 294; 295

Dzierżanowska-Fangrat Katarzyna
81; 258

E

Emich-Widera Ewa
48-49; 111-112; 232; 258; 290

F

Fijałkowska Anna
243-244; 258; 300

Fiszer Urszula
19; 50-51; 258

Frączek Mariusz
160-162; 258

Fronczak Adam
122-123; 144; 163; 185-186; 198; 258

G

Gaciong Zbigniew
46-47; 259; 293

Gałązka-Sobotka Małgorzata
19; 133; 139; 142; 259

Gellert Ryszard
19; 212; 217-218; 223; 259; 285

Golusiński Wojciech
19; 36; 87; 259; 292

Gołąb Jakub
104; 148; 168; 259

Górska Renata
19; 62-63; 180; 259; 298

Górski Andrzej
19; 215; 259

Grabska-Liberek Iwona
20; 66-67; 180; 259

Grajkowska Wiesława
79; 259; 292

Gręziak Anna
124; 259

Grodzicki Tomasz
20; 216; 259; 279

Grzybowski Jan
94-95; 259

H

Hanke Wojciech
160; 191-192; 259

Heitzman Janusz
20; 67-71; 240; 251-252; 253-254; 259; 301; 305

Helwich Ewa
56; 259; 288; 299

Hryniewiecki Tomasz
20; 242-243; 259

I

Izydorczyk Bernadetta
75; 260; 297

J

Jahnz-Różyk Karina
58; 260; 290

Jakubiak Krzysztof
197-199; 260

Jamroży Miłosz
27; 96-98; 260

Jankowski Łukasz
201; 207-208; 235; 236; 260; 303

Jankowski Piotr
160; 260; 285

Jarząb Barbara
20; 43; 260

Jasińska Anna
181; 260

Jaworska Urszula
107; 260

Juras Grzegorz
201; 208; 206-207; 260

Juszczyk Grzegorz
7; 20; 101; 102; 132-133; 143; 167-168; 180; 252-253; 260; 281; 289; 300

K

Kalińska-Bienias Agnieszka
166-167; 260

Kawecki Andrzej
241-242; 260; 300

Kleiber Michał
13-14; 20; 260; 271

Klinger Marian
20; 218-219; 260; 278

Kochanek Krzysztof
96; 239; 240; 244-245; 260; 301

Konopka Tomasz
20; 65-66; 260

Kostka Tomasz
221; 260

Kotwicki Tomasz
165-166; 260

Kowalczuk Anna
20; 249-250; 260; 301

Krakowiak Anna
79-80; 233; 261; 288

Krawczyk Marek
16; 21; 32; 213; 219; 261

Królicki Leszek
76-77; 261

Krupiński Marek
21; 199-200; 261; 284

Krzakowski Maciej
41-42; 41; 261; 292

Krzesiński Paweł
92; 261

Księżopolska-Orłowska Krystyna
205-206; 261

Kuch Marek
21; 28; 45-46; 212; 225-227; 261; 293; 294

L

Lew-Starowicz Zbigniew
21; 71; 261; 297

Lewiński Andrzej
195-196; 212; 216-217; 261; 279; 299

Lipowska Małgorzata
195; 198; 261

M

Maciejewski Tomasz
21; 250-251; 261

Maćkowiak Stanisław
101; 110; 198; 261

Majewski Sławomir
166-167; 180; 261

Małkowski Piotr
21; 219-220; 261; 294

Marszałek Andrzej
78; 261

Mądrala Andrzej Kazimierz
21; 111; 178; 261; 305

Meder Janusz
21; 169; 180; 181; 184; 198; 261

Mielnik-Niedzielska Grażyna
22; 35; 82-83; 229; 241; 261; 290; 296

Mierzejewski Piotr
173; 181; 261

Migdał Marek
22; 57-58; 112; 249; 262; 290

Mikos Marcin
102; 103-104; 262

Misiewicz-Jagielak Barbara
106-107; 134; 140; 262; 304

Moryś Janusz
22; 213; 214-215; 262

N

Niedzielska Iwona
22; 35-36; 180; 262; 283; 298

Niedzielski Adam
11-12; 134-135; 142; 262; 270

Nojszewska Ewelina
22; 136-137; 143; 183; 262

Nowak Arkadiusz
172; 198; 262; 284

Nowak Maciej
64; 262; 298

Nowiński Wiesław
77-78; 262

O

Olszewski Jurek
22; 35; 212; 224-225; 262; 294

Olszewski Paweł
227-228; 262; 294

Opala Grzegorz
22; 121; 262; 275; 285

Opolski Grzegorz
22; 47; 89; 180; 262; 293; 301

Opolski Krzysztof
22; 129; 139; 262; 277

Opolski Maksymilian
234; 235; 262; 302
Osiński Wiesław
22; 147; 176; 192-193; 262

P

Pacholec Małgorzata
108-109; 262
Pałko Tadeusz
87-88; 95; 262; 296
Panek-Owsiańska Mirella
174; 198; 262
Patkowski Dariusz
30-31; 263; 282
Pawłowska Marta
176; 186-187; 263
Piekutowska Patrycja
113; 263
Pilarska Ewa
51; 263
Pinkas Jarosław
22; 121-122; 263; 270; 288
Piotrowicz Ryszard
22; 91; 263; 276
Piróg Maciej
101; 102-103; 123-124; 263
Popek Lidia
73-74; 263; 297
Pudlo Robert
22; 72-73; 263; 297

R

Rabiej Paweł
169-170; 263
Radziwiłł Konstanty
103; 119-120; 143; 263; 275
Rafalski Leszek
23; 240; 241; 263; 271
Rąbińska Beata
113-114; 263; 297
Reguła Jarosław
44-45; 263; 285
Rejdak Konrad
53; 263; 287
Remberk Barbara
23; 74-75; 180; 263; 297; 304
Rękas Marek
39-40; 263; 296

S

Samoliński Bolesław
23; 211; 212; 223-224; 232; 263; 283; 294
Sawicki Włodzimierz
147; 168; 263; 299
Sierpińska Teresa
60-61; 264
Sikorski Leszek
121; 264
Skarżyńska Magdalena Beata
110-111; 236; 264; 303
Skarżyński Henryk
5-8; 16; 33-35; 63; 81-82; 88; 95; 96; 117; 125-126; 148; 176; 178; 181; 193; 201; 202-203; 239; 240; 244; 253--254; 264; 269; 282; 296; 297; 301
Skarżyński Piotr Henryk
35; 88; 96; 234-236; 264; 276; 302
Składowski Krzysztof
23; 211; 231; 264; 292
Skrzek Anna
201; 204; 264; 285
Słomski Ryszard
23; 76; 264
Słowik Agnieszka
52; 264; 285
Sobolewski Janusz
189-190; 264
Strojek Krzysztof
47-48; 264
Suszek Krzysztof
186; 264; 286
Sutkowski Michał
23; 162; 181; 264
Sykut-Cegielska Jolanta
54-55; 264
Synowiec-Piłat Małgorzata
23; 147; 170-172; 174-175; 265; 286; 305
Szaflik Jerzy
23; 93-94; 265; 271; 276
Szałtys Dorota
148; 149-158; 265; 304
Szczepański Tomasz
23; 42-43; 265; 292
Szkiełkowska Agata
58-60; 265; 288
Szmidt Jan
15-16; 23; 265; 272
Szmitkowski Maciej
80-81; 265
Szumowski Łukasz
7; 9-10; 57; 117; 118-119; 126; 177; 265; 269; 273

T

Trojanowski Tomasz
23; 40-41; 265; 283

W

Walczak Mieczysław
56; 265; 290
Wallner Grzegorz
27; 31-32; 265; 283
Walusiak-Skorupa Jolanta
240; 245-247; 265
Wechmann Krystyna
107-108; 181; 265; 291
Wesołowski Stefan
24; 240; 247-248; 265
Wielgoś Mirosław
24; 37; 213-214; 265; 278; 299
Witkowski Jacek Maciej
24; 53-54; 266
Wojtyła Andrzej
124-125; 266
Woy-Wojciechowski Jerzy
24; 27; 147; 158-159; 266; 286
Wróblewski Tadeusz
32-33; 266; 282
Wysocki Jacek
220-221; 266; 294
Wysocki Mirosław
24; 204-205; 266

Z

Zakrzewski Piotr
98; 266
Zaleski Piotr
24; 240; 242; 266
Zatoński Tomasz
35; 190-191; 234; 236; 266; 303
Ząbek Mirosław
37; 55; 266; 283
Zdrojewski Tomasz
24; 159-160; 266
Zembala Marian
36-37; 120; 266; 274; 279; 282
Ziemniak Grzegorz
24; 137-138; 143; 266; 305
Zuber Marek
24; 117; 135-136; 140-141; 266

Ż

Żuber Zbigniew
24; 181; 183; 184; 266

Partner Wspierający

ORLEN

Organizatorzy

Fundacja Po Pierwsze Zdrowie

Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu

Instytut Narządów Zmysłów

Sport Rekreacja Przygoda Medincus Active

Towarzystwo Otorinolaryngologów, Foniatrów i Audiologów Polski TOFAP

Partnerzy Medialni

Jedynka Polskie Radio

TVP

Świat Lekarza

Gazeta Lekarska

Puls Medycyny

Portale Medyczne

medycyna praktyczna

Medexpress.pl

Służba Zdrowia

wprost

Dziennikarski Klub Promocji Zdrowia

Termedia

menedżer zdrowia

Kurier Medyczny menedżera zdrowia

Słyszę

Journal of Hearing Science

Nowa Audiofonologia