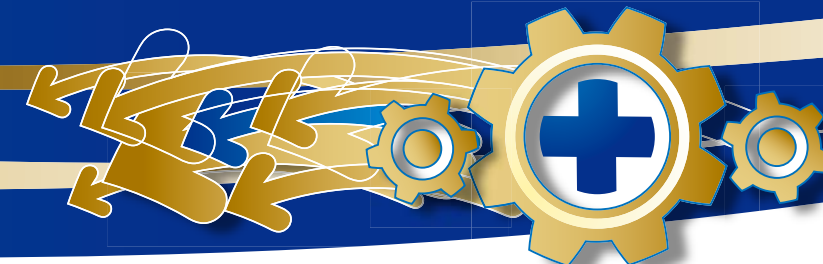




PRIORYTETY 2023

W OCHRONIE ZDROWIA



Marzena Sygut

Wyzwania i priorytety w ochronie zdrowia na rok 2023

W polskiej ochronie zdrowia potrzebujemy zrównoważonego systemu, działającego zgodnie z zasadami *evidence based medicine* i *evidence based management*. Systemu, który ma jasno zdefiniowane cele, bazuje na dobrej profilaktyce oraz redukcji szkód – podkreślali eksperci podczas sesji inauguracyjnej „Wyzwania i priorytety na rok 2023” konferencji Priorytety w Ochronie Zdrowia 2023.

Zgodnie z danymi OECD w 2021 r. w Polsce zmarło pół miliona osób. – Takiego tragicznego roku, jeśli chodzi o zgony w liczbach bezwzględnych, jeszcze nie było. W liczbie zgonów na 100 tys. mieszkańców jesteśmy na poziomie Bułgarii, Rumunii, Słowenii. Kolejna niepokojąca informacja jest taka, że w Polsce zmniejszyła się długość życia, aż o 2,4 roku. A nasze szanse na długie życie od dawna są mniejsze niż w Europie Zachodniej – alarmował prof. dr hab. n. med. Marcin Czech z Instytutu Matki i Dziecka w Warszawie, prezes Polskiego Towarzystwa Farmakoeconomicznego. Podkreślił, że w dużej mierze jest to konsekwencja pandemii, którą jednak można było lepiej zarządzać. – Drugą przyczyną jest nie do końca efektywnie działający system ochrony zdrowia,

co również uwidoczniła pandemia. Wprawdzie zrobiliśmy olbrzymi skok w pewnych dziedzinach, chociażby w zarządzaniu danymi, systemach IT, ale on nie zrównoważył zaległości, które mamy od lat. W konsekwencji nasz system nie zadziałał sprawnie – dodał. Wskazał również, że braki systemu najwyraźniej widać, kiedy korzysta się z niego jako pacjent. – Nonsensów w ochronie zdrowia jest całe mnóstwo, dlatego w tym roku powinniśmy wprowadzić mniejsze bądź większe zmiany, które spowodują, że nie będziemy w przyszłości płacić życiem za to, że nie umiemy dobrze zorganizować systemu, który przecież w tej chwili jest dużo lepiej finansowany – podkreślił prof. Marcin Czech. Z kolei dr n. ekon. Małgorzata Gałązka-Sobotka, dyrektor Instytutu Zarządzania

w Ochronie Zdrowia Uczelni Łązarskiego, zaznaczyła, że systemy zrównoważone to te, w których bardzo głęboko zakorzenione są zasady *evidence based medicine* oraz *evidence based management* i które mają wyraźnie określone cele. – Powinniśmy jasno zdefiniować cele, do których chcemy dążyć, a ich miarą powinny być wskaźniki. Ekscytujemy się raportami, jednak ich miejsce w naszym codziennym działaniu jest znikome. Więcej czasu poświęcamy na dyskusje o strukturze, procesach, o tym, jak je zmieniać, niż na wyciąganie wniosków z efektów działań podejmowanych w systemie ochrony zdrowia na poziomie pacjenta, placówki, świadczeniodawcy, regionu i państwa – podkreśliła. – Potrzebujemy transformacji mentalnej. Na szczęście już teraz wiele placówek medycznych przygląda się temu, co robią, jak

robią i jakie to przynosi wyniki dla pacjenta i dla szpitala. Nie tylko mierzą twarde punkty końcowe, lecz także zaczynają patrzeć na narzędzia, przyglądają się, co dla pacjenta jest miarą sukcesu terapeutycznego – dodała dr Małgorzata Gałązka-Sobotka. Kolejną ważną rzeczą, na którą zwróciła uwagę ekspertka, są systemy informatyczne i dane. Ten kierunek trzeba bezwzględnie rozwijać i zdecydowanie częściej korzystać z danych. Przykładem są chociażby nowoczesne terapie raportowane do SMPT, z których można bardzo wiele się dowiedzieć. – Najważniejsza informacja, jaka z nich płynie, to ta, czy nowe technologie medyczne zastosowane w ramach refundacji są efektywne – wyjaśniła. Do kwestii tych odniosła się również Nienke Feenstra, prezes Infarmy, dyrektorka



W DEBACIE UCZESTNICZYLI:

- Bartłomiej Chmielowiec – rzecznik praw pacjenta
- prof. dr hab. n. med. Marcin Czech – Instytut Matki i Dziecka w Warszawie, Polskie Towarzystwo Farmakoeconomiczne
- Małgorzata Dziedzic – zastępca prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia
- Nienke Feenstra – prezes Infarmy, Takeda Pharma
- dr n. ekon. Małgorzata Gałązka-Sobotka – dyrektor Instytutu Zarządzania w Ochronie Zdrowia Uczelni Łązarskiego
- Michał Kępcowicz – Philips Polska
- Krzysztof Kopeć – prezes Polskiego Związku Pracodawców Przemysłu Farmaceutycznego
- Agata Łapińska-Kołodzińska – prezes Naukowej Fundacji Polpharmy
- Maciej Miłkowski – Ministerstwo Zdrowia
- prof. dr hab. n. med. Filip Szymański – Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie, prezes Polskiego Towarzystwa Chorób Cywilizacyjnych



Fot. Patryk Rydzik



Fot. Patryk Rydzik



Fot. Patryk Rydzik



Fot. Patryk Rydzik

”

Bartłomiej Chmielowiec: Jesteśmy jednym z 30 państw, które mają system kompensacyjny szczepień ochronnych. Jeśli chodzi o fundusz kompensacyjny w badaniach klinicznych, to takich rozwiązań trudno w ogóle szukać na świecie, a system no fault działa jedynie w kilkunastu krajach

”

prof. Marcin Czech: W tym roku powinniśmy wprowadzić mniejsze bądź większe zmiany, które spowodują, że nie będziemy w przyszłości płacić życiem za to, że nie umiemy dobrze zorganizować systemu, który przecież w tej chwili jest dużo lepiej finansowany

”

Nienke Feenstra: Ważne jest, aby bardzo dokładnie analizować prawodawstwo, np. nowelizowaną ustawę refundacyjną, na którą powinniśmy patrzeć perspektywnie

”

Maciej Miłkowski: Udało nam się znacznie poprawić jakość informacji w systemie ochrony zdrowia. Wprowadziliśmy pełną informatyzację w zakresie monitorowania zachorowań. Mamy bardzo dobre rozwiązania dotyczące leków, wystawiania recept

generalna Takeda Pharma, przyznając, że Polska potrzebuje systemu ochrony zdrowia opartego na wartościach, choćby dlatego, że tylko w ten sposób zrównoważymy braki kadrowe. Zaznaczyła, że budowanie systemu ochrony zdrowia nie może się odbywać bez przewidywania kolejnych kroków, tak aby podejmowane działania były dostosowane do potrzeb starzejącego się społeczeństwa. Pomocą mogą służyć zarówno nowe technologie, które należy wykorzystywać na korzyść pacjenta, jak i zbieranie i analizowanie danych. – Polskę czeka bardzo długa droga, dlatego musimy przeanalizować, jakie dane mamy w systemie SMPT, jakich usług dla pacjentów potrzebujemy, w jaki sposób monitorować świadczenia. Musimy też przemyśleć, jakie dane oprócz tych, które już posiadamy, chcemy zbierać. W ten sposób będziemy mogli wspomagać pacjentów przez całą ich podróż medyczną – zauważyła.

– Kolejne ważne aspekty, na które trzeba stawiać, to wartości i zaufanie. Jeżeli wartości istotne dla pacjenta będą mu dostarczane w trakcie całego procesu diagnostycznego i terapeutycznego, to możliwe będzie zbudowanie zaufania do systemu opieki – mówiła. Dodała, że aby zbudować ochronę zdrowia opartą na wartościach, musimy też patrzeć na wynik końcowy. – Dlatego ważne jest, aby bardzo dokładnie analizować prawodawstwo, np. nowelizowaną ustawę refundacyjną, na którą powinniśmy patrzeć perspektywnie. Ustawa już dziś może być gotowa na ochronę zdrowia opartą na wartościach. Jest to jedyny sposób, żeby podwyższyć wartość dla pacjenta przy mniejszych kosztach ze strony systemu – podsumowała Nienke Feenstra.

Jak zapewnić bezpieczeństwo leków?

– Podczas obrad Parlamentu Europejskiego podkreślano, że konieczne jest zadbanie

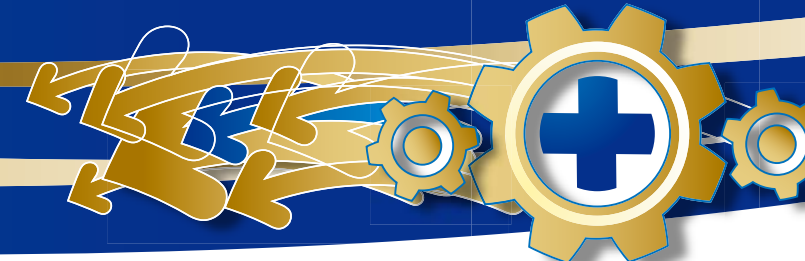
o suwerenność lekową Europy, by nie docho-
dziło do problemów z dostępnością leków. Zarówno COVID-19, jak i trwająca tridemia spowodowały ponadstandardowe zapotrzebowanie na leki. Na szczęście w Polsce mamy krajowy przemysł, który jest w dialogu z Ministerstwem Zdrowia i Głównym Inspektorem Farmaceutycznym. Dzięki temu mimo globalnych braków leków nie doszło u nas do tak dramatycznych sytuacji, jak u naszych sąsiadów w Europie – mówił Krzysztof Kopeć, prezes Polskiego Związku Pracodawców Przemysłu Farmaceutycznego. Wskazał, że przyczyną braku leków jest uzależnienie od dostaw z Azji, gdzie produkcja farmaceutyczna została przeniesiona w wyniku presji na ciągłe obniżki cen. – Rozwiązaniem w tej sytuacji jest przemysł krajowy. Polskie firmy reagują na bieżąco na sytuację na rynku leków i starają się zwiększać produkcję. Polfa np. przez 24 godziny na dobę produkuje antybiotyki. Polpharma,

specjalizująca się głównie w produkcji antybiotyków szpitalnych, nadąża za rosnącym zapotrzebowaniem, ale jest w ścisłym kontakcie z klinicystami, aby w razie potrzeby nie zawieść. Dodatkowo Krajowi Producenci Leków gromadzą zapasy leków, aby zapewnić bufor bezpieczeństwa – wyjaśnił Krzysztof Kopeć. Podkreślił jednak, że powinniśmy produkować więcej leków. – W systemie refundacyjnym spada udział krajowych leków, a z każdym kolejnym obwieszczeniem ich średnia cena się obniża. Tymczasem koszty produkcji rosną. Z jednej strony jest to zysk budżetu NFZ, ale kosztem braku bezpieczeństwa polskich pacjentów. Tymczasem firmy farmaceutyczne muszą sobie radzić i dlatego szukają sposobu na zarobek w produkcji leków dostępnych bez recepty (OTC), których ceny ustala rynek. Tylko że zwiększenie produkcji OTC nie zapewni nam bezpieczeństwa – zaznaczył.



PRIORYTETY 2023

W OCHRONIE ZDROWIA



– Nasz rząd deklaruje, że zamierza rozwijać przemysł farmaceutyczny w Polsce, posłowie wszystkich opcji twierdzą, że trzeba budować bezpieczeństwo lekowe kraju oparte na rodzimej produkcji, a sam resort zdrowia zapewnia, że chce zagwarantować krajowym producentom warunki rozwoju. Ale im niżej w drzewie decyzyjnym, tym gorzej – dodał Krzysztof Kopeć. Przyznał, że Ministerstwo Zdrowia podwyższa ceny niektórych leków, ale te pojedyncze działania nie odwracają trendu. – Widzimy światło w tunelu, bo Ministerstwo Zdrowia wskazuje, że produkcja leków w kraju jest ważna. Musimy jednak wprowadzić efektywne instrumenty, które będą ją zwiększać. To powinien być odważny ruch pokazujący, że bezpieczeństwo polskich pacjentów jest priorytetem rządu – wyjaśnił.

Agata Łapińska-Kołodzińska, prezes Naukowej Fundacji Polpharmy, podkreśliła, że instytucja ta inwestuje w polską naukę, wspierając badania kliniczne w zakresie badań podstawowych. W trakcie nieco ponad 20 lat działalności przeznaczyła na ten cel ponad 30 mln zł. – Chcemy kontynuować tę drogę. Rozmawiamy z uczelniami, w zeszłym roku odbył się nasz I. Konwent Rektorów. W czasie spotkania rozmawialiśmy o finansowaniu badań w Polsce, nauce i edukacji na państwowych uczelniach medycznych, innowacjach oraz bezpieczeństwie lekowym. Nie zabrakło też pytań o compliance w kontekście tego, czy możliwa jest optymalizacja procesów leczenia i czy technologia może poprawić compliance. Wszystko dlatego, że pacjent jest tym elementem systemu, któremu fundacja chce poświęcić najwięcej uwagi – zaznaczyła. Dodała, że przyznane w tym roku granty w ramach XXI edycji konkursu na projekt badawczy dotyczyły oprócz cyfryzacji właśnie obszaru compliance.

Nieklasyczne czynniki ryzyka chorób cywilizacyjnych

Michał Kępowicz, członek zarządu Philips Polska, podkreślił, że aby zapobiec w przyszłości nadmiarowym zgonom i chorobom cywilizacyjnym, trzeba zacząć działać na najwcześniejszym etapie, czyli poprawić jakość i warunki życia człowieka.

– Rocznie z powodu zanieczyszczenia środowiska naturalnego umiera 50 mln osób na świecie. To są straty rzędu 900 mld dolarów. Także w Polsce wielu ludzi choruje i umiera z tego powodu. Powinniśmy powstrzymać

tę falę, którą generujemy. Nie bez winy jest też system ochrony zdrowia, który jest piątym wytwórcą gazów cieplarnianych. Jeśli chcemy zatrzymać falę chorych, którzy trafiają do systemu w stanie zaawansowanym, powinniśmy zmniejszyć liczbę pacjentów z chorobami cywilizacyjnymi związanymi z zanieczyszczeniem środowiska. Komisja Europejska podkreśla rolę zielonej transformacji, mówi o niej w kontekście inwestycji, które będą realizowane w ramach funduszy europejskich. Także w Polsce powinniśmy zwrócić szczególną uwagę na to, co możemy zrobić, aby nasza ochrona zdrowia była bardziej zrównoważona – mówił Michał Kępowicz. – Z analiz wynika, że przeprowadzenie zielonej transformacji spowodowałoby redukcję występowania chorób w miejscu leczenia pacjenta aż o 87 proc. Dlatego zaczniemy od zdrowego stylu życia, profilaktyki i promocji zdrowia – apelował.

W kontekście wyzwań na bieżący rok i tego, co można zacząć zmieniać już dziś, wskazał, że konieczne jest stworzenie kryteriów, które promują systemy energooszczędne, nietrujące, cyfrowe (niskoemisyjne), odcinające kadrę medyczną i przyjazne dla pacjentów. – Po drugie, w kontekście środków europejskich – przeprowadzenie analizy i ewaluacji planowanych inwestycji pod względem kosztowym. Okazuje się bowiem, że ceny urządzeń medycznych wzrosły w ubiegłym roku o 12 proc., a do końca tego roku mogą być wyższe o kolejne 14 proc. (na podstawie badania Izby POLMED). Dlatego trzeba się zastanowić, jak się mają dotychczasowe plany inwestycyjne placówek medycznych do zmieniającej się w wyniku szalejącej inflacji rzeczywistości kosztowej. Kolejna rzecz to możliwa istotna rola Polski w odbudowie systemu opieki zdrowotnej na Ukrainie, a także przygotowanie krajowego systemu opieki nad pacjentem na niekorzystny scenariusz eskalacji konfliktu, włączając w to wzmocnienie medycyny pola walki – wymienił Michał Kępowicz.

W Polsce nadal pali co czwarty obywatel

Prezes Polskiego Towarzystwa Chorób Cywilizacyjnych prof. dr hab. n. med. Filip Szymański z Uniwersytetu Kardynała Stefana Wyszyńskiego zwrócił uwagę, że w ostatnich latach coraz częściej mówi się o nieklasycznych czynnikach ryzyka chorób cywilizacyjnych. Takimi czynnikami są wskazane przez Michała Kępowicza zanieczyszczenie środowiska i smog.



”

Michał Kępowicz: Z analiz wynika, że przeprowadzenie zielonej transformacji spowodowałoby redukcję występowania chorób w miejscu leczenia pacjenta aż o 87 proc. Dlatego zaczniemy od zdrowego stylu życia, profilaktyki i promocji zdrowia

Profesor Filip Szymański wymienił również palenie tytoniu. – W Polsce nadal 25 proc. populacji pali papierosy. Nie wystarczy powiedzieć pacjentowi: „Pałac, szkodziś zdrowiu”. Czasami trzeba skorzystać z alternatywnych dróg, a tych jest wiele. Na szczęście Polska za sprawą prof. Witolda Zatońskiego ma świetne doświadczenia z cytryzną – substancją pomagającą zwalczać nałóg nikotynowy. Pojawiła się ona w wytycznych Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego – przypomniat.

Dodał, że Polskie Towarzystwo Chorób Cywilizacyjnych zaproponowało schemat postępowania przy rzucaniu nałogu, który powinien przłożyć się na praktykę. – Jeżeli mamy pacjenta, u którego ani porada lekarza, ani pielęgniarki, ani zespołu terapeutycznego nie jest skuteczna, możemy rozpocząć terapię tą substancją, która jest dostępna, czyli cytryzną. Jeżeli to nie działa, do dyspozycji pozostaje nikotynowa terapia zastępcza, a jeśli i to nie da efektów, można ponownie wrócić do cytryzyny albo też pójść w kierunku leków na receptę. Na samym końcu, jeżeli wyżej wymienione metody nie przyniosły rezultatu, zaproponowaliśmy metodę opartą na produktach typu heat-not-burn (HnB), czyli systemy podgrzewania tytoniu bez jego spalania. Od lat toczy się dyskusja na ten temat, jest wiele głosów na tak, wiele na nie. Mój głos i towarzyszą jest na tak, ponieważ z badań wynika, że zmniejsza to ryzyko nowotworowości. Chodzi o badania sponsorowane przez pro-

”

Krzysztof Kopeć: Rząd deklaruje, że zamierza rozwijać przemysł farmaceutyczny w Polsce, resort zdrowia zapewnia, że chce zagwarantować krajowym producentom warunki rozwoju. Ale im niżej w drzewie decyzyjnym, tym gorzej

ducenta e-papierosów, ale także badania niezależnych grup z Włoch, Nowej Zelandii, Australii, Singapuru, zarówno kliniczne, jak i laboratoryjne – podsumował prof. Filip Szymański. Dodał również, że w ostatnim roku wydarzyło się bardzo dużo dobrego w refundacji z perspektywy chorób układu sercowo-naczyniowego, oddechowego, chorób metabolicznych i onkologicznych. – Oczywiście niektóre rynki europejskie są lepsze pod tym względem, ale są też takie, gdzie choćby z uwagi na mniejszą liczbę leków generycznych z refundacją nowoczesnych terapii nie jest tak dobrze jak w Polsce – dodał.

Zmiany systemowe już następują

Wiceminister zdrowia Maciej Miłkowski podkreślił z kolei, że w gestii resortu jest koordynowanie wdrażanych nowości, całego systemu zmian i wprowadzania nowych technologii, a także polityka lekowa. – W ostatnim okresie NFZ przejął ważne zadania. Ustawy też mają swój czas w parlamencie, m.in. ustawa o jakości i bezpieczeństwie pacjenta. Pracujemy nad rozporządzeniem dotyczącym świadczeń gwarantowanych. Wyzwaniem jest przygotowanie całego systemu do wdrożenia zmian. Realizowana jest na przykład reforma POZ, gdzie coraz więcej lekarzy przystępuje do opieki koordynowanej. Kolejna rzecz to pilotaże, które są wykonywane i monitorowane – mówił.



”

Agata Łapińska-Kołodzińska: Chcemy kontynuować wspieranie polskiej nauki. Rozmawiamy z uczelniami o finansowaniu badań w Polsce, nauce i edukacji na państwowych uczelniach medycznych, innowacjach oraz bezpieczeństwie lekowym

Poinformował, że dla kadr ochrony zdrowia ważne będzie wprowadzenie w ramach ustawy o najniższym wynagrodzeniu nowych średnich wynagrodzeń. Nastąpi to 1 lipca. Będą się one odnosiły do ubiegłego roku. Obecnie pracuje nad tym Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji.

– Nadal będziemy procedować poszczególne terapie w ramach refundacji. Mamy sprecyzowane plany aż do wrześniowej listy. Dużo pracy kosztowało porządkowanie, bo świadczenia gwarantowane są w rozporządzeniach, a cały proces programów lekowych, ich łączenia, ustalania linii – w ramach konsultacji z podmiotami odpowiedzialnymi. Obecnie wszystko jest na etapie obwieszczeń ministra zdrowia. Udało nam się znacznie poprawić jakość informacji w systemie ochrony zdrowia. Wprowadziliśmy pełną informatyzację w zakresie monitorowania zachorowań. Mamy bardzo dobre rozwiązania dotyczące leków, wystawiania recept. Dzięki temu skupiliśmy się również na eliminacji nadużyć – wymienił.

Przypomniał też, że udało się zakończyć pilotaż przeglądów lekowych i już teraz widać, że to świadczenie przyniesie bardzo dobre efekty. Maciej Miłkowski odniósł się do ustawy refundacyjnej. Zapewnił, że Ministerstwo Zdrowia będzie jeszcze dyskutowało z interesariuszami o ewentualnych poprawkach. Jeśli chodzi o większe docenianie krajowych firm farmaceutycznych, aby zwiększyła się produkcja leków na rodzimym



”

dr Małgorzata Gałązka-Sobotka: Więcej czasu poświęcamy na dyskusje o strukturze, procesach, o tym, jak je zmieniać, niż na wyciąganie wniosków z efektów działań podejmowanych w systemie ochrony zdrowia na poziomie pacjenta, placówki, świadczeniodawcy, regionu i państwa

rynku, resort planuje objąć refundacją jak największą liczbę leków generycznych, podstawowych. Małgorzata Dziedział, zastępca prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, stwierdziła, że z punktu widzenia funduszu wyzwanie na 2023 r. jest kontynuacja działań już rozpoczętych i nowe zadania, które przewidują kolejne projekty ustaw.

– Rolą NFZ w przypadku ustawy o jakości i bezpieczeństwie pacjenta będzie wprowadzenie finansowania na szeroką skalę z odniesieniem do jakości ujmowanej z kilku perspektyw: klinicznej, pacjenta i ekonomicznej. Jesteśmy integratorem systemu na styku wszystkich podmiotów, dlatego to działanie nie będzie proste. Na szczęście jest to kontynuacja już wdrażanych i realizowanych zobowiązań – zaznaczyła.

Wyjaśniła, że projekt ustawy o jakości przewiduje obowiązkową autoryzację podmiotów, niezbędną do realizacji umowy z NFZ. Udział w procesie akredytacji będzie się kończył wydaniem przez Ministerstwo Zdrowia certyfikatów, monitorowaniem wskaźników i finansowaniem na podstawie uzyskanych wskaźników. Te pomiary są bardzo istotne, bo przekładają się na jakość udzielanych świadczeń i bezpieczeństwo pacjenta.

– Obecnie skupiamy się na zmianach w POZ i opiece koordynowanej. Już dziś widzimy, że zainteresowanie środowiska tym świadczeniem jest bardzo duże. Mamy zawartych 500 umów, a kolejne 800 wniosków



”

Małgorzata Dziedział: Skupiamy się na zmianach w POZ i opiece koordynowanej. Mamy zawartych 500 umów, a kolejne 800 wniosków jest rozpatrywanych. W ich ramach opieką koordynowaną objętych jest kilka milionów osób

jest rozpatrywanych. W ich ramach opieką koordynowaną objętych jest kilka milionów osób – mówiła Małgorzata Dziedział. Do ustawy refundacyjnej w kontekście zawartych w niej zapisów dotyczących prognozy efektywności w chorobach rzadkich odniósł się też prof. Marcin Czech. – Trudno jednoznacznie określić, jak sprawiedliwie dzielić i alokować pieniądze w systemie ochrony zdrowia – czy ustalić próg odcięcia na umownym poziomie, czy może raczej ustawa o jakości i bezpieczeństwie pacjenta, w której również przewidziany jest fundusz kompensacyjny. Odnosi się on do zdarzeń często bardzo drogie – wyjaśnił.

Jak stwierdził, jako ekonomista powinien powiedzieć, że próg opłacalności ma swoje uzasadnienie, ale jako lekarz patrzy na to inaczej. – W przypadku chorób rzadkich użyłbym innych, bardziej obiektywnych i jednocześnie analitycznych metod wychodzących poza próg opłacalności, np. analizy wielokryterialnej albo poprzez ocenę efektywności danego leku w warunkach rzeczywistej praktyki klinicznej, np. połączonej z refundacją warunkową – wskazał prof. Marcin Czech.



”

prof. Filip Szymański: Nie wystarczy powiedzieć pacjentowi: „Pałac, szkodziś zdrowiu”. Czasami trzeba skorzystać z alternatywnych dróg. Na szczęście Polska za sprawą prof. Witolda Zatońskiego ma świetne doświadczenia z cytryzną

Rzecznik praw pacjenta Bartłomiej Chmielowiec wyjaśnił, że strategia jego urzędu uwzględnia realizację trzech celów: edukację, bezpieczeństwo i wsparcie. – Jeśli chodzi o wsparcie, mamy m.in. fundusz szczepień ochronnych, który funkcjonuje bardzo dobrze. Właśnie trwają też prace nad dwiema ważnymi ustawami: pierwszą jest ustawa o badaniach klinicznych powołująca fundusz kompensacyjny zabezpieczający uczestników badań klinicznych, a drugą ustawa o jakości i bezpieczeństwie pacjenta, w której również przewidziany jest fundusz kompensacyjny. Odnosi się on do zdarzeń medycznych, co określane jest w krajach skandynawskich i niektórych innych państwach mianem systemu no fault – mówił.

Te trzy fundusze kompensacyjne w ramach trzech ustaw – o jakości, o szczeniach i o badaniach klinicznych – to zdaniem rzecznika jeden z najlepiej rozwiniętych systemów kompensacji szkód, który obejmuje wszystkie potencjalne zdarzenia, jeżeli chodzi o system ochrony zdrowia. – Jesteśmy jednym z 30 państw, które mają system kompensacyjny szkodliwych chorób. Jeśli chodzi o fundusz kompensacyjny w badaniach klinicznych, to takich rozwiązań trudno w ogóle szukać na świecie, a system no fault przewidziany w ustawie o jakości i bezpieczeństwie działa jedynie w kilkunastu krajach. Jeżeli to rozwiązanie zostanie przyjęte, będzie to wzorcowy element wsparcia pacjenta – zaznaczył.