

RAPORT Z KONFERENCJI

Zdrowa przyszłość, Polski Ład,
Krajowy Plan Odbudowy
- kluczowe inicjatywy
dla wzmocnienia systemu
ochrony zdrowia w Polsce

DATA

29 lipca 2021 roku

MIEJSCE

Hotel Victoria Sofitel
w Warszawie

Transmisja live



Działanie sfinansowane przez Narodowy Instytut Wolności - Centrum Rozwoju Społeczeństwa Obywatelskiego ze środków Programu Rozwoju Organizacji Obywatelskich na lata 2018-2030



ORGANIZATOR



PARTNER MERYTORYCZNY



PARTNER INSTYTUCJONALNY



PATRONAT HONOROWY



PANEL IV: Zdrowie Polaków po COVID-19 – jak walczyć z epidemią chorób cywilizacyjnych i jak spłacić dług zdrowotny?

Paneliści:

1. **Maciej Miłkowski**, Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia
2. **dr n. med. Roman Topór-Mądry**, Prezes Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
3. **prof. Adam Antczak**, Prorektor ds. Klinicznych i Zarządzania Nauką Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, Wiceprezes Polskiego Towarzystwa Chorób Płuc
4. **prof. Marcin Grabowski**, Kierownik Oddziału Elektrokardiologii I Katedry i Kliniki Kardiologii Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego
5. **Jakub Adamski**, Dyrektor Departamentu Strategii i Działań Systemowych w Biurze Rzecznika Praw Pacjenta
6. **Anna Janiczek**, Prezes Zarządu PZU Zdrowie SA

PANEL V: Bezpieczeństwo zdrowotne Polaków – strategiczne zasoby, suwerenność, współpraca

Keynote speech: dr hab. Radosław Sierpiński, Prezes Agencji Badań Medycznych, Petnomocnik Prezesa Rady Ministrów ds. rozwoju sektora biotechnologii i niezależności Polski w zakresie produktów krwiopochodnych

Paneliści:

1. **ptk lek. mgr farm. Tadeusz Nierebiński**, Główny Inspektor Sanitarny Wojska Polskiego
2. **dr Tomasz Latos**, Przewodniczący Komisji Zdrowia Sejmu RP
3. **prof. Robert Gil**, Kierownik Kliniki Kardiologii Inwazyjnej w Centralnym Szpitalu Klinicznym Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Warszawie
4. **Maarten Van Baelen**, Dyrektor wykonawczy Plasma Protein Therapeutics Association (PPTA)
5. **Krzysztof Kopec**, Prezes Polskiego Związku Pracodawców Przemysłu Farmaceutycznego

PANEL VI: Lessons learned. Jak przygotować się na kolejne pandemie?

Paneliści:

1. **Michał Kuczmierowski**, Prezes Rządowej Agencji Rezerw Strategicznych
2. **dr Anna Kowalczyk**, Dyrektor Narodowego Instytutu Leków
3. **Mateusz Berger**, Wiceprezes Agencji Rozwoju Przemysłu S.A.
4. **Dimitri Gitas**, Dyrektor Zarządzający MSD Polska
5. **dr Jarosław Oleszczuk**, Członek Rady Nadzorczej Genomtec
6. **dr Edyta Bielak-Jomaa**, Warsaw New Tech University Foundation

Prof. Marcin Grabowski – Kierownik Oddziału Elektrokardiologii i Katedry Kliniki Kardiologii Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

Chciałbym zauważyć, że zachowujemy się, jakby pandemia COVID-19 się skończyła, ale ona cały czas trwa. Jesteśmy przed czwartą falą pandemii, ale już mamy zaciągnięty dług zdrowotny w walce z epidemią chorób cywilizacyjnych. W zakresie powikłań kardiologicznych byliśmy przygotowani na większą skalę problemu. Szczęśliwie nie obserwujemy większej liczby pocovidowych powikłań kardiologicznych, ale dług zdrowotny, który zaciągnęliśmy, to przede wszystkim problem z przewlekle leczonymi pacjentami kardiologicznymi. To pacjenci z przewlekłą niewydolnością serca, z nadciśnieniem tętniczym, z chorobą wieńcową, którzy mieli zaplanowaną hospitalizację, diagnostykę kardiologiczną, interwencje naczyniowe i z powodu „lockdownu” w ochronie zdrowia, te zabiegi zostały odroczone. Następnym problemem jest kwestia zamknięcia ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. Trochę uratowały sytuację teleporady oraz e-recepty, jednak wielu chorych nie miało kontynuowanych terapii lub włączanego pierwszorazowego leczenia. Ci chorzy z pilnymi stanami zapalnymi kardiologicznymi, np. zawał serca, ostre niewydolności serca, często nie doczekali do interwencji szybkiej pomocy. My staraliśmy się apelować inicjatywami typu „nie zostań w domu z zawałem serca”. Mamy wrażenie, że po kilku miesiącach pacjenci się troszeczkę ośmielili, jeżeli chodzi o kontakt z ochroną zdrowia, ale to będzie kwestia, którą trzeba będzie spłacić w ramach długu zdrowotnego. W kardiologii, tym długiem są przede wszystkim zaniedbane przypadki niewydolności serca lub choroby wieńcowej. Pacjenci, którzy będą teraz do nas trafiać, będą mieli dużo cięższy przebieg i oczywiście mniej optymistyczne rokowanie tych chorób. Ja bym w ostatniej kolejności poszukiwał przyczyny w pacjentach, bo patrząc nawet na te rzeczy pozytywne, które się wydarzyły się w pandemii, to paradoksalnie jest grupa pacjentów, która przez pandemię zainteresowała się swoim zdrowiem. W warunkach izolacji, wielu chorych, którzy do tej pory nie miało czasu zastanowić się nad swoim zdrowiem, nagle zgłaszali się do gabinetów.

W zakresie programów koordynowanej opieki mamy w kardiologii jeden doskonale opisany program koordynowanej opieki po zawale serca, a drugi czeka na wprowadzenie – jest to koordynowany program opieki nad pacjentem z niewydolnością serca. Ten program cały czas czeka na akceptację ministerstwa zdrowia. Czekamy również, na kilka procedur, które mają już pozytywne opinie AOTMiT. Jest to m. in. telemonitoring urządzeń wszczepialnych, który w 2018 r. otrzymał pozytywną opinię, z opisanym dokładnie sposobem refundacji. Taki telemonitoring, dla tych pacjentów ze stymulatorami serca, w momencie, kiedy mamy do czynienia z pandemią COVID-19 powoduje, że wszystkich chorych mamy pod opieką 24 godziny na dobę. To są chorzy najwyższego ryzyka, którym mówiliśmy, żeby zostali w domu, żeby nie przychodzili do poradni, gdzie mogą mieć kontakt z wirusem, a z drugiej strony nie mieliśmy możliwości ich telemonitorowania. Implantowalny rejestrator arytmii także uzyskał pozytywną opinię AOTMiT. To są chorzy, którzy są zagrożeni udarem, a dzięki wczesnemu wykryciu migotania przedsionków nie będą mieli niesprawności i będą produktywni dla systemu. Kolejną ważną decyzją w kardiologii jest wprowadzenie sztucznego wspomaganie pracy lewej komory u pacjentów jako terapii docelowej. To są chorzy, którzy będą podróżować, którzy wrócą do pracy, a dla nich ta procedura jest niedostępna. Optyczna tomografia koherentna – w wytycznych powinniśmy ją stosować, a nie mamy jej wpisanej w koszyku. Profilaktyka chorób układu krążenia powinna być fundamentem naszych działań. Jest wskazana, natomiast my ją bardzo uogólniamy jako edukację

w zakresie podstawowych zachowań prozdrowotnych. Pamiętajmy, że granica profilaktyki jest płynna – np. w kardiologii, w profilaktyce u pacjenta przed zawałem serca są postępowania zmniejszające ryzyko zawału serca, ale u pacjenta po zawale serca nadal mamy profilaktykę niewydolności serca. U pacjenta z niewydolnością serca nadal mamy profilaktykę nagłego zgonu sercowego, więc w zależności, z jakiej perspektywy na to patrzymy, te interwencje, o których mówiłem, to są interwencje wysoce kosztowo-efektywne.

Prof. Adam Antczak – Prorektor do Spraw Klinicznych i Zarządzania Nauką Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, Wiceprezes Polskiego Towarzystwa Chorób Płuc

COVID-19, to przede wszystkim zapalenie płuc, czy uszkodzenie układu oddechowego, które na szczęście u 90% pacjentów przemija. Większość pacjentów po COVID-19 wymaga jednak rehabilitacji pulmonologicznej. Mamy z nią problem systemowy, bo o ile w Polsce jest 100 szpitali pulmonologicznych i 1 tys. specjalistów pulmonologów, to jednostki, które świadczą usługi w zakresie rehabilitacji pulmonologicznej są bardzo nieliczne. Pamiętajmy, że w Polsce procuże ok. 60 tys. fizjoterapeutów, a ich średnia wieku wynosi ok. 36 lat. Jest to więc środowisko, którego potencjał jest nieprawdopodobny. To są ludzie świetnie wykształceni i którzy mogą być bardzo istotni w systemie ochrony zdrowia. Także w zakresie produktów ambulatoryjnej rehabilitacji refundowanych przez NFZ, na pewno takich produktów rehabilitacji pulmonologicznej jest stanowczo za mało. Pamiętajmy również, że ok. 2 milionów Polaków cierpi na przewlekłą chorobę obturacyjną płuc (POChP). Dla tych chorych izolacja w trakcie pandemii COVID-19 była bardzo niekorzystna, bo nie wychodzili z domu, nie byli aktywni ruchowo i czasami nieodwracalnie pogorszyła się kontrola ich choroby. Więc mamy wielką grupę chorych przewlekłe na POChP, która jest najliczniejszą grupą chorych w Polsce, po chorych na nadciśnienie tętnicze, cukrzycę, astmę oskrzelową i niewydolność serca. To jest ogromny problem i tutaj usprawnienie w zakresie rehabilitacji pulmonologicznej, jest bardzo ważne. W przypadku astmy, mamy dużą grupę chorych, natomiast pamiętajmy, że większość chorych, to osoby, które chorują łagodnie i przy poprawnym postępowaniu żyją normalnie z chorobą. Jest niewielka grupa pacjentów, którzy mają ciężkie postacie astmy, u których zapanowanie nad chorobą jest niewątpliwie wyzwaniem dla systemu i dla lekarzy. Tutaj nawiązuję do wspólnego stanowiska Polskiego Towarzystwa Chorób Płuc i Polskiego Towarzystwa Alergologicznego na temat najnowszych rekomendacji GINA w zakresie wprowadzenia nowych kombinacji lekowych. Bardzo staramy się o to, żeby terapie trójlekowe w astmie zostały zrefundowane w Polsce. Ważnym aspektem pulmonologii i onkologii jednocześnie są pacjenci z nowotworami płuc. Większość z tych ludzi trafia najpierw do pulmonologa i diagnozowana jest w ośrodkach pulmonologicznych. Obserwujemy bardzo duży odsetek osób, które trafiają do nas w późnych stadiach zaawansowania raka płuca – trzecim i czwartym stopniu choroby. W tych stadiach rak płuca jest bardzo trudny do leczenia. Oczywiście zawsze trzeba robić wszystko, żeby tym pacjentom skutecznie pomagać.

Anna Janiczek – Prezes Zarządu PZU Zdrowie

Powszechny Zakład Ubezpieczeń Spółka Akcyjna, PZU jest ubezpieczycielem, ale również operatorem medycznym, właścicielem 140 placówek medycznych. W trakcie pandemii COVID-19 byliśmy otwarci przez cały czas, a placówki działały praktycznie normalnie, oczywiście z większym udziałem telemedycyny. W obecnej chwili nasze placówki są obciążone. Jest bardzo duże zainteresowanie diagnostyką i leczeniem. W tej chwili widzimy bardzo duże zainteresowanie profilaktyką, ale także diagnostyką pocovidową, ponieważ

nasi pacjenci są już dobrze wyedukowani i wiedzą, co należy zbadać po przejściu COVID-19. Najbardziej popularne badanie w tej chwili to USG płuc i tutaj praktycznie wszystkie grafiki do lekarzy pulmonologów są wypetnione. W zakresie pozytywnych aspektów pandemii, to jesteśmy firmą, która nabyła nowe kompetencje np. w programie domowej opieki medycznej. Tam nasi konsultanci, nasi lekarze opiekowali się zdalnie chorymi na COVID-19. Pacjenci byli monitorowani za pomocą pulsokrymetru na zasadach telemonitoringu. W grupie PZU profilaktyka zdrowotna znalazła się w najnowszej strategii i jest naprawdę dobrze zaakcentowanym jej filarem. Chciałam również podkreślić w tym procesie rolę pracodawców, ponieważ to są nasi główni klienci i widzę, że u nich zupełnie zmieniło się podejście do ochrony zdrowia. Zdrowie, nie jest tylko prywatną sprawą pracowników, ale tak naprawdę filarem biznesowym dla firmy. Cieszy mnie to, że pracodawcy, zwracają się do nas z prośbą o badania profilaktyczne. Teraz mamy świetny program 40+, więc ja też zachęcam, żeby wszyscy sięgnęli do tego programu.

Jakub Adamski – Dyrektor Departamentu Strategii i Działań Systemowych w Biurze Rzecznika Praw Pacjenta

Rzecznik Praw Pacjenta odnotował przez okres pandemii COVID-19 znaczny wzrost zgłoszeń pacjentów dotyczących dostępności świadczeń. W 2020 r. odnotowano ponad 110 tys. takich zgłoszeń, z czego znaczna część skończyła się interwencjami Rzecznika. Rzecznik Praw Pacjenta nie działa tylko w sprawach indywidualnych, ale też tam, gdzie zostają naruszone zbiorowe prawa pacjenta. Te wszystkie sytuacje przekładają się na realną pomoc dla pacjentów, którzy na przełomie 2020/2021 r. roku znaleźli się w trudnej, zupełnie nowej sytuacji. Pomoc bardzo często miała postać poprowadzenia po systemie, pokazania co można, jak można, ale również dotyczyła interwencji w podmiotach leczniczych. Myślę, że była ona bardzo istotna i została zauważona przez pacjentów. Odnotowujemy w 2021 r. kolejny, znaczący wzrost zgłoszeń. Zgłoszenia w głównej mierze dotyczą podstawowej opieki zdrowotnej, ale też opieki ambulatoryjnej, szpitalnej oraz programów szczepień. Po zgłoszeniach pacjentów widzimy również, że najstarszym elementem systemu ochrony zdrowia jest profilaktyka i edukacja zdrowotna.

Dr Roman Topór-Mądry – Prezes Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji

Można zadać pytanie, czy dług zdrowotny, o którym teraz mówimy w kontekście COVID-19 nie powstał wcześniej. W perspektywie kilkudziesięciu ostatnich lat i różnicy między krajami, które miały stabilny rozwój ekonomiczny, a Polską, widzimy, że weszliśmy w pandemię z długiem zdrowotnym. Pandemia COVID-19 oczywiście ten dług zdrowotny pogłębiła. Obecnie mamy przed sobą perspektywę dwóch celów. Po pierwsze, doraźnie i musimy uzbroić nasz system ochrony zdrowia w narzędzia, które zapobiegają tym powikłaniom, które nazywamy post-covidowymi. Po drugie, musimy osiągać wskaźniki zdrowotne krajów rozwiniętych. Widzimy także, że wskaźniki zdrowotne są bardzo różne w Polsce, obserwując ogromne zróżnicowanie pomiędzy Polską południowo-wschodnią, a północno-zachodnią. Ono nie wynika z różnic ekonomicznych, ale z czegoś, co jest prawdopodobnie podstawą naszego zdrowia, czyli stylu życia. Oczywiście, styl życia, to nie jest tylko to, o czym myślimy, czyli palenie papierosów, kontrola ciśnienia krwi, nadwagi, aktywność fizyczna, ale przede wszystkim świadomość i uczestnictwo w programach zdrowotnych. W tym kontekście dyskutujemy o szczepieniach przeciwko COVID-19. Ta świadomość, to aktywne wspieranie swojego zdrowia jest nieodzowne. W zakresie tworzenia wytycznych postępowania w COVID-19 mamy Zespół powołany przez Pana Ministra Miłkowskiego.

Mamy specjalne narzędzia informatyczne, przeszukujące bazy danych naukowych. Przeanalizowaliśmy ok. 90 tys. artykułów związanych z COVID-19, wyekstrahowaliśmy dane, przedyskutowaliśmy je z ekspertami klinicznymi i praktykami klinicznymi, a w wyniku tych działań stworzyliśmy wytyczne. Pojawią się również wytyczne w odniesieniu do rehabilitacji po przejściu COVID-19 oraz rekomendacje dla samorządów do tworzenia tych programów. W 2020 r. udało się nam, wraz z kolegami amerykańskimi, zrobić przekrojową analizę trzydziestu ostatnich lat, 300 jednostek chorobowych oraz 80 czynników ryzyka we wszystkich grupach zawodowych, w podziale na województwa. Widzimy, że są województwa, które bardzo skorzystały zdrowotnie w ostatnich dekadach, np. województwo pomorskie, ale są też województwa – np. województwo łódzkie, gdzie nie odnotowano tak spektakularnych efektów zdrowotnych

Bezpieczeństwo zdrowotne Polaków – strategiczne zasoby, suwerenność, współpraca

Dr hab. med. Radosław Sierpiński, MBA – Prezes Agencji Badań Medycznych, Petnomocnik Prezesa Rady Ministrów ds. rozwoju sektora biotechnologii i niezależności Polski w zakresie produktów krwiopochodnych

Pandemia COVID-19 pokazała nam, jak węższe są relacje międzynarodowe i jak ważne jest bezpieczeństwo zdrowotne Polaków w zakresie strategicznych zasobów lekowych i wyrobów medycznych. Frakcjonowanie osocza, to temat, o którym dyskutujemy w Polsce od dawna. Od kilkudziesięciu lat borykamy się z problemem niedoboru osocza oraz problemem uzależnienia się od podmiotów trzecich. Są to nie tylko zasoby strategiczne, ale też aspekty natury ekonomicznej. Rynek osocza i preparatów osoczopochodnych na świecie jest rozłożony między kilku kluczowych graczy. Wśród tych graczy nie ma Polski. Polska jest uzależniona od podmiotów komercyjnych. Patrząc na prognozy, widzimy, że już za chwilę polscy pacjenci, a być może w ogóle pacjenci Europy Środkowo-Wschodniej będą mieli problem, żeby uzyskać dostęp do mikroglobulin oraz immunoglobulin, tak istotnych w intensywnej terapii. Obecnie głównym producentem osocza są Stany Zjednoczone Ameryki, które dbają nie tylko o swoich obywateli, ale również skupują osocze na rynkach światowych. Europa to 25% światowego rynku osocza. W ciągu ostatnich kilku lat ten rynek wyraźnie urósł, ale w ciągu najbliższych kilku lat będziemy mieli do czynienia ze znacznymi niedoborami osocza na świecie. W 2017 r. brakowało prawie 4 milionów litrów osocza. To był niedobór w stosunku do zapotrzebowania pacjentów, osób ciężko chorych, wymagających stałego leczenia. Jeśli spojrzymy na symulację dotyczącą 2025 r. to możemy spodziewać się niedoboru osocza na poziomie ok. 8 milionów litrów. Zwracam dodatkowo uwagę, że w najbliższych latach planowane jest poszerzenie wskazań klinicznych do zastosowania produktów osoczopochodnych. Mam na myśli m. in. chorobę Parkinsona czy chorobę Alzheimera, a więc kolejne rzesze chorych, które będą potrzebowały tego leczenia. Również w COVID-19 trwają badania, które być może pokażą, że przeciwciała pochodzące z osocza ozdrowieńców staną się przetomem, jeśli chodzi o leczenie tej choroby. W Polsce, z punktu widzenia zapotrzebowania na osocze, nadal potrzebujemy go dużo, ale co jest bardzo istotne – prawie 20% osocza może stanowić nadwyżkę. Innymi słowy, w Polsce jesteśmy w stanie zapewnić całkowitą suwerenność i bezpieczeństwo w zakresie osocza i produktów osoczopochodnych. Możemy również eksportować osocze za granicę i tym samym dotrzeć do kluczowych graczy, jeżeli chodzi o handel międzynarodowy. Do tego potrzeba nam wdrożenia nowych technologii oraz wybudowania fabryki osocza, która zapewni nam suwerenność i pozwoli nam stać się wartościowym graczem

na arenie europejskiej. Polska nie posiadając własnego frakcjonatora osocza, kupuje preparaty krwiopochodne na wolnym rynku. Sprzedajemy nasze osocze za granicę, a ramach barteru otrzymujemy gotowe leki z niego pochodzące. Czy to jest dobre rozwiązanie? Chyba nie. Mówimy tu nie tylko o bezpieczeństwie medycznym, ale też ekonomicznym. Jeżeli powtórzą się takie zagrożenia, jak pandemia COVID-19, możemy sobie tylko wyobrazić, jak dramatyczne w skutkach byłoby przerwanie łańcuchów dostaw tych produktów. Dlatego właśnie dzięki decyzji Pana Premiera Mateusza Morawieckiego w najbliższych latach stworzymy polską fabrykę osocza i polski frakcjonator osocza. Jest to tak naprawdę pierwszy kompleksowy plan dla polskiego osocza, który pozwoli zbudować suwerenność w tym zakresie. Chcielibyśmy, żeby w 2025 r. ta infrastruktura zaczęła działać. Na jej budowę i rozwój rząd przeznaczy ok. 1,5 miliarda złotych. Mamy nadzieję, że będzie to inwestycja całkowicie rentowna, która przy okazji zapewni kilkaset miejsc pracy i zbuduje nowe polskie kompetencje. Projekt ustawy jest gotowy, a Minister Zdrowia jako kreator polityki zdrowotnej kraju odpowiada za proces legislacyjny ustawy w tym zakresie, która mam nadzieję w najbliższych miesiącach znajdzie się w pracach parlamentu. Osocze jest jednym z istotnych fragmentów, jeśli chodzi o bezpieczeństwo lekowe kraju, ale mówimy również tutaj o lekach generycznych. O lekach, które tak naprawdę stanowią o zdrowiu milionów Polaków, którzy muszą otrzymywać przewlekle. W momencie ewentualnego przerwania łańcucha dostaw Ci chorzy byłiby w sytuacji zagrożenia życia. Mam nadzieję, że dzisiejsza debata zaadresuje te tematy oraz zaproponuje pewne rozwiązania systemowe, które spowodują, że będziemy mogli rekomendować dobre rozwiązania dla polskich pacjentów, polskiego systemu ochrony zdrowia.

Płk Tadeusz Nierebiński – Główny Inspektor Sanitarny Wojska Polskiego

Nie ma wojskowej służby zdrowia, bez publicznej służby zdrowia – są to dwa zazębiające się systemy. To co osiąga cywilna służba zdrowia, osiąga również wojskowa służba zdrowia. Tylko elementy są inne. Żołnierz ma być do dyspozycji w każdej chwili. W trakcie pandemii COVID-19 żołnierze wspierali funkcjonowanie punktów wymazowych, punktów szczepień czy szpitali w zakresie działalności administracyjnej. Musieliśmy też samym sobie zabezpieczyć działania w zakresie bezpieczeństwa epidemiologicznego i bezpieczeństwa zdrowotnego żołnierza. Wszystkie dokumenty wykonawcze, jak zalecenia, rekomendacje, wytyczne, które trafiają do żołnierzy, zwłaszcza kierowanych poza granice państwa zawierają również zapisy czy przepisy redagowane przez pion medyczny państw NATO, dlatego że musimy być kompatybilny z naszymi sojusznikami. Musimy po prostu działać na zasadzie współpracy i wzajemnych wymagań, chociażby w zakresie wymagań, czy stosujemy testy antygenowe, czy testy PCR. W zakresie szczepień, musimy realizować wszczepienia na terytorium danego polskiego kontyngentu wojskowego zgodnie z międzynarodowym prawem zdrowotnym i z regułami NATO. To powoduje wzajemny rozwój służb wojskowych, jak i cywilnych. Bo przecież współpracujemy z Głównym Inspektorem Sanitarnym, Narodowym Instytutem Zdrowia Publicznego – PZH, Wojskowym Instytutem Higieny i Epidemiologii, Diagnostyki Zagrożeń Biologicznych w Puławach, czy w ramach narodowego programu antybiotyków z Narodowym Instytutem Leków. Można powiedzieć, że żołnierz i pracownicy wojska, których liczba dochodzi już do ok. 200 tys. osób, są obywatelami Państwa Polskiego, i takiej samej pomocy medycznej oczekują zarówno u nas w kraju, jak i poza granicami państwa. Zwłaszcza, że żołnierz, żeby wykonać swoje zadanie musi być w pełni zdrowy, ale jednocześnie mieć pewną gwarancję, że gdzieś z tyłu stoi lekarz medycyny, czy całe zaplecze medyczne, która mu pomoże w sytuacji zagrożenia jego zdrowia, czy życia. Zarówno w medycynie prewencyjnej (zapobiegawczej), jak i w medycynie

naprawczej nie ma odstępstwa jednych, od drugich. Chociażby ostatnimi dniami, współpraca polega na sekwencjonowaniu wirusa i wykrywaniu jego wariantów. Pamiętajmy, że gdyby nie żołnierze, gdyby nie wojska obrony terytorialnej, nie dalibyśmy rady w sytuacjach kryzysowych w skali kraju czy województwa.

Prof. Robert Gil – Kierownik Kliniki Kardiologii Inwazyjnej Centralnego Szpitala Klinicznego Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji

W dniu 16 marca 2020 r. przekształcono Centralny Szpital Kliniczny Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w szpital jednoimienny COVID-19. Nie mieliśmy żadnych wytycznych, jak to wszystko zorganizować, żeby było bezpiecznie i żeby spełniać wszystkie kryteria. Mam ogromny szacunek do pracowników mojego szpitala, bo ludzie siedzieli ochotniczo nocami, szukali danych w internecie i wymyślali, jak przystosować 900 – łóżkowy szpital wielospecjalistyczny, w ok. 400 łóżkowy szpital covidowy. Teraz wiemy, że powoływanie szpitali jednoimiennych jest błędem. Błędem w tym sensie, że wtedy nie jesteśmy w stanie prowadzić chorych na inne schorzenia, tych których na ostro przyjmowaliśmy i ratowaliśmy ich życie. Do tego wszystkiego, pojawił się strach pacjenta przed pójściem do szpitala. Odbudowujemy teraz to zaufanie. Wydaje mi się, że pieniądze z Krajowego Planu Odbudowy powinny poprawić infrastrukturę obecnie funkcjonujących szpitali. Również, tych nowoczesnych, które powinny być przebudowane w ten sposób, aby mogły działać hybrydowo. Niech 30%, czy nawet połowa łóżek będzie przygotowana na czas pandemii. Żeby można było pacjenta w ostrym stanie, mimo że jest zakaźny, nie wozić po województwie i szukać mu miejsca. Bo jak to się mówi, przy udarze mózgu, czy w zawale serca, czas to życie. Powinniśmy móc w tym samym szpitalu wykonać stosowną diagnostykę i leczenie. I w tym samym szpitalu, tego pacjenta dalej leczyć. Takie inwestycje pozwolą nam być bardziej efektywnymi. Będziemy w stanie zabezpieczyć, zarówno potrzeby pacjentów planowych, jak i tych nagłych. Pacjenci zakażeni i niezakażeni będą oddzieleni od siebie. Naszym problemem, jako lekarzy i systemu ochrony zdrowia, było mylne przeświadczenie, że choroby zakaźne nie są już problemem w XXI wieku. Dostaliśmy taką nauczkę, że powinniśmy zapomnieć o takich mrzonkach. Powinien być odbudowany prestiż i rola epidemiologa, bo to on powinien służyć nam radą w takich sytuacjach kryzysowych. Epidemiologów jest bardzo mało w Polsce. Apeluje również, aby rozwijać oraz inwestować w kadry medyczne, bo one są największym dobrem systemu ochrony zdrowia.

Maarten Van Baelen – Dyrektor Wykonawczy Plasma Protein Therapeutics Association

W czasie pandemii COVID-19 okazało się, że osocze stało się wielkim dobrem. W zakresie zaopatrzenia w osocze i produkty lecznicze pochodzące z osocza (plasma-derived medicinal products, PDMP) bardzo mocno uzależnieni jesteśmy od państw trzecich – głównie od Stanów Zjednoczonych. W czasie pandemii COVID-19 ze względu na wprowadzone obostrzenia sanitarne dostępność tych materiałów znacznie spadła, nawet dwadzieścia-kilka procent w ujęciu globalnym. Obecnie generuje to problemy związane z zaopatrzeniem i ograniczenia w produkcji PDMP. W tym zakresie będziemy musieli wykazać się znacznie większą niezależnością i odpornością. Ostatnie działania podjęte przez Polskę powinny stanowić inspirację także dla innych krajów. Jeśli chodzi o zasoby strategiczne m. in. te związane z osoczem i efektami jego frakcjonowania tj. PDMP, to należy jasno rozróżnić te dwie rzeczy. PDMP to produkty stabilne, które mogą być z powodzeniem wykorzystywane zarówno w krajach ich produkcji, jak i krajach trzecich. Mamy także samo osocze, jako surowiec do późniejszej obróbki – którego przykładem może być m. in. osocze frakcjonowane, osocze bogatołytkowe, etc. Mamy nadzieję, że obecne braki lub niedobory zostaną szybko zaadresowane i sytuacja niebawem się rozwiąże. Wiele krajów podejmuje

także inicjatywy w zakresie zarządzania preparatami krwiopochodnymi i priorytetyzowaniem poszczególnych grup pacjentów, przede wszystkim w celu optymalizacji metod leczenia. Podobne inicjatywy można także podjąć w Polsce, dlatego apelujemy do decydentów, zarówno o optymalizację polityk terapeutycznych, jak i dążenie do stopniowego zwiększania ilości pobieranego osocza. Wierzymy, że inicjatywę tą wesprą także inne kraje. W przyszłości konieczny będzie wzrost pozyskiwania osocza, bo potrzeby pacjentów będą większe, a rola preparatów krwiopochodnych będzie rosła. Myślę, że warto w tym miejscu poruszyć także kwestię metod leczenia, które są jeszcze na etapie badań i rozwoju. Badania te są elementem niezbędnym, by doprowadzić opracowywane terapie do fazy końcowej i by móc bezpiecznie udostępnić je pacjentom. Jeśli chodzi o leczenie pacjentów z pierwotnymi i wtórnym niedoborem odporności, to w ich przypadku mówimy o bardzo często występujących chorobach współistniejących, które przekładają się zarówno na obniżenie samej jakości życia, jak i skrócenie jego prognozowanej długości. PDMP w tym wypadku są rozwiązaniem ugruntowanym w praktyce klinicznej – preparaty immunoglobulinowe można stosować w ponad 250 wskazaniach klinicznych i ta liczba ciągle rośnie. Więc jest to terapia, której znaczenie nadal wzrasta. Chciałem podkreślić te różnice, o których mówiliśmy. My też w Polsce zbieraliśmy dużo osocza, stworzyliśmy specjalne działania w tym kierunku i zwiększyliśmy produkcję osocza. Dzisiaj zbieramy naprawdę wiele tysięcy litrów osocza w Polsce i to przygotowuje nas na kolejne fale pandemii. Dobrze, jednak by było zwiększyć nawet czterokrotnie objętości pobranego osocza.

Dr Tomasz Latos – Przewodniczący Komisji Zdrowia Sejmu RP

Jeśli myślimy o fabryce frakcjonowania osocza i zajęciu się tą sprawą to należy powiedzieć – wreszcie. Właściwie, taka jest najlepsza puenta do decyzji Pana Premiera, za którą jestem bardzo wdzięczny. Powiem wprost, odkąd tylko jestem w Sejmie RP – a jestem tu już 16 lat – to wielokrotnie o tym temacie się mówiło, wielokrotnie sygnalizowano potrzebę by tą tematyką zająć się w takim sposób, by Polska była w tym obszarze całkowicie samodzielna i niezależna. Ja byłem zawsze zwolennikiem podjęcia takiej decyzji i dawałem temu wyraz wielokrotnie podczas posiedzeń Komisji Zdrowia – w różnych okresach – zarówno wtedy, kiedy byłem w opozycji, jak i przez ostatnie dwie kadencje. Dlatego też, z ogromną radością i satysfakcją przyjmuję tą decyzję, ale to oczywiście wszystko jest niewystarczające. W kwestii tworzenia tzw. szpitali jednoimiennych – COVID-owych, doświadczenia nauczyły nas, że w przyszłości projektując nowe szpitale lub przy okazji planowania remontów dotychczasowych obiektów, uwzględniać należy potencjalne skutki wydarzeń, z którymi mieliśmy okazję zetknąć się w przyszłości. Pandemia bardzo mocno pokazała, że współpraca międzynarodowa, to nie tylko wspólne zakupy unijne, ale także wymiana doświadczeń i wzajemne wsparcie. Gdy pojawią się nowe zagrożenia, niewykluczone, że trzeba będzie nie tylko korzystać z doświadczeń z różnych regionów geograficznych (w tym poszczególnych państw europejskich), ale także poprzez współpracę naukową, wspólnymi siłami, lepiej poradzić sobie z przyszłą pandemią. Kolejne fale pandemii pewnie będą – pytania tylko, o jakiej sile i jak dobrze będziemy do nich przygotowani. Kolejna sprawa to fakt, iż wielu ludziom wydawało się, że przy tak nowoczesnej służbie zdrowia jesteśmy bezpieczni. Pandemia pokazała jednak, że tak nie jest i również w aspekcie militarnym należy o tym pamiętać. Kwestia ewentualnych konfliktów zbrojnych – nawet na podstawie tego, co dzieje się na Ukrainie – pokazuje, że pewne wyobrażenie konfliktu uległo zmianie. Powiedzmy sobie jednak wprost, że kwestia zagrożenia pandemicznego każe nam poświęcić dodatkowe środki finansowe i zainteresowanie, także od strony obronności i bezpieczeństwa państwa. Widać tu potencjalne, zupełnie nowe zagrożenia – zwłaszcza, że

nie jest już dziś problemem (na potrzeby medyczne i militarne) pełna znajomość genomu ludzkiego, znajomość genomu danych populacji i związanych z nimi tzw. mutacji założycielskich charakterystycznych wyłącznie dla danej populacji – wszystko to generuje nowe wyzwania. Mówiąc uczciwie – odpowiedź na część z tych wyzwań będzie gotowa niestety dopiero, kiedy to niebezpieczeństwo wystąpi. Dlatego, należy przygotowywać służbę wojskową i cywilną na nowe zagrożenia charakterystyczne dla XXI wieku. Wspierajmy, także krajowy przemysł farmaceutyczny, bo w trudnych sytuacjach bezpieczeństwo lekowe kraju jest fundamentalne.

Krzysztof Kopec – Prezes Polskiego Związku Pracodawców Przemysłu Farmaceutycznego

W czasie pandemii COVID-19 w Polsce nie zabrakło leków. Producenci i dystrybutorzy leków poradzili sobie z kryzysem, ale z drugiej strony konieczna jest nadal współpraca wielosektorowa. Dobrze jest mieć swoje fabryki leków, czy swoją fabrykę frakcjonowania osocza po to, aby mieć niezależność. Pamiętajmy także, że zakłady produkujące leki, to przede wszystkim pracujący w nich ludzie. Chcę podziękować wszystkim pracownikom sektora farmaceutycznego, lekarzom i pielęgniarkom, którzy brali udział w heroicznej walce z COVID-19. Dziękuję naszym pracownikom, bo oni pracowali na trzy zmiany, ryzykując swoim życiem i zakażeniem. Robiliśmy wszystko, aby do tego nie doszło. Kupowaliśmy środki ochronne, izolowaliśmy kolejne ekipy produkcji, żeby nie dochodziło do zakażeń i cała produkcja nie stawała. Pacjent z COVID-19 trafiał do szpitala i jeśli był pod respiratorem musiał dostać leki zwiotczające i antybiotyki. Krajowy przemysł farmaceutyczny był poduszką, która zamortyzowała braki leków na świecie. W każdym punkcie szczepień był i jest zestaw przeciwwstrząsowy, który produkuje krajowa firma, dostarczając adrenalinę po to, abyśmy mogli się bezpiecznie szczepić. Dochodzimy do momentu, gdzie to wszystko się splata i musimy sobie zdawać sprawę, że z jednej strony są politycy, którzy tworzą środowisko prawne, a z drugiej strony jesteśmy my, gdzie jest wola i chęć biznesu do pewnych działań. W tej chwili pojawiła się nowelizacja ustawy refundacyjnej, w której pojawia się pojęcie bezpieczeństwa lekowego Polski. My, mówiliśmy o tym od 10 lat, że coś takiego jest potrzebne. Musimy sobie zdawać sprawę, że bezpieczeństwo lekowe nie jest nam dane raz na zawsze i te leki, które bierzemy teraz wystarczy przestać dostarczać i ludzie chorzy zaczną umierać bez żadnej wojny. Wiemy po pandemii, że to jest możliwe i trzeba mieć swój przemysł. Wracamy do tego zazębiania się wszystkiego – woli biznesu, woli państwa i woli politycznej. Musimy być tu ostrożni. W ustawie refundacyjnej pojawił się element bezpieczeństwa lekowego – bardzo dobrze – tyle, że trzeba w tym procesie prowadzić dialog. Projekt ustawy skupia się na poszczególnych lekach, że to lek jest podstawą bezpieczeństwa. Jednak to nie lek, tylko fabryka, która go produkuje jest partnerem dla rządu. Chcemy zwrócić uwagę, że ten instrument, który proponuje ministerstwo zdrowia należy pogłębić i powiedzieć, że partnerem bezpieczeństwa jest ten kto produkuje i dostarcza leki. My nawet opracowaliśmy taki wzór, w którym mówimy, że jeśli firma produkuje 25% leków w Polsce, to jest partnerem. Jeśli przynajmniej 25% leków producenci wytwarzają w Polsce, to świadczy, że naprawdę ten rynek traktują priorytetowo i oni powinni mieć bardziej przewidywalne warunki biznesu. Być może dłuższe decyzje czy preferencje refundacyjne. Chodzi o to, żeby planować tą współpracę na dłuższy okres i stawać się partnerem bezpieczeństwa lekowego w Polsce. Jest też w ustawie refundacyjnej taki mechanizm, który mówi, że lek który jest droższy o 50% od najtańszego na rynku wypada z refundacji. Po prostu – wszystko jest prawidłowe, ale jeżeli weźmiemy pod uwagę, że lek produkowany w Chinach kosztuje 10 zł, a lek za 16 zł już wypada z listy, a ten lek produkowany jest w Polsce, to inaczej wygląda sytuacja bezpieczeństwa lekowego kraju inaczej. My nie możemy

w ustawie tworzyć takich rozwiązań, które będą demotywować producentów w procesie inwestycji w produkcję leków w Polsce. Zresztą, nie tylko polskie firmy inwestują w produkcję i konfekcjonowanie leków w Polsce. Są to również koncerny międzynarodowe i chwała im za to. Bardzo się cieszę, że fabryka frakcjonowania osocza wreszcie ma szansę powstać w Polsce. Powstają także w Polsce małe firmy, startupy, takie jak fabryka w Duchnicach, która będzie produkować leki biologiczne. Im więcej, takich fabryk w Polsce, tym większe będzie bezpieczeństwo lekowe Polski.

Lessons learned. Jak przygotować się na kolejne pandemie?

Dr Anna Kowalczyk – Dyrektor Narodowego Instytutu Leków

Wygląda na to, że ludzkość przetrwała wiele pandemii i tym razem przetrwa pandemię COVID-19. Na pewno jednak powinniśmy wysnuć wnioski oraz uczyć się na błędach. Z całą pewnością istnieje jednak duża dawka nieprzewidywalności tego, co może się zdarzyć w przyszłości. To, o czym się przekonałiśmy wszyscy, to jak ważna jest prawdziwa, prosto sformułowana informacja i komunikacja, szczególnie wewnątrz organizacji. Już wcześniej powinno się pomyśleć o procedurach i spisanej formie, jakimś szkielecie tego, co, jakie procesy, jakie akcje powinny zostać podjęte w przypadku pandemii, czy innego zagrożenia zdrowotnego. Widzimy, że tworzenie np. punktów polowych będzie kluczowym wyzwaniem w przypadku pandemii. Dowiedzieliśmy się, że procedury powinny być jasne i dla wszystkich zrozumiałe, bo inaczej wkłada się spora dawka fałszywych informacji. Procedury nie służą procesowi tłumienia czy niwelowania paniki. Przygotowanie się wcześniej powoduje, że nie są popełniane błędy. A w takiej sytuacji każdy błąd, każda decyzja, która jest niepotrzebna, jak np. zamknięcie lasów dla odwiedzających powoduje, że w kolejnych decyzjach jesteśmy mniej wiarygodni, jako eksperci. Czyli trzeba myśleć do przodu. Dobre decyzje w trakcie pandemii COVID-19, takie jak np. wprowadzenie testów antygenowych, jeżeli mówimy o samym procesie testowania, albo z drugiej strony, pójście w stronę testowania osób chorych, a nie zdrowych spowodowało pewne niejasności i pacjenci nie czuli się bezpiecznie, co przelożyło się na negatywny stosunek do szczepionek. W takich działaniach trzeba rzetelnie informować społeczeństwo oraz trzeba opierać się naciskom z różnych organizacji. To, czego potrzebujemy, to na pewno zespoły doradcze, zdefiniowane w oparciu o kompetencje ekspertów. Zespoły eksperckie powinny być zawiązywane zarówno na poziomie centralnym, przy ministerstwach, jak i przy wojewodach, a w ramach tych zespołów powinna istnieć odpowiednia komunikacja. To, o czym przekonałiśmy się, jako laboratorium „covidowe”, to jak ważny jest zintegrowany system informatyczny, a więc gromadzenie danych, przetwarzanie, analiza i wyciąganiu odpowiednich wniosków w oparciu o te dane. Ten system wymaga jednak jeszcze sporo pracy. Bezpieczeństwo lekowe kraju powinno być zapewnione o stały dostęp do leków, czy generycznych, czy innowacyjnych, ale przede wszystkim tych po które pacjenci sięgają na co dzień. W tym procesie powinno się zadbać o dyfuzję innowacji. Chodzi o to, że jeżeli jest zapotrzebowanie na nową technologię, na powstanie szczepionek i gdzieś ten know-how już istnieje, to procesy naukowe powinny być odpowiednio koordynowane, aby nie dywersyfikować tych działań, tylko wspólnie w ramach synergii zawalczyć o transfer innowacji.

Dimitri Gitas – Dyrektor Zrządzający MSD Polska

W czasie pandemii COVID-19 wkład przemysłu farmaceutycznego opierał się o zabezpieczeniu dostaw leków. Przebiegały do tego równolegle intensywnie toczące się prace badawcze nad szczepionkami i lekami na COVID-19. Olbrzymim sukcesem było doprowadzenie do tego, że w dużo szybszym tempie, niż mówili nam na początek naukowcy, pojawiły się szczepionki przeciwko koronawirusowi SARS-CoV-2. Było to wyrazem współpracy świata nauki i przemysłu farmaceutycznego. To jest chyba największa rzecz, jakiej się nauczyliśmy w tej pandemii, mianowicie bezprecedensowe partnerstwo i współpraca pomiędzy wszystkimi interesariuszami w sytuacjach kryzysowych. Tak, jak już wspominałem, ta współpraca odbywała się na linii między branżą medyczną, a świadczeniodawcami, między branżą farmaceutyczną, a rządami poszczególnych krajów, czy władzami Unii Europejskiej. Z punktu widzenia badań i rozwoju partnerstwo między firmą Astra Zeneca, a uniwersytetem w Oksfordzie pozwoliło na błyskawiczny postęp i rozwój w badaniach nad koronawirusem. Z punktu widzenia prawnego partnerstwo pozwoliło na szybkie zatwierdzenie produktów, a następnie błyskawiczny dostęp obywateli do szczepionek. To są również bezprecedensowe osiągnięcia, które pozwoliły w bardzo krótkim czasie dokonać tej innowacji i przełożyć ją na funkcjonowanie społeczeństw. Kolejne partnerstwo w obszarze produkcyjnym to przykład MSD i Johnson-Johnson. To partnerstwo w zakresie produkcji szczepionek umożliwiło prowadzenie działalności wytwórczej na skalę globalną. MSD zaoferowało swoje usługi, aby wesprzeć tworzenie na większą skalę zdolności produkcyjnych firmy Johnson-Johnson, tak aby zapewnić szczepionki dla populacji globalnej. Musimy oczywiście to partnerstwo wzmacniać i budować w dalszym ciągu. To pokazuje, żeby zapobiec kolejnym pandemiom lub zminimalizować ich wpływ, należy inwestować w innowacje w medycynie. Widzę to na dwóch poziomach: poziomie infrastrukturalnym oraz nakładach na R&D. W przypadku infrastruktury, konieczne są nakłady na bardziej efektywne i nowoczesne systemy dystrybucji świadczeń zdrowotnych ograniczające zakłócenia w obliczu ewentualnej kolejnej pandemii. W procesie R&D kluczowe są nakłady na profilaktykę szczepionkową i innowacje medyczne. Jeżeli chodzi o profilaktykę szczepionkową, to jest właśnie ta prewencja zachorowań i szeroka dostępność szczepionek i współdzielenie się informacjami pozwalającymi obniżyć poziom wrażliwości względem szczepień obniżając potencjał wystąpienia kolejnych pandemii. Jednocześnie zadbanie o to, by najbardziej innowacyjne produkty medyczne były dostępne dla szerokiego grupy pacjentów, minimalizuje wpływ ewentualnej pandemii, obniża wskaźniki hospitalizacji, skraca hospitalizację, obniża liczbę wykonywanych koniecznych zabiegów, zwiększa produktywność i obniża także wpływ gospodarczy pandemii. Na pewno się dużo nauczyliśmy, musimy teraz wyciągać z tego wnioski i zadbać o wysokie spiorytetyzowanie branży medycznej i ochrony zdrowia. W budowaniu partnerstwa publiczno-prywatnego przemysł farmaceutyczny pokazuje otwarcie i gotowość. Myślę, że jako firma z branży opieki zdrowotnej, mamy pewną odpowiedzialność, żeby zrobić wszystko, co w naszej mocy w obliczu kryzysu, by szybko zareagować, tak, by zminimalizować wpływ pandemii na pacjenta. Nasze priorytety bardzo szybko się zmieniły, kiedy pojawiła się pandemia. Naszym priorytetem numer jeden jest kontynuowanie opieki i upewnienie się, że dostawy nie zostaną zakłócone, jeżeli chodzi o leki, które ratują życie. Ponadto, jako globalna organizacja zainwestowaliśmy w rozwój szczepionek, a także nowych terapii tak, aby wprowadzić na rynek szczepionki czy leki tak szybko, jak to możliwe. A zatem poczyniliśmy bardzo wiele inwestycji i w chwili obecnej koncentrujemy się na opracowywaniu nowych technologii medycznych. Polska jest jednym z kluczowych państw unii europejskiej uczestniczących w badaniach klinicznych. Mamy nadzieję, że nowy lek na COVID-19 zostanie udostępniony ludziom, którzy go potrzebują do końca 2021 r., lub początku 2022 r. Zatem myślę, że mamy poczucie

odpowiedzialności za pacjenta i myślę, że będziemy nadal działać w ten sposób, aż pandemia zostanie zażegnana. To był kluczowy priorytet i tak będzie w przyszłości.

Dr Edyta Bielak-Jomaa – Warsaw New Tech University Foundation

Fundacja Warsaw New Tech University Foundation realizuje potrzebę połączenia doświadczenia akademickiego i badawczego oraz edukacji i pracy społecznej. Mówimy, że zajmujemy się w Fundacji człowiekiem, który jest najwyższą wartością, człowiekiem, który funkcjonuje i musi funkcjonować, również w cyfrowym świecie. Chcemy wskazać na potrzebę zaprzęgnięcia sztucznej inteligencji (ang. artificial intelligence, AI) do tego, aby służyła ona człowiekowi. Ale żeby to mogło się zdarzyć, musimy pamiętać o budowaniu wzajemnego zaufania wśród wszystkich interesariuszy na rynku usług medycznych – polityków, przedsiębiorców, kadr medycznych. Bardzo ważne jest budowanie zaufania w relacjach pacjent-rodzina pacjenta/bliscy pacjenta do medycyny rozumianej, jako osoby, które świadczą pomoc i do medycyny rozumianej, jako narzędzia, które mają wesprzeć człowieka, aby pomóc mu nie chorować, bądź też łatwiej tę chorobę przejść. Wiemy, że nie unikniemy niebezpieczeństw, ryzyka, pandemii, chorób, to jest wpisane w istnienie człowieka i funkcjonowanie świata. Natomiast połączenie wszystkich sił, zaangażowania, wiedzy, doświadczenia i cyfryzacja, aby służyły człowiekowi jest kluczowe. Pamiętamy o tym, że nie jest to możliwe do przeprowadzenia bez obecności żywego człowieka, który stoi obok pacjenta, czy potencjalnego pacjenta, buduje tę relację, to zaufanie i pomaga przechodzić przez trud choroby. Myślę, że właśnie w takich trudnych czasach, w których z różnych powodów wkroczenie w naszą sferę prywatną jest coraz większe, musimy więcej o prywatności mówić, może inaczej na nią patrząc. Proszę pamiętać, że prawo do prywatności, to podstawowe prawo człowieka, ale ono nie jest nadrzędnym wobec innych praw. W związku z tym mamy do czynienia ze zderzeniem „mojego prawa” do „mojej prywatności”, z prawem do zdrowia i do życia innych osób, wśród których przebywam. To jest trudne zagadnienie, zwłaszcza podczas pandemii. Co chwilę pojawiają się wątpliwości np. czy pracodawcy mają prawo żądać od pracowników informacji o tym, czy są zaszczepieni. Zastanawiamy się, czy musimy pokazywać dowód tego, że jesteśmy zaszczepieni w postaci paszportu covidowego, jeżeli chcemy skorzystać z usług gastronomicznych, podróżując, czy pójść na jakiś koncert. To są trudne zagadnienia. Zderzyliśmy się już z problemem, gdzie kończy się prywatność, gdzie można postawić granicę prywatności, gdy mówiliśmy o zagrożeniach terrorystycznych. Być może nie można porównywać tych sytuacji, ale proszę przypomnieć sobie, jak dużo mówiliśmy o prywatności w kontekście zamachów na WTC, kiedy amerykańskie służby bardzo mocno wkroczyły w sferę prywatności używając narzędzi technologicznych do analizy rozmów, zapisów, czy też aktywności w internecie po to, aby ograniczyć ryzyko, czy też zwiększyć bezpieczeństwo związane z takim ryzykiem dla całego społeczeństwa. Tę kwestię, kwestię wkroczenia w prywatność, użycia narzędzi, które bez naszej wiedzy, bo o to najczęściej chodzi, w naszą prywatność wkraczają, trzeba bardzo dogłębnie przeanalizować. Niestety bywa tak, że wszelkiego typu rozwiązania, które mają służyć dobrem ogólnemu i wkraczają w sferę prywatną stają się trwałe. Mówi się „na czas pandemii”, ale pewne rozwiązania mogą zostać na zawsze. Słyszymy, o coraz to nowszych rozwiązaniach, które mają charakter inwigilacyjny. I o ile, one rzeczywiście służą dobru i bezpieczeństwu obywateli, są regulowane w sposób dający gwarancję bezpieczeństwa, prywatności, zabezpieczają w prawidłowy sposób dane osobowe, to możemy pogodzić się z tą sytuacją. Natomiast stanowczo sprzeciwiamy się, kiedy ktoś wykorzystuje te narzędzia bez naszej zgody.

Dr Jarosław Oleszczuk – Członek Rady Nadzorczej GENOMTEC

Niesamowitym doświadczeniem pandemii COVID-19 był fakt, że dzięki internetowi mogliśmy dzielić się własnymi doświadczeniami, jak i pozyskiwać oraz uczyć się na doświadczeniach innych. Pandemia pokazała nam, że profilaktyka zdrowotna jest dużo skuteczniejsza, niż medycyna naprawcza. Jednym z wniosków, jaki życzyłbym sobie, żeby świat wyciągnął, to dużo większy nacisk na zdrowy tryb życia, na profilaktykę oraz większe inwestycje z tym związane. Kluczowym również, było wprowadzenie testów antygenowych, ale to, co powinniśmy dodatkowo do tych testów wdrożyć, to strategia. Myślę, że powinniśmy dla tych kluczowych obszarów, jak edukacja czy zdrowie przygotować strategię testowania, która pozwoliłaby na to, że te kluczowe elementy naszej gospodarki, czy życia społecznego funkcjonowały prawidłowo. I tutaj kolejna rzecz, która wydaje mi się bardzo istotna to, że za mało braliśmy przykład z innych pandemii, które nas dotykały w ostatnich latach. W przypadku HIV/AIDS, strategia testowania jest opisana i stanowi, że każda osoba dorosła (między 16 a 65 rokiem życia) powinna testować się przynajmniej raz w życiu, a osoby, które mają podniesione ryzyko mają testować się regularnie. Czyli nie mówimy, że testujemy osoby chore, bo w AIDS wiemy, że osoba zakażona jest przez wiele lat bezobjawowa, a może zarażać innych. Więc, gdybyśmy przelożyli tę strategię z HIV/AIDS na COVID-19, to osoby o podwyższonym ryzyku powinny testować się regularnie. Wdrożenie takiej strategii w tych kluczowych miejscach, czy dla gospodarki, czy dla życia społecznego, czyli regularnego, nawet cotygodniowego testowania pozwoliłoby im na otwarcie funkcjonowania społeczeństwa. Przygotowując się na kolejne pandemii powinniśmy pomyśleć o tym, jak w Polsce wspierać przemysł biotechnologiczny i med-techowy. Jako Polska, niestety nie istniejemy na mapie światowej, a myślę, że jest to dobry moment, żeby zaistnieć, bo widzimy teraz znaczącą aktywność inwestycyjną właśnie w sektorze biotechnologicznym. Jestem gorącym orędownikiem tego, aby partnerstwo publiczno-prywatne były coraz większe i szersze, a jako kraj podchodzić do takich partnerstw bardzo strategicznie. Myślę, że jest kilka obszarów w ochronie zdrowia, gdzie Polska mogłaby być w czołówce. Połączenie naszego olbrzymiego potencjału ludzkiego, jeśli chodzi o informatyków i potrzeb zdrowotnych świata, jest takim świetnym mariażem, żeby tworzyć nowe rozwiązania cyfrowe. Sektor med-tech, który jest dużo mniej uregulowany jest kolejnym, w który moglibyśmy inwestować. Medycyna diagnostyczna powinna być, jak najbliżej pacjenta.

Wojciech Miedziński – Prezes Zarządu ARP Leasing spółka z o.o.

W perspektywie najbliższych miesięcy, kluczowe będzie zachowanie płynności finansowej w sektorze przedsiębiorców, ale także racjonalne zarządzanie gotówką i funduszami. Nie można zatrzymać inwestycji w przyszłość, czyli innowacji, ale z drugiej strony trzeba zachowywać rezerwę na trudny czas wychodzenia z hibernacji. Wszyscy mówimy o inwestycjach, technologii, rozwoju, innowacyjności, a to wszystko się wiąże z finansowaniem. Podsumowując, pierwsze półrocze 2021 r. w obszarze leasingowym wracamy szybciej niż myśleliśmy na krzywą rosnącą, szczególnie w obszarze maszyn i urządzeń. Rośnie również dynamika finansowania sprzętu medycznego. Do następnych pandemii przygotowujemy się właściwie, pod warunkiem, że wyciągniemy wnioski z doświadczeń i na nich będziemy budować swoje strategie. Jednocześnie musimy cały czas odbierać sygnały wczesnego ostrzegania. To leży, zarówno po stronie instytucji odpowiedzialnych za wsparcie, ale po stronie przedsiębiorców w branżach o szerokim przekroju, także w branży medycznej. Na pewno bez inwestycji nie jesteśmy w stanie wrócić na krzywą wznoszącą, w szczególności inwestycji infrastrukturalnych, technologicznych oraz innowacyjnych. Kluczowa w tym jest zdalna komunikacja. Przed pandemią, zaledwie 2% naszych pracowników pracowało

w trybie domowym online. W czasie pandemii pracowało tak 90% zatrudnionych, a teraz 65% pracowników chce utrzymać ten model pracy. A więc inwestycja w infrastrukturę, w technologię, w cyfryzację, w robotykę przemysłową, w której my się specjalizujemy jest niezbędna. Nasze instrumenty finansowe były znakomite – pożyczaliśmy, refinansowaliśmy zobowiązania kredytowe, leasingowe, udzielaliśmy karencji, bardzo długiego okresu finansowania. Dzisiaj zaczynają się te harmonogramy spłat, bo dokładnie jesteśmy na przełomie lipca i sierpnia, a pieniądze pożyczaliśmy w czerwcu zeszłego roku. Czyli, miejsca pracy – tak, łańcuch dostaw – tak, główni kontrahenci – tak, zobowiązania uprzywilejowane – tak, ale nowe inwestycje może jeszcze nie w tym momencie.

Michał Kuczmierowski – Prezes Rządowej Agencji Rezerw Strategicznych

Cały czas przygotowujemy się do kolejnych wyzwań, natomiast jest szereg lekcji, które wyciągnęliśmy z pandemii COVID-19. Warto o nich powiedzieć, bo one budują odporność Państwa na tego typu kryzysy, których możemy się spodziewać w przyszłości. Po pierwsze, jednym z takich ważnych obszarów, który wymaga absolutnej koordynacji, jest umiejętność zarządzania oraz informacja o zasobach. Budujemy razem z Rządowym Centrum Bezpieczeństwa system zarządzania informacją, aby posiadać w jednym miejscu wiedzę o wszystkich zasobach, które są w różnych instytucjach. Chcemy odpowiadać szybko na potrzeby ze strony szpitali oraz innych placówek ochrony zdrowia. Drugi obszar, to elastyczność działania i procedury podejmowania decyzji. To jest o tyle ważne, że nie jesteśmy w stanie przewidzieć kolejnych kryzysów oraz nie jesteśmy w stanie przewidzieć wszystkich potrzebnych zasobów. Holandia zgromadziła ponad miliard maseczek ochronnych, które teraz muszą zutilizować z powodu określonych terminów ważności. Warto podkreślić, że Państwo musi posiadać takie narzędzia, które w sytuacji kryzysowej pozwolą na nieszablonowe, niestandardowe, ale bardzo aktywne i odpowiedzialne działania, które mają służyć zabezpieczeniu właśnie tych zasobów, które są w kryzysie potrzebne. Kolejny obszar, który jest szczególnie dla nas istotny i od początku pandemii bardzo na niego mocno postawiliśmy, to jest obszar związany ze skróceniem łańcuchów produkcyjnych i logistycznych. Od początku budowaliśmy takie kompetencje po stronie krajowego przemysłu. Mogę śmiało powiedzieć, że wszystkie środki ochrony osobistej z rządowej Agencji Rezerw Strategicznych, które trafiają do szpitali oraz do różnych instytucji pochodzi z polskiej produkcji. To są polscy producenci, którzy bardzo szybko zgromadzili maszyny oraz know-how. Dzisiaj, w przypadku zapotrzebowania na 100 milionów masek, jesteśmy w ciągu tygodnia uruchamiając odpowiednie zasoby, te maski pozyskać. To jest też o tyle ważne, że przygotowujemy w tej chwili kolejny rządowy program rezerw strategicznych i w tym programie będziemy chcieli nie tylko zwracać uwagę na zasoby, które będziemy trzymać w naszych rezerwach, bo to dla skarbu państwa oznacza koszty, to trzeba przygotować, trzeba utrzymywać, trzeba tym odpowiednio zarządzać. Będziemy chcieli kupować taką zdolność produkcyjną, właśnie usługi, które producenci komercyjni mogliby na naszą rzecz sytuacji kryzysu świadczyć. Widać w działaniach administracji publicznej, że nie musimy mieć tylko państwowych podmiotów, które są w stanie szybko reagować, ale możemy opierać się na komercyjnych zasobach i usługach. To podejście nam towarzyszyło, kiedy przygotowywaliśmy program dystrybucji szczepionek przeciwko COVID-19. Były pomysły, czy nie powinniśmy kupić tysięcy ciężarówek z chłodniami, żeby prowadzić dystrybucję szczepionek w całym kraju. My woleliśmy skorzystać z hurtowni farmaceutycznych, które mają doskonałe standardy usług, mają doświadczenia, są sprawnie zarządzane i dzisiaj tego typu zadania realizujemy takimi komercyjnymi instrumentami. Podobnie w innych obszarach, gdzie rezerwy strategiczne nie muszą być tą domeną państwową, publiczną, tylko są

przez tą część właśnie publiczną koordynowane, ale leżą po stronie właśnie prywatnych, komercyjnych przedsiębiorców i to jest też taka właśnie, takie zaproszenie, że bardzo nam zależy aby do kolejnej pandemii, kolejnego kryzysu przygotować się dobrze, dzisiaj stawiamy też na gromadzenie i na takie rozsądne przygotowanie takich zasobów, choćby substancjach czynnych, które mogłyby być wykorzystywane do produkcji leków, środków leczniczych. Także tutaj to jest też takie zaproszenie właśnie do polskich przedsiębiorców, że jeśli mają coś takiego wyjątkowego, co ich zdaniem warto by było uwzględnić właśnie w takim rządowym programie rezerw strategicznych, no to jesteśmy gotowi, żeby właśnie takie kompetencje, takie usługi, takie możliwości wpisać i żeby właśnie ten kryzys, który nas być może spotka w przyszłości, oby nas nie spotkał, ale jeżeli nas jakiś kryzys w przyszłości będzie spotykał to żeby nie było to tylko zadanie właśnie tylko i wyłącznie administracji państwowej, ale również właśnie całego potencjału społecznego, który w naszym kraju jest wyjątkowo dobrze rozbudowany i daje nam bardzo duże możliwości.

ORGANIZATOR



PARTNER MERYTORYCZNY



PARTNER INSTYTUCJONALNY



PATRONAT HONOROWY

