PULS Medycyny

Medycyna • System ochrony zdrowia • Promotor wiedzy

LISTA 100

2024

Międzynarodowa firma zarządzana przez fundację, będącą organizacją pożytku publicznego

Pierre Fabre Laboratories to druga co do wielkości firma dermokosmetyczna na świecie i jedna z wiodących firm farmaceutycznych w Europie. W 86% jest własnością Fundacji Pierre Fabre. Pan Pierre Fabre, który zmarł w 2013 roku, uczynił fundację jego jedynym zapisobiorcą. Celem Fundacji Pierre Fabre, uznanej od 1999 roku przez rząd francuski za organizację pożytku publicznego, jest poprawa dostępu do wysokiej jakości leków i opieki zdrowotnej w krajach rozwijających się, w szczególności przez szkolenie lokalnych pracowników ochrony zdrowia. Zyski wypracowane przez grupę umożliwiają fundacji realizację jej misji na rzecz interesu publicznego. Pracownicy są drugim co do wielkości udziałowcem Grupy Pierre Fabre i posiadają pakiet około 8% kapitału. Ta struktura własności jest unikalna we Francji.

Pierre Fabre

Pierre Fabre Medicament · Pierre Fabre Healthcare · Pierre Fabre Oral Care · Pierre Fabre Dermatologie · Eau Thermale Avène · Ducray · A-Derma · Laboratoires Klorane L'âme botanique

Pierre Fabre Medicament Polska Sp. z o. o.
ul. Belwederska 20/22, 00-762 Warszawa
tel.: 22 559 63 00, fax: 22 559 63 59,
e-mail: recepcja.warszawa@pierre-fabre.com

PFM/10/2025

LISTA 100 2024

Tylko raz w roku

spotyka się takie grono wyróżnionych osób

Mowa oczywiście o spotkaniu z osobami, które miały wpływ na rozwój polskiej medycyny i systemu ochrony zdrowia w minionym roku, czyli tym razem w roku 2024. Pierwsze „notowanie" Listy Stu miało miejsce w roku 2002, a więc ponad dwadzieścia lat temu. Od tamtego czasu redakcja „Pulsu Medycyny" corocznie celebruje spotkanie z wybitnymi postaciami świata medycyny i ochrony zdrowia.

Jak powstaje Lista Stu

Wydarzenie przygotowywane jest we współpracy z jurorami, zaproszonymi przez „Puls Medycyny". Każdego roku skład kapituły się zmienia. W obecnym plebiscycie, w obu kategoriach, kandydatów oceniało czterdziestu trzech ekspertów. Każdy juror otrzymał proponowaną przez redakcję listę kandydatów, ale przed opracowaniem ostatecznego zestawienia mógł zgłosić inne osoby, jego zdaniem, godne wymienienia w tym gronie.

Kolejnym etapem jest ocena kandydatów w trzech kategoriach. Jurorzy oceniali osiągnięcia i dokonania w 2024 r., pozytywny wpływ na rozwój polskiej medycyny/systemu ochrony zdrowia oraz siłę publicznego oddziaływania, przyznając w każdej kategorii punkty od 1-10. O miejscu w rankingu decyduje łączna liczba punktów.

W przypadku jednakowej łącznej liczby punktów decyduje wynik w kategorii Osiągnięcia i dokonania w 2024 r. Gdy i w tej kategorii liczba punktów jest taka sama, przeważa liczba punktów przyznana w kategorii Pozytywny wpływ na rozwój polskiej medycyny/systemu ochrony zdrowia w 2024 r. Jeśli także w tej ostatniej kategorii liczba punktów jest taka sama, decyduje liczba punktów w kategorii Siła publicznego oddziaływania w 2024 r. A jeśli i ta liczba punktów jest identyczna, to o miejscu danej osoby w rankingu decyduje organizator.

Jeżeli imię i nazwisko członka jury znajduje się na liście zaproponowanych przez organizatora kandydatów, wówczas nie może on przyznawać punktów samemu sobie. Niemniej przyjęty w tym przypadku algorytm liczenia głosów gwarantuje równe szanse z innymi uczestnikami plebiscytu.

Jeśli nazwisko kandydata znajduje się na liście w kategorii medycyna i na liście w kategorii system ochrony zdrowia, pozostaje on w tej kategorii, w której zgromadził więcej głosów.

Tegoroczne wzrosty, spadki i awanse

Zaproponowaliśmy analizę, zaznaczając przy nazwisku wybranej osoby, czy jest po raz pierwszy na liście, czy zachowała miejsce z poprzedniego rankingu, odnotowała awans czy spadek. I tak w kategorii medycyna znalazło się 38 nowych nazwisk, wzrost odnotowaliśmy na 29 miejscach i 32 osoby znalazły się niżej niż w ubiegłorocznym rankingu. W kategorii system ochrony zdrowia pojawiły się 45 nowch osób, spadek odnotowało 29, a awans 25.

Dziękujemy członkom tegorocznej kapituły za ogrom pracy włożonej w zapoznanie się z osiągnięciami i ocenę kandydatów. Gratulujemy wszystkim laureatom Listy Stu 2024 i życzymy wielu sukcesów w tym roku, które sprawią, że spotkamy się ponownie podczas kolejnej gali i na łamach „Pulsu Medycyny".

A już za rok...

Dokładnie 15 września 25 lat temu ukazał się pierwszy numer „Pulsu Medycyny". Kolejne wydanie Listy Stu wypadnie więc w roku jubileuszowym. Chcielibyśmy, aby zarówno pozycja tytułu, ale też samego wydarzenia, jakim jest Lista Stu, nie tylko się ugruntowała, ale też nabierała nowego, szerszego wymiaru i znaczenia. Naszym mentorem w tych pracach jest niekwestionowany lider rankingu, prof. Henryk Skarżyński (do ubiegłego roku był na Liście Stu we wszystkich jej wydaniach, 14 razy w pierwszej dziesiątce, a trzy razy na 1. miejscu — w 2015, 2016 i 2022 r.). Co nowego znajdzie się w Liście Stu w roku jubileuszowym? Zachęcamy do śledzenia łamów naszego pisma i towarzyszenia nam codziennie na pulsmedycyny.pl

Redakcja

Partner główny

NOVARTIS

Partnerzy

Pierre Fabre · ZENTIVA

Patroni honorowi

Uniwersytet Zielonogórski · Uniwersytet Andrzeja Frycza Modrzewskiego w Krakowie · Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu · Gdański Uniwersytet Medyczny · MEDIBAS Profesjonalne źródło wiedzy medycznej

PULS Medycyny

Dyrektor zarządzający: Jarosław Szymański
Dyrektor ds. sprzedaży: Paulina Pietruczuk
Dyrektor artystyczny: Tomasz Młynarski
Redaktor naczelna: Małgorzata Konaszczuk, m.konaszczuk@pulsmedycyny.pl
Z-ca redaktora naczelnego Marcin Książkowski tel. 22 333 97 29, m.ksiazkowski@pulsmedycyny.pl
Zespół redakcyjny:
Emilia Grzela (z-ca redaktora naczelnego ds. e-wydania), tel. 22 333 97 28, e.grzela@pulsmedycyny.pl
Katarzyna Matusewicz, tel. 603 441 155 k.matusewicz@pulsmedycyny.pl
Monika Majewska, m.majewska@pulsmedycyny.pl
Katarzyna Lisowska, (z-ca redaktora naczelnego ds. wydania online) k.lisowska@pulsmedycyny.pl
Anna Rogala, a.rogala@pulsmedycyny.pl

Współpraca redakcyjna:
Patrycja Pupiec p.pupiec@pulsmedycyny.pl
Olga Tymanowska, o.tymanowska@pulsmedycyny.pl
Dział marketingu i reklamy:
Dorota Dyś (kierownik działu realizacji), tel. 605 948 188, e-mail: d.dys@pulsmedycyny.pl
Anna Mijakowska (senior key account manager) anna.mijakowska@konsylium24.pl
Anna Szóstakiewicz (key account manager) anna.szostakiewicz@konsylium24.pl
Aleksandra Uziębło (senior key account manager), a.uzieblo@pulsmedycyny.pl
Michał Kanownik (key account manager) m.kanownik@pulsmedycyny.pl
Beata Topyło (junior key account manager) b.topyło@pulsmedycyny.pl
Krzysztof Nazarewicz (junior key account manager) k.nazarewicz@pulsmedycyny.pl

Prenumerata: tel. 22 333 97 69

Redakcja i Wydawca nie ponoszą odpowiedzialności za treść reklam i ogłoszeń ani za udostępnianie ich osobom nieuprawnionym. Materiałów niezamówionych nie zwracamy. Zastrzegamy sobie prawo adiustacji i skracania tekstów oraz zmiany ich tytułów. © Bonnier Healthcare Polska 2024 Wszystkie prawa zastrzeżone

1 Mirosław Ząbek

Chciałbym, żeby terapia genowa była bardziej dostępna dla pacjenta

„Jesteśmy jedynym zespołem, który wprost do mózgu pacjenta podał gen uruchamiający produkcję białka (progranuliny). Tę innowacyjną procedurę wykonaliśmy jako pierwsi na świecie. W 2024 r. przeprowadziliśmy trzy takie operacje, w tym roku, jak dotąd, jedną” — mówi neurochirurg dr hab. n. med. Mirosław Ząbek, prof. CMKP.

Fot. Archiwum

Dr hab. n. med. Mirosław Ząbek

prof. CMKP, jest specjalistą neurochirurgii i neurotraumatologii, kierownikiem Kliniki Neurochirurgii Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego, koordynatorem Oddziału Neurochirurgii oraz kierownikiem Zakładu Inżynierii Genetycznej i Interwencyjnego Centrum Neuroterapii w Mazowieckim Szpitalu Bródnowskim, dyrektorem Centrum Gamma Knife w Warszawie; przewodniczącym Rady Uczelni Uniwersytetu Warszawskiego.

Jest pan laureatem Listy Stu 2024. Co dla pana znaczy to wyróżnienie?
To ogromne uznanie zarówno dla mnie, jak i dla wszystkich laureatów. Ranga i prestiż tego konkursu są bardzo duże. Kapituła, która wybiera laureatów, to są ludzie na bardzo wysokim poziomie naukowym. Konkurs jest bardzo motywujący, zachęcający, żeby zrobić coś zauważalnego, niezwykłego.

Co było największym pana osiągnięciem w 2024 r.?
To niewątpliwie terapia genowa mózgu. Jest wiele chorób uwarunkowanych genetycznie, są takie, w których brakuje niezbędnego genu lub są geny wadliwie pracujące i produkujące białko toksyczne, uszkadzające struktury mózgu. Dzisiaj można wyprodukować kopię genu, który podany do tego źle pracującego, zablokuje jego pracę. Brak białka progranuliny prowadzi do demencji skroniowo-czołowej. Choroba, która dotknęła m.in. aktora Bruce'a Willisa, ma dwie formy: zaburzenia mowy lub uszkodzenia intelektualne. Jesteśmy jedynym zespołem, który wprost do mózgu pacjenta podał gen uruchamiający produkcję progranuliny. Tę innowacyjną procedurę wykonaliśmy jako pierwsi na świecie, w ubiegłym roku przeprowadziliśmy trzy takie operacje, w tym roku, jak dotąd, jedną. Do nas przyjeżdżali Amerykanie, żeby się uczyć. Pierwsze operacje, które przeprowadziliśmy, są naprawdę bardzo obiecujące.

Na przestrzeni ostatnich lat neurochirurgia rozwija się bardzo dynamicznie. Duży w tym pana udział.
Mnóstwo operacji wykonałem jako pierwszy w Polsce i Europie, m.in. operowałem pacjenta w śmierci klinicznej, czyli w krążeniu pozaustrojowym. W ciągu ostatnich lat widać niesamowity rozwój neurochirurgii. Dzisiaj, podając środek kontrastowy w czasie operacji pacjentowi z guzem złośliwym mózgu, używając specjalnych okularów, widzimy, że mózg jest zabarwiony w jednym kolorze, a guz w innym, dzięki temu możemy go bardzo precyzyjnie usunąć. Rozwinęły się techniki wewnątrznaczyniowe. Kiedyś operowaliśmy tętniaki, a od ponad 20 lat ten zabieg wykonujemy za pomocą cewników. Pojawiają się zaawansowane urządzenia, dzięki którym możemy sczytać mózg chorego, co następnie pozwala w czasie operacji, przy otwartej głowie, używając sondy, dotknąć jakieś miejsce i stwierdzić, czy jest to np. ośrodek mowy, czy możemy tutaj operować.

Terapie genowe to rewolucja w medycynie. Czy to przyszłość neurochirurgii?
Terapie genowe już ogrywają dużą rolę w leczeniu choroby Parkinsona, Huntingtona, zaniku wieloukładowego czy demencji czołowo-skroniowej. Te operacje stały się możliwe dzięki temu, co zrobiliśmy kilka lat temu w Polsce, czyli przeprowadzeniu operacji w czasie rzeczywistym silnego pola magnetycznego. To oznacza, że jeśli operuję pacjenta, to on w tym dniu ma wykonane badania tomografi komputerowej i rezonansu magnetycznego. Nakładam na siebie te obrazy, wgrywam do systemu nawigacji, rejestruję punkty stałe (nasadę nosa, brzeg oka) i widząc obrazy w mózgu, mogę sondą dotykać guza. Natomiast w przypadku terapii genowej, gdy podajemy mikrolitry wektora wirusowego do ważnych życiowo struktur, to musimy mieć pewność, że robimy to właściwie. Dlatego na monitorach śledzimy przebieg igły oraz jak wypływa ten wektor wirusowy.

> Po studiach wyjechałem do Bonn, miałem tam zostać, ale zdecydowałem się wrócić do Polski. Cieszę się, że tyle rzeczy udało mi się zrobić, na emigracji nie osiągnąłbym jednej dziesiątej tego, co tutaj.

Moja praca przy terapii genowej rozpoczęła się od jej zastosowania w przypadkach glejaków wielopostaciowych. Pacjenci chorujący na glejaka dość szybko umierają, ponieważ chemioterapia nie dociera do mózgu. 98 proc. cząsteczek „nie wchodzi” do mózgu, a jeśli „wejdą”, to uszkadzają cały mózg. Stosując metody inżynierii genetycznej, podając leki w infuzji prosto do guza, poprawialiśmy wyniki leczenia tych chorych.

Co sprawiło, że wybrał pan neurochirurgię?
Do mojej mamy, która chorowała na stwardnienie rozsiane, przychodziła pielęgniarka i to ona zachęcała mnie do złożenia dokumentów do liceum, żebym potem poszedł na studia, na medycynę. Bardzo przeżywałem chorobę mamy, jej ból i cierpienie. Kiedyś przytuliłem mamę i obiecałem, że jak będę lekarzem, to ją wyleczę.

Podczas studiów medycznych wziąłem udział w dwudniowych zajęciach z neurochirurgii. Prowadzący z taką pasją opowiadał o swojej pracy, że zdecydowałem się na wybór tej specjalizacji. Wkrótce zapisałem się do kółka neurochirurgicznego i zostałem jego przewodniczącym. Pamiętam jeden z plakatów, który przygotowałem. Na zdjęciu był człowiek, który zdjął sobie górną część czaszki i widać było mózg. Napisałem do tego hasło: „Czy mózg człowieka jest wystarczająco sprawny, żeby zrozumieć mechanizmy własnej działalności? Wstąp do naszego koła, wspólnie znajdziemy odpowiedź”.

Po studiach wyjechałem do Bonn, miałem tam zostać, ale zdecydowałem się wrócić do Polski. Cieszę się, że tyle rzeczy udało mi się zrobić, na emigracji nie osiągnąłbym jednej dziesiątej tego, co tutaj.

Kto był dla pana mistrzem?
Sporo wyjeżdżałem, byłem m.in. w: Holandii, Szwecji, Norwegii, Niemczech, Stanach Zjednoczonych, Japonii. Nie zawsze rozumiałem język, ale obserwowałem lekarzy, jak operują, a także ich sposób podejścia do pacjenta, kulturę osobistą. Kiedyś w szwedzkiej klinice miałem możliwość asystowania przy operacji tętniaka. Później poprosiłem o opis tej operacji. Do dzisiaj mam ten dokument, w którym na końcu napisano: „Doktor Zabek zakończył operację, zaszywając skórę szwami pojedynczymi”. To jeden z kamyków milowych, które pozostają w mojej pamięci.

Na swojej zawodowej ścieżce spotkałem znakomitych lekarzy: docenta Malińskiego, prof. Teofana Domżała czy prof. Witolda Mazurowskiego, po którym objąłem Klinikę Neurochirurgii w Mazowieckim Szpitalu Bródnowskim.

Czy pacjenci mogą liczyć na rozmowę z panem?
Na co dzień nie przebywam z każdym chorym, ale jeśli przychodzi do mnie rodzina albo pacjent, to przeglądam jego dokumentację medyczną i zapraszam do gabinetu na rozmowę. To bardzo ważne, żeby nie rozmawiać na korytarzu, poświęcić czas pacjentowi. On zapamięta to bardziej niż największą operację.

Staram się dbać o pacjenta, ale też o lekarza, który go do mnie skierował. Zawsze wysyłam list do lekarza kierującego chorego do Centrum Gamma Knife, informując, że jego pacjent zgłosił się do nas na konsultację, miał wykonane napromienianie nożem gamma. Dołączam też kolorowy wydruk — obraz planu napromieniania. Do tej pory wysłałem ponad 10 tys. listów. Moja inicjatywa spotyka się z bardzo pozytywnym odbiorem. Lekarze dziękują, że mogą dołączyć te dokumenty do historii choroby pacjenta, mówią, że nigdy nie otrzymali takiego pisma z ośrodka referencyjnego.

Co się składa na pana sukces?
Przeczytałem kiedyś takie zdanie, że „nie marzyłem o sukcesie, tylko na niego pracowałem”. Tak jest też u mnie: praca, bardzo ciężka praca, konsekwencja w działaniu oraz trochę szczęścia…

Dzięki wielu pionierskim operacjom jest pan doceniany zarówno przez lekarzy, jak i pacjentów.
Jakiś czas temu asystentki pokazały mi krzyżówkę, gdzie na hasło „Neurochirurg w Szpitalu Bródnowskim”, odpowiedzią było: „Ząbek”. Z kolei prof. Artur Dziak poświęcił mi rozdział w książce pt. „Zagrajcież mi, niechaj cofnie się świat”, który zakończył słowami: „Człowiek staje się prawdziwie sławny, jeśli mówi o nim ulica”.

Jaka jest cena za takie zaangażowanie w pracę?
Przede wszystkim mniej czasu spędzam z rodziną. Za tym idzie dyskomfort i poczucie winy. Trzeba było mnie zmuszać, żebyśmy gdzieś wyjechali. Przez długi czas wyjazdy organizowaliśmy tylko w Polsce, bo musiałem wracać do szpitala. W dzień praca w klinice, a wieczorem w domu siedzę i piszę.

A jak ma pan wolną chwilę dla siebie, czym się pan zajmuje?
Nie wiem, czy się przyznać? Przeglądam dokumenty w teczce, segreguję, które są do przygotowania na teraz, a które na później.

Uwielbiam psy, miałem mastify angielskie, jeden z nich był championem Europy. Rok temu wziąłem psa ze schroniska. Dzięki niemu regularnie spaceruję.

Jakie wyzwania przed panem w 2025 r.?
Uzyskałem już wszelkie certyfikaty, pozwolenia na zakup urządzenia, które może zrewolucjonizować medycynę w zakresie neurochirurgii. Jest to system do otwierania bariery krew-mózg. Jak wspominałem, bariera krew-mózg nie przepuszcza 98 proc. cząsteczek. Dlatego tak trudno leczy się zapalenie mózgu czy nowotwory przerzutowe do mózgu.

Jeśli pacjentka z rakiem piersi ma przerzuty do różnych narządów, to są leki, które mogą jej pomóc, ale jeśli ma przerzuty do mózgu, to umrze. Gdybym mógł u tej chorej otworzyć barierę krew-mózg wokół guza, to chemioterapia skuteczna np. w przerzutach do wątroby byłaby dla niej unikatowym rozwiązaniem. Ten system pozwala też na nowatorską biopsję płynną: otwierając barierę krew-mózg w guzie i pobierając krew z żyły, można postawić rozpoznanie, jaki to jest guz.

O czym pan marzy?
Chciałbym, żeby terapia genowa się rozwijała, żeby była bardziej dostępna dla pacjenta. Terapie genowe mózgu wykonuje się w rezonansie magnetycznym, trwają ok. 8-10 godzin. Chciałbym, żeby ten czas operacji był krótszy, żeby wyglądało to tak, jak w przypadku chemioterapii, gdzie w jednej sali pacjenci siedzą obok siebie i otrzymują infuzję do mózgu. Mam nadzieję, że kiedyś tak będzie.

Jeśli o czymś myślisz, marzysz i codziennie próbujesz coś zrobić w tym kierunku, to przychodzi chwila, że myślą kreujesz rzeczywistość. Wówczas rzeczywistość staje się piękniejsza niż twoje marzenia.

Rozmawiała Anna Rogala

> Jeśli o czymś marzysz i codziennie próbujesz coś zrobić w tym kierunku, to przychodzi chwila, że myślą kreujesz rzeczywistość. Wówczas rzeczywistość staje się piękniejsza niż twoje marzenia.

> Przeczytałem kiedyś takie zdanie, że ,,nie marzyłem o sukcesie, tylko na niego pracowałem''. Tak jest też u mnie: praca, bardzo ciężka praca, konsekwencja w działaniu oraz trochę szczęścia…

2 Maciej Banach

Rok 2024 w lipidologii był rokiem wytycznych

„Święty Graal lipidologii to wczesna diagnoza i szybka interwencja w przypadku wykrycia zaburzeń lipidowych, niekoniecznie od razu farmakologiczna. Jestem przekonany, że na wczesnym etapie odpowiednio dobrana dieta, aktywność fizyczna i edukacja zdrowotna pozwolą utrzymać dużą część pacjentów w celu terapeutycznym, a tym samym znacząco zmniejszyć u nich ryzyko sercowo-naczyniowe" — wskazuje prof. Maciej Banach.

Jak rok 2024 zapisze się w pana pamięci?
Był to rok wytycznych — niezwykle ważny i ciekawy dla lipidologii. Zostało opublikowanych kilka bardzo istotnych dokumentów eksperckich — istotnych nie tylko dla lekarzy, ale przede wszystkim dla pacjentów z zaburzeniami lipidowymi. Najważniejsze rekomendacje to te dotyczące pitawastatyny, lipoproteiny(a), leczenia rodzinnej hipercholesterolemii u dzieci czy diagnostyki zaburzeń lipidowych.

Święty Graal lipidologii to...
...wczesna diagnoza i szybka interwencja w przypadku wykrycia zaburzeń lipidowych, niekoniecznie od razu farmakologiczna. Jestem przekonany, że na wczesnym etapie odpowiednio dobrana dieta, aktywność fizyczna i edukacja zdrowotna pozwolą utrzymać dużą część pacjentów w celu terapeutycznym, a tym samym znacząco zmniejszyć u nich ryzyko sercowo-naczyniowe.

Na razie edukacja zdrowotna w Polsce kuleje. Nie pomaga w tym brak rozwiązań systemowych. W dodatku okazuje się, że przedmiot, który miał wejść do szkół od września, będzie nieobowiązkowy...
To wielka strata i ogromne rozczarowanie. Tym bardziej, że środowisko lekarskie od 15 lat zabiegało, aby w szkołach odbywały się zajęcia z edukacji zdrowotnej. Osobiście spotykałem się ze wszystkimi kolejnymi ministrami zdrowia oraz edukacji narodowej i przekonywałam ich, dlaczego warto to zrobić. Ogromnie pozytywnym zaskoczeniem była informacja, że w końcu w tej kadencji to się uda, ale decyzja o fakultatywności tego przedmiotu całkowicie wypacza jego ideę.

Musimy zdawać sobie sprawę, że na świecie będzie narastał problem wielochorobowości. Już teraz zmagamy się z pandemią cukrzycy, otyłości, zaburzeń lipidowych i nadciśnienia tętniczego. W Polsce co roku notowanych jest ponad 160 tys. zgonów z powodu chorób sercowo-naczyniowych i 100 tys. zgonów z powodu nowotworów, na które choruje ok. 2 mln osób! Jak mamy być skuteczni w leczeniu społeczeństwa, skoro go nie edukujemy? Osoby, które kończą szkoły, nie tylko nie umieją o siebie zadbać, ale też nie są w stanie obronić się przed wszechobecnymi fake newsami, przez co często wpadają w pułapkę błędnych przekonań, promowanych przez pseudoekspertów. Z tego względu uważam, że edukacja zdrowotna powinna być przedmiotem obligatoryjnym. Tylko w takim przypadku za 5, 10, 15 czy 20 lat nasze społeczeństwo ma szanse na zdrowsze życie.

Jaka jest rola lekarzy w edukacji społeczeństwa?
Ogromna! Przede wszystkim powinni oni być dobrym przykładem dla swoich pacjentów. Niestety, nie zawsze tak jest. Lekarz, który zaleca, żeby rzucić palenie, albo tłumaczy, jak ważne są zdrowa dieta i aktywność fizyczna, a sam pali, nieprawidłowo się odżywia, prowadzi siedzący tryb życia i jest otyły, nie jest wiarygodny.

Osobiście zdarza mi się, że pacjenci pytają mnie w gabinecie, jaki mam poziom LDL-cholesterolu czy lipoproteiny(a). Badam się co pół roku, więc wiem i szybko odpowiadam. Co więcej, ponieważ obie wartości też dla mnie były wyzwaniem i mam podwyższone stężenie lipoproteiny(a), to mówię, jak udało mi się z tym poradzić. I mam wrażenie, że to przekonuje nawet najbardziej opornych pacjentów do tego, aby się diagnozować i leczyć. Jestem pewien, że adherencja byłaby lepsza, gdybyśmy my, jako lekarze, sami stosowali się do zaleceń, które wydajemy innym w swoich gabinetach.

Fot. P. Kotulska-Chwalewska

Prof. dr hab. n. med.
Maciej Banach
jest specjalistą w dziedzinie kardiologii, hipertensjologii i lipidologii, prorektorem ds. Collegium Medicum Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego Jana Pawła II, kierownikiem Zakładu Kardiologii Prewencyjnej i Lipidologii Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, adiunktem Johns Hopkins University School of Medicine w Baltimore (USA), przewodniczącym Polskiego Towarzystwa Lipidologicznego.

Pamiętam przykład badania LIPIDOGRAM, które prowadzimy wspólnie prof. Jackiem Jóźwiakiem. Łącznie objęło ono ok. 50 tys. pacjentów z praktyki prawie 1000 lekarzy rodzinnych. W jednym z ramion badania w roku 2010 pojawił się pomysł, by na podstawie tych samych kryteriów sprawdzić stan zdrowia lekarzy biorących w nim udział. Okazało się, że ich wyniki dotyczące m.in. ciśnienia krwi czy parametrów lipidowych były o wiele gorsze niż u ich pacjentów...

Dzisiaj jest pan niekwestionowanym autorytetem dla środowiska lekarzy. A czy może pan wymienić osoby, które odegrały szczególną rolę w pana życiu zawodowy?
Osób, które miały jakiś wpływ na mój rozwój zawodowy było wiele. Niestety, nigdy nie miałem typowego mentora i jako młodemu lekarzowi bardzo brakowało mi kogoś, kto byłby obok na co dzień, do kogo mógłbym w każdej chwili zwrócić się o pomoc czy poradę. To jednak spowodowało, że dzisiaj — wiedząc jak ważny jest mentoring — staram się na tyle, na ile mogę, być wsparciem dla wszystkich osób, które tego potrzebują. To jeden z moich priorytetów zawodowych w ostatnich 20 latach.

A gdybym miałbym wymienić osoby, które mi imponowały i stanowiły dla mnie wzór do naśladowania, to z pewnością pierwszą z nich jest prof. Władysław Bartoszewski, były minister spraw zagranicznych, a do tego fantastyczny człowiek, wielki humanista. Mimo że przeszedł bardzo wiele jako osadzony w Auschwitz, uczestnik powstania warszawskiego, a potem więzień polityczny, to zawsze trwał przy swoich przekonaniach, dążył do tego, aby Polska nie była samotnym silosem na mapie Europy, starał się poprawiać nasze stosunki międzynarodowe. Podziwiam jego upór w dążeniu do celu. Daje mi to poczucie, że niezależnie od trudności, bez względu na to, jak duże one są, zawsze warto się podnosić i iść dalej swoją drogą.

> **Lekarz, który zaleca, żeby rzucić palenie, albo tłumaczy, jak ważne są zdrowa dieta i aktywność fizyczna, a sam pali, nieprawidłowo się odżywia, prowadzi siedzący tryb życia i jest otyły, nie jest wiarygodny.**

Drugą osobą, od której dostałem wspaniałą lekcję życia, jest prof. Dimitri P. Mikhailidis z University College of London (UCL). W latach 2007-2008, zaraz po swojej pracy asystenta na kardiochirurgii, zajmowałem się badaniem wpływu trimetazydyny na poprawę funkcjonowania serca. Była to wtedy mało znana cząsteczka i trudno było znaleźć o niej jakiekolwiek informacje. Zacząłem pisać maile do badaczy, którzy mieli w tym zakresie doświadczenie i jedną z nielicznych osób, które się do mnie odezwały, był prof. Mikhailidis z UCL. Pomógł mi on dokończyć i opublikować pracę. Zrozumiałem wtedy dwie rzeczy: nigdy nie należy się poddawać i zawsze warto szukać możliwości współpracy, również (a może przede wszystkim) międzynarodowej, ponieważ te dwa czynniki to klucz do sukcesu.

Udaje się panu zachować *work-life balance*?
Zdecydowanie nie. Jestem pracoholikiem i otwarcie się do tego przyznaję. Denerwuję się, gdy coś przeszkadza mi w skupieniu się na pracy. Wiele życzliwych osób powtarza mi, że powinienem trochę zwolnić i sam też często zdaję sobie z tego sprawę, zwłaszcza gdy po bardzo intensywnych zawodowo okresach w życiu nagle w moim organizmie spada poziom adrenaliny i zaczynam odczuwać ogromne zmęczenie. Problem jednak polega na tym, że praca — medycyna, nauka, innowacje — jest jednocześnie moją pasją. Uwielbiam to, co robię i trudno mi się od tego oderwać. I tak już będzie.

Trzy słowa, które najlepiej pana opisują, to...
Pasja, która mnie napędza do działania. Wytrwałość, która pozwala mi realizować pomysły, niezależnie od pojawiających się trudności. I w końcu cierpliwość, bo mam świadomość, że nie wszystko da się od razu zrobić, do wszystkiego potrzebny jest czas.

Rozmawiała Katarzyna Matusewicz

3 Piotr Rutkowski

Każdy z nas powinien przestrzegać zasad profilaktyki onkologicznej

„W Polsce jednym z problemów w obszarze profilaktyki onkologicznej jest brak bezpośredniego kontaktu z obywatelami. Kraje, które odnoszą największy sukces we wtórnej profilaktyce przeciwnowotworowej, powszechnie wykorzystują *digital health*, czyli cyfrowe rozwiązania, pozwalające na taki kontakt" — podkreśla prof. Piotr Rutkowski.

Czy 2024 r. spełnił pana oczekiwania dotyczące planowego wdrażania założeń Narodowej Strategii Onkologicznej?
Rok 2024 mógłby być bardziej satysfakcjonujący pod tym względem, ale pojawiła się nadzieja, że ten proces będzie przebiegał znacznie sprawniej, ponieważ w Ministerstwie Zdrowia utworzono Departament Opieki Koordynowanej, dzięki czemu Narodowa Strategia Onkologiczna ma swojego rzeczywistego wykonawcę na poziomie resortu.

W 2024 r. realizowano kilka ważnych założeń strategii. Przede wszystkim zakończono prace nad wprowadzeniem testu HPV DNA do programu profilaktyki raka szyjki macicy, co niebawem nastąpi. W szkołach ruszył program dobrowolnych szczepień przeciwko wirusowi HPV, obejmujący także 9- i 10-latków. Ponadto Ministerstwo Zdrowia opublikowało kluczowe zalecenia w zakresie opieki onkologicznej dotyczące organizacji i postępowania klinicznego w 13 nowotworach. Kolejne zostały już zaaprobowane przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji i czekamy na obwieszczenie ministra zdrowia.

Duży postęp nastąpił także w pracach nad uruchomieniem Krajowej Sieci Onkologicznej. Tak naprawdę 2025 r. będzie sprawdzianem dla Narodowej Strategii Onkologicznej i Krajowej Sieci Onkologicznej, ponieważ jej wdrożenie, na które z niecierpliwością czekam, stanowi rewolucję w systemie opieki onkologicznej.

W jaki sposób uruchomienie Krajowej Sieci Onkologicznej realnie zmieni sytuację chorych na nowotwory?
Uprości ścieżkę pacjenta, do czego przyczynią się przede wszystkim koordynatorzy opieki onkologicznej, którzy odgrywają kluczową rolę w Krajowej Sieci Onkologicznej. Koordynator nie będzie pełnił swojej funkcji tylko na poziomie danego ośrodka, tzn. nie będzie prowadził pacjenta po ścieżce diagnostyczno-terapeutycznej tylko w jednym miejscu, lecz będzie współpracował z innymi ośrodkami, przede wszystkim między tymi o niższym i wyższym stopniu referencyjności. Podobny system organizacji opieki onkologicznej obowiązuje w wielu krajach Europy Zachodniej.

Czekam również na wprowadzenie karty e-DiLO, czyli elektronicznej karty Diagnostyki i Leczenia Onkologicznego. Stanie się ona nośnikiem informacji na temat procesu diagnostyczno-terapeutycznego, do których dostęp będą miały wszystkie podmioty mające pod opieką pacjenta, wszyscy lekarze — nie tylko onkolodzy, lecz także np. lekarze POZ. Krata DiLO w obecnej, papierowej formie nie daje takiej możliwości. Karta e-DiLO jest już gotowa, jednak wciąż brakuje rozwiązań prawnych pozwalających na korzystanie z niej.

Ważną zmianą będzie też możliwość ustalania planu leczenia przez wielodyscyplinarne zespoły terapeutyczne za pośrednictwem systemów teleinformatycznych. Od dwóch lat takie zdalne konsylia odbywają się między ekspertami z Narodowego Instytutu Onkologii a innymi ośrodkami w przypadku chorych na mięsaki. Co dwa tygodnie podczas spotkań online oceniamy wyniki 10-15 pacjentów i dyskutujemy nad planem dalszego postępowania. Dzięki temu tylko 25 proc. pacjentów musi osobiście stawiać się na wizytę lekarską. Reszta nie musi podróżować do innych ośrodków.

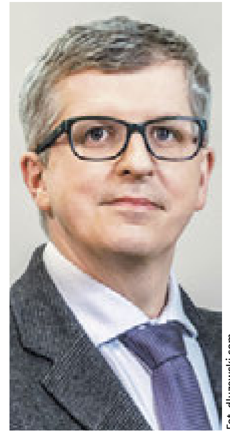
W Krajowej Sieci Onkologicznej po raz pierwszy będziemy monitorować jakość opieki onkologicznej. Co prawda ten proces już się odbywa, ale tylko częściowo, w ramach obecnie funkcjonujących unitów narządowych — raka piersi i jelita grubego. Narodowy Instytut Onkologii, jako Krajowy Ośrodek Monitorujący, jest zobowiązany do monitorowania jakości opieki onkologicznej, jednak będzie tylko przygotowywać dane, które później zostaną ocenione w Ministerstwie Zdrowia i Narodowym Funduszu Zdrowia. Ta praca analityczna będzie kluczowa dla oceny jakości działania Krajowej Sieci Onkologicznej.

Jakie działania są planowane w ramach profilaktyki onkologicznej, szczególnie tej wtórnej? Zgłaszalność na badania przesiewowe w kierunku nowotworów w dalszym ciągu jest w Polsce na niskim poziomie.
Problemem jest brak bezpośredniego kontaktu z obywatelem. Kraje, które odnoszą największy sukces we wtórnej profilaktyce przeciwnowotworowej, powszechnie wykorzystują *digital health*, czyli cyfrowe rozwiązania pozwalające na taki kontakt. W Polsce funkcjonuje Internetowe Konto Pacjenta, ale nie daje ono takiej możliwości. Obywatele nie otrzymują informacji, że powinni wykonać takie i takie badanie oraz gdzie mogą się na nie zapisać.

Jeśli istnieje możliwość wysyłania alertów SMS-owych, ostrzegających np. przed wichurami, to powinna również istnieć możliwość wysyłania alertów dotyczących zdrowia. Dotarcie do każdego obywatela z informacją dotyczącą badań profilaktycznych jest kluczowe. Między innymi dlatego zostanie uruchomiony Narodowy Portal Onkologiczny, który będzie stanowił bazę wiedzy na temat profilaktyki, diagnostyki i leczenia nowotworów. To niezwykle ważne, żeby taka wiedza, dostarczona w pigułce, znajdowała się w jednym miejscu.

W Polsce mamy dostęp do prawie wszystkich nowoczesnych badań przesiewowych w kierunku nowotworów. W profilaktyce raka szyjki macicy możemy wykorzystać test HPV DNA, a dodatkowo w ramach profilaktyki pierwotnej funkcjonuje program szczepień przeciw HPV. Z kolei raka piersi można już wcześnie wykrywać w całej Polsce za pomocą nowoczesnych mammografów cyfrowych.

Natomiast do programu badań przesiewowych w kierunku raka jelita grubego planowane jest włączenie testu FIT na krew utajoną w kale. Można go wykonać samemu w domu, co umożliwia aktywną kontrolę swojego zdrowia przez obywateli. Przy okazji chciałbym zaznaczyć, że nie jest to ten sam test, który jest wykonywany w ramach programu Profilaktyka 40 Plus. Oferowany w jego ramach test iFOBT nie spełnia żadnych standardów. Wyczekiwany jest również powszechny program wczesnego wykrywania raka płuca za pomocą niskodawkowej tomografii komputerowej.



Fot. dluzewski.com

Prof. dr hab. n. med.
Piotr Rutkowski
jest specjalistą w dziedzinie chirurgii ogólnej i onkologicznej, kierownikiem Kliniki Nowotworów Tkanek Miękkich, Kości i Czerniaków Narodowego Instytutu Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie — Państwowego Instytutu Badawczego w Warszawie, pełnomocnikiem dyrektora ds. Narodowej Strategii Onkologicznej i Badań Klinicznych, przewodniczącym Zespołu ministra zdrowia ds. Narodowej Strategii Onkologicznej, przewodniczącym ZG Polskiego Towarzystwa Onkologicznego, przewodniczącym Rady Agencji Badań Medycznych.

Duży nacisk kładzie pan na profilaktykę przeciwnowotworową, a czy sam przestrzega pan jej wszystkich zasad? Czy jest pan pod tym względem wzorowym obywatelem/pacjentem?
Postawy prozdrowotne lekarzy nie zawsze są idealne. Jeśli jednak jako lekarze mówimy o zasadach profilaktyki, to musimy być wiarygodni i sami się do nich stosować. Uważam, że każdy z nas powinien przestrzegać zasad profilaktyki przeciwnowotworowej, ponieważ jest to nasz obowiązek.

Sam nie palę i nigdy nie paliłem papierosów. Jestem aktywny fizycznie. Myślę, że odżywiam się prawidłowo, m.in. istotnie ograniczam ilość mięsa w diecie. Zgłaszam się też na badania przesiewowe w kierunku nowotworów. Wykonałem przede wszystkim kolonoskopię, podczas której miałem usunięte drobne polipy, dzięki czemu zmniejszyłem ryzyko zachorowania na raka jelita grubego. Jestem przekonany, że jeśli nie stosowałbym zdrowej diety i nie był aktywny fizycznie, to przy moim intensywnym trybie życia byłbym już po pierwszym zawale serca. Jaką z tego korzyć odnieśliby moi pacjenci? W praktyce klinicznej, oprócz czerniaków, zajmuję się także mięsakami i w związku z tym wykonuję często długie i wyczerpujące fizycznie operacje, więc przy stole operacyjnym muszę być wydajny.

Myślę, że właśnie dzięki przestrzeganiu zasad profilaktyki zdrowotnej jestem w dobrej formie i rzadko sam bywam pacjentem. Wśród tych zasad znajdują się także szczepienia profilaktyczne — regularnie poddaję się szczepieniom przeciwko grypie i COVID-19. Z kolei swoją córkę zaszczepiłem przeciwko wirusowi HPV jeszcze przed uruchomieniem powszechnego programu. Nie zapominajmy, że szczepienia uratowały najwięcej żyć ludzkich w historii świata. Chciałbym, żebyśmy mieli zindywidualizowane szczepionki na nowotwory i nad tym pracujemy. Taka przyszłość zapowiada się chociażby w czerniaku.

Metody leczenia chorych na nowotwory stają się coraz bardziej nowoczesne. Wiele z nich jest dostępnych w Polsce. Mimo to część pacjentów onkologicznych korzysta z usług szarlatanów i naturopatów, proponujących tzw. alternatywne metody leczenia.
To nie są alternatywne metody leczenia. To są niesprawdzone metody leczenia, które wiadomo, że nie działają, a szkodzą. Osoby, które je proponują, robią to z czystą premedytacją, żerując na pacjentach będących w ekstremalnej sytuacji zdrowotnej. Niekiedy zniechęcają ich do właściwej diagnostyki czy terapii. Dotyczy to także pacjentów onkologicznych, mimo że tłumaczymy im, w jaki sposób będą leczeni. Problem polega na tym, że jeśli chory skorzysta z jakiejś niesprawdzonej metody, to może zaprzepaścić cały efekt właściwego leczenia onkologicznego.

Uważam, że państwo powinno podjąć odpowiednie działania mające na celu ochronę obywateli przed szarlatanami, ponieważ proponowanie terapii przez osoby, które są do tego nieuprawnione, terapii, które nie są zarejestrowane i których działania leczniczego nie udowodniono, jest po prostu przestępstwem.

Rozmawiała Monika Majewska

Pełna wersja wywiadu na www.pulsmedycyny.pl

4 Krzysztof Kaławak

Kiedy niemożliwe staje się możliwe. I to na wyciągnięcie ręki

Rok 2024 prof. Krzysztof Kaławak nazywa przełomowym. „W październiku udało nam się wprowadzić do Polski terapię genową w ciężkim wrodzonym niedoborze odporności RAG1. Tym samym klinika we Wrocławiu stała się drugim ośrodkiem — poza Holandią — stosującym to leczenie. Jest to zwieńczenie wielu lat pracy nad tym projektem. Do tej pory, aby ratować pacjentów, wykonywane były toksyczne transplantacje, które czasami kończyły się zgonem z powodu powikłań poprzeszczepowych" — tłumaczy.

Kolejnym celem profesora jest to, aby ośrodek wrocławski osiągnął status *quality treatment center*, czyli centrum doskonałości dla terapii genowych również w innych rozpoznaniach, m.in. leukodystrofii metachromatycznej. Wszystko jest na dobrej drodze, bo to właśnie klinika prowadzona obecnie przez prof. Kaławaka od wielu lat jest pionierem, jeżeli chodzi o nowatorskie terapie zarówno w onkologii i hematologii, ale także immunologii czy transplantologii dziecięcej.

„Pamiętam rok 2012, gdy w Stanach Zjednoczonych Emily Whitehead jako pierwsza osoba na świecie otrzymała terapię CAR-T. Patrzyliśmy na to jak na jakiś cud i zastawialiśmy się, kiedy to będzie możliwe w Polsce. I oto niespełna 8 lat później rozpoczęliśmy we Wrocławiu terapię komórkową CAR-T w ostrej białaczce limfoblastycznej. Dzisiaj mamy już za sobą doświadczenie z leczeniem prawie 40 pacjentów, a dzięki wprowadzeniu tzw. pomostowania, czyli chemioterapii przygotowującej do infuzji, udaje nam się osiągać lepsze wyniki niż w ośrodkach zagranicznych — w USA, Niemczech czy Francji" — mówi specjalista.

I dodaje, że technologia CAR-T jest stale rozwijana w kilku ośrodkach na zachodzie Europy w takich rozpoznaniach, jak: białaczka T-komórkowa, ostra białaczka szpikowa, niektóre guzy lite (np. neuroblastoma). „Głęboko wierzę, że za dwa, trzy lata dzieci z tymi diagnozami nie będą musiały jechać do Rzymu, Londynu, Paryża czy Mediolanu, tylko będą leczone we Wrocławiu" — zapewnia.

Okazuje się, że nie byłoby tych wszystkich dokonań, gdyby nie babcia profesora, która przekonała go do studiowania medycyny.

Fot. Łukasz Gwarański

Dzisiaj w natłoku codziennych aktywności zawodowych najbardziej wspiera go żona Iwona. Prof. Kaławak przyznaje przy tym, że spotkał na swojej drodze dwie mentorki, które w szczególny sposób ukształtowały go jako lekarza. „Pierwszą była prof. Janina Bogusławska-Jaworska, która jako pierwsza pokazała mi, że w medycynie nigdy nie można się poddawać, zawsze trzeba iść do przodu i mimo porażek próbować dalej" — stwierdza prof. Kaławak. Kolejna ważna dla niego osoba to prof. Alicja Chybicka. To właśnie była szefowa nauczyła go, że zawsze najważniejszy jest pacjent i trzeba przekraczać wszystkie możliwe granice, pokonywać bariery, aby zaoferować mu taką terapię, która jest dla niego najlepsza.

Na pytanie, jakie trzy słowa najlepiej profesora opisują, odpowiada bez wahania — ambitny i solidny. „Gdybym nie miał tych dwóch cech, to nie byłbym tu, gdzie jestem" — tłumaczy. A co z trzecim słowem? Prof. Kaławak przytacza wspomnienie, gdy trzy lata temu wygrał konkurs na kierownika kliniki. „Moja żona powiedziała mi wtedy: „kochaj świat i kochaj ludzi, nawet tych, którzy cię nie lubią czy nie szanują, bo tylko wtedy, po latach każdy będzie cię dobrze wspominać". Staram się tę maksymę wcielać w życie. Nie zawsze jest to łatwe, ale jednocześnie bardzo pomaga mi w pracy" — stwierdza.

Czasu wolnego praktycznie nie ma. Od codzienności pozwalają mu odetchnąć podróże, które zawsze były jego pasją, ale obecnie może sobie na nie pozwolić głównie wtedy, gdy wiążą się one z wyjazdem na jakieś kongresy czy konferencje. Przez to nie zawsze ma możliwość, aby zwiedzić niezwykłe miejsca, do których dociera służbowo. Przyznaje, że jest zapalonym kibicem i jak może, to ogląda mecze Igi Świątek i Huberta Hurkacza. Wspiera też lokalne kluby — żużlowy Sparta Wrocław i piłkarski Śląsk Wrocław. Nie ukrywa jednak, że czasem marzy, aby znaleźć więcej czasu na odpoczynek i… móc na chwilę przełączyć telefon na tryb samolotowy.

Katarzyna Matusewicz

Prof. dr hab. n. med.
Krzysztof Kaławak

specjalista pediatrii, transplantologii klinicznej, onkologii i hematologii dziecięcej oraz immunologii klinicznej, kierownik Katedry i Kliniki Transplantacji Szpiku, Onkologii i Hematologii Dziecięcej Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu, Ponadregionalnego Centrum Onkologii Dziecięcej, tzw. Przylądka Nadziei.

5 Michał Grąt

Dążmy, by wszystkie metody światowej transplantologii były dostępne w Polsce

„Kluczowym zdarzeniem w 2024 r. był dla mnie powrót po blisko 20 latach do przeszczepień fragmentów wątroby pobranych od żywych dawców dla dorosłych biorców. Do tej pory wykonaliśmy już 6 takich przeszczepień. To program stwarzający całkiem nowe możliwości niesienia pomocy rosnącej liczbie pacjentów ze wskazaniami do przeszczepienia wątroby" — zaznacza prof. Michał Grąt, specjalizujący się w chirurgii wątroby i dróg żółciowych.

Dla prof. Michała Grąta miniony rok był bardzo intensywny, ale również bardzo satysfakcjonujący — zarówno w sferze zawodowej, jak i prywatnej, bo obie się wciąż przenikają.

Najważniejsze wydarzenia w pracy miały związek z istotnym zwiększeniem liczby przeszczepień wykonywanych w Klinice Chirurgii Ogólnej, Transplantacyjnej i Wątroby WUM.

„W 2023 r. przeszczepiliśmy ponad 200 wątrób pobranych od zmarłych dawców i to już była liczba, która wydawała nam się imponująca. W zeszłym roku tych przeszczepień było 310. O takiej skali nawet nie marzyliśmy także ze względu na to, że nasz ośrodek ma swoje ograniczenia, nawet jeśli chodzi o metraż kliniki. Ale się udało i co trzeba podkreślić,

Fot. Archiwum

nie ucierpieli przy tym pozostali chorzy. Nadal rozwijajmy wszystkie inne operacje z zakresu chirurgii wątroby i dróg żółciowych" — zaznacza prof. Grąt.

Dodaje, że kolejnym takim kluczowym zdarzeniem, był powrót po blisko 20 latach do przeszczepień fragmentów wątroby pobranych od żywych dawców dla dorosłych biorców. Takie cztery i jedyne przeszczepienia były przeprowadzone na początku XXI w., ale potem ich zaprzestano. W warszawskiej klinice kierowanej przez profesora wrócono do tego programu na początku października 2024 r. Wtedy wykonano 2 takie operacje.

„Muszę przyznać, że to jest bardzo wrażliwy program, związany z ryzykiem dla dawców, i trudny technicznie, jeśli chodzi o samą operację, jak i okres po niej. Niemniej stwarzający całkiem nowe możliwości niesienia pomocy rosnącej liczbie pacjentów ze wskazaniami do przeszczepienia wątroby. Rozwój tego programu to jest wyzwanie na 2025 r. nie tylko dla naszej kliniki, ale też z punktu widzenia w ogóle przeszczepianie wątroby w kraju, dla całej polskiej transplantologii. Obecnie kolejne pary dawców i biorców już czekają na operacje"— zaznacza kierownik kliniki.

Zeszły rok to także wyzwania zawodowe związane z pełnioną przez prof. Grąta funkcją konsultanta krajowego w dziedzinie transplantologii. Dzięki współpracy z Krajową Radą Transplantacyjną, resortem zdrowia i Poltransplantem udało się doprowadzić do zmiany przepisów dotyczących zasad alokacji wątrób od zmarłych dawców.

Obecnie jest ona ukierunkowana na pacjenta. Co to znaczy? Do tej pory pobrane do przeszczepienia narządy były po równo przydzielane ośrodkom. Funkcjonowanie takiego trybu było bardzo potrzebne, żeby w Polsce w ogóle rozwinęło się przeszczepianie wątroby.

„Doszliśmy jednak do etapu, gdy ten proces powinien przebiegać inaczej. Teraz wątroba pobrana do przeszczepienia od zmarłego dawcy ma trafiać do najciężej chorej osoby pozostającej na liście oczekujących. Ta zmiana może pomóc zmniejszyć liczbę osób umierających w kolejce do przeszczepu" — wyjaśnia transplantolog.

Prof. Grąt zwraca uwagę, że planów i wyzwań na przyszłość związanych z rozwojem transplantologii jest wciąż bardzo dużo. „Na przykład rozwój metod perfuzji pozaustrojowej, co istotnie wydłuża możliwy czas od pobrania narządu do przeszczepienia" — wskazuje.

Obecnie prof. Grąt przygotowuje się do przeszczepiania jelita i być może uda się to już w tym roku. „Takich operacji obecnie w Polsce się nie wykonuje. Grupa chorych ze wskazaniami do niej jest bardzo ograniczona. Możliwość takiego przeszczepienia otwiera jednak zupełnie nowe perspektywy, jeśli chodzi o populację chorych z rozległą zakrzepicą układu wrotnego. Takim pacjentom nie jesteśmy w stanie pomóc żadnymi metodami, a to często młodzi chorzy.

Chciałbym, żebyśmy się rozwijali w tym kierunku, tak aby praktycznie wszystkie metody transplantologii dostępne na świecie były również dostępne w Polsce" — komentuje prof. Grąt.

Katarzyna Lisowska

Prof. dr hab. n. med.
Michał Grąt

specjalista chirurgii ogólnej i onkologicznej oraz transplantologii klinicznej, kierownik Katedry i Kliniki Chirurgii Ogólnej, Transplantacyjnej i Wątroby Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, konsultant krajowy w dziedzinie transplantologii klinicznej.

6 Andrzej Januszewicz

W poszukiwaniu nowych obszarów badawczych przy muzyce Händla

Rok 2024 prof. Andrzej Januszewicz będzie wspominać jako niezwykle ciekawy, z kilku powodów. Przede wszystkim, jak zaznacza, dużo się działo w polskiej kardiologii. „Jestem blisko tych zmian, bo zostałem ponownie powołany przez minister zdrowia Izabelę Leszczynę do Rady ds. Narodowego Programu Chorób Układu Krążenia (NPChUK) oraz Rady ds. Krajowej Sieci Kardiologicznej (KSK). Jest to dla mnie o tyle ważne, że po raz pierwszy nadciśnienie tętnicze zostało uznane za jeden z filarów zarówno NPChUK jak i KSK" — mówi specjalista.

Kierowany przez niego 12-osobowy zespół ekspertów wypracował standardy postępowania w nadciśnieniu tętniczym, które będą obowiązywać w najbliższych latach właśnie w ramach KSK.

„Uprościliśmy przy tym ścieżkę pacjenta od poziomu POZ, poprzez AOS pierwszego i drugiego stopnia, aż do ośrodków prowadzących hospitalizację chorych na nadciśnienie tętnicze na różnych szczeblach. Poza tym dużym sukcesem było stworzenie propozycji struktur Centrów Doskonałości Kardiologicznej, w tym dla nadciśnienia tętniczego, które mają działać zarówno w ramach KSK, jak i NPChUK" — wymienia dokonania prof. Januszewicz.

Fot. Tomasz Pikula

Co to oznacza w praktyce? „Prawdopodobnie niebawem będziemy mieli kilka wysoko wyspecjalizowanych ośrodków do pogłębionej diagnostyki i nowoczesnego leczenia najcięższych postaci nadciśnienia tętniczego, w tym opornego czy wtórnego. Dostępna tam będzie m.in. ocena stężenia leków hipotensyjnych czy poradnictwo genetyczne" — dodaje specjalista.

Prof. Januszewicz był również niezwykle aktywny na arenie międzynarodowej. Brał udział w tworzeniu zarówno europejskich rekomendacji dotyczących nadciśnienia tętniczego, jak i wielu mniejszych dokumentów eksperckich, np. na temat przyczyn wtórnego nadciśnienia tętniczego. Ponadto działalność w ramach Europejskiego Towarzystwa Nadciśnienia Tętniczego zaowocowała szeregiem bardzo wielu ciekawych publikacji. „Wielkim wyróżnieniem jest dla mnie fakt, że w „Journal of American College of Cardiology", jednym z najlepszych czasopism kardiologicznych na świecie, pojawił się artykuł na temat złośliwego nadciśnienia tętniczego, którego byłem jednym z głównych autorów (pierwszym autorem był prof. Mateusz Śpiewak)" — stwierdza.

I dodaje, że wspólnie właśnie z prof. Mateuszem Śpiewakiem, a także dr Romainem Boulestreau z Uniwersytetu Bordeaux (Francja) oraz prof. Reinholdem Kreutzem z Uniwersytetu Medycznego Charité w Berlinie (Niemcy) otrzymali międzynarodowy grant z Agencji Badań Medycznych na 6-letnie badanie optymalnego ciśnienia tętniczego u chorych na nadciśnienie złośliwe. Nigdy wcześniej takie badania nie były jeszcze prowadzone. Wśród wielu aktywności profesor znalazł czas, by pojawić się praktycznie na wszystkich większych konferencjach poświęconych nadciśnieniu tętniczemu i kardiologii w Europie, gdzie występował jako wykładowca.

Skąd czerpie energię do pracy? „Odpowiedź jest bardzo prosta: przez całe życie zawodowe skupiam się wyłącznie na niezwykle ciekawych zagadnieniach i mam możliwość współpracy z wybitnymi ekspertami, zarówno z Polski, jak i z zagranicy. Od czasów studenckich pociągała mnie praca naukowa, którą później udało mi się połączyć z działalnością kliniczną. Od 24 lat kieruję Kliniką Nadciśnienia Tętniczego w Narodowym Instytucie Kardiologii, którego dyrektorem jest obecnie prof. Janina Stępińska i który — co warto podkreślić — jest wyjątkową placówką w Polsce, gdzie można połączyć pracę lekarza i naukowca. Myślę, że jednym z największych osiągnięć w moim życiu zawodowym jest to, że zawsze udało się identyfikować nowe, niezwykle ciekawe zagadnienia kliniczne" — tłumaczy.

Nie wyobraża sobie, aby mógł w życiu robić coś, czego nie lubi czy nie sprawia mu satysfakcji. I to mi daje mu motywację do pracy.

W wolnym czasie słucha barokowej muzyki operowej i oratoryjnej, zwłaszcza Georga Friedricha Händla i kompozytorów włoskich, czyta o architekturze wnętrz i sztuce Azji.

Katarzyna Matusewicz

Prof. dr hab. n. med.
Andrzej Januszewicz

specjalista chorób wewnętrznych i hipertensjologii, kierownik Kliniki Nadciśnienia Tętniczego Narodowego Instytutu Kardiologii, konsultant krajowy ds. hipertensjologii, wiceprezydent Europejskiego Towarzystwa Nadciśnienia Tętniczego (European Society of Hypertrension, ESH).

7 Wojciech Szczeklik

W zawodzie lekarza nie może zabraknąć człowieczeństwa i empatii

Dla prof. Wojciecha Szczeklika rok 2024 był bardzo udany, zarówno od strony klinicznej, jak i naukowej. Jest szczególnie dumny ze stworzenia zespołu anestezji i intensywnej terapii w 5 Wojskowym Szpitalu Klinicznym z Polikliniką w Krakowie. Jak sam mówi: „panuje w nim bardzo dobra atmosfera, a relacje są oparte na zaufaniu, co przekłada się na wysoką jakość leczenia pacjentów".

Profesor po studiach swoją ścieżkę zawodową rozpoczął od specjalizacji z interny, która dała mu szerokie spojrzenie na medycynę, ale też wprowadziła w fascynujący świat anestezjologii i intensywnej terapii.

Gdzie widzi największe wyzwania w tym obszarze? „Zadaniem na przyszłość jest skrócenie czasu hospitalizacji, czyli przyspieszenie wyjścia pacjenta ze szpitala przy zachowaniu wszelkich środków bezpieczeństwa. Myślę, że pomogą w tym nowoczesne technologie, m.in. możliwość monitorowania parametrów życiowych na odległość. Kolejnym wyzwaniem w anestezji jest prehabilitacja przedoperacyjna, o której coraz więcej się mówi" — zaznacza.

I dodaje, że w dziedzinie intensywnej terapii nastąpił niesamowity postęp technologiczny, zwłaszcza w zakresie technik krążenia pozaustrojowego (np. ECMO), które zaczynają odgrywać coraz większą rolę w OIOM. Specjalista przewiduje, że pod tym względem czeka nas dalszy dynamiczny rozwój.

Fot. Piotr Iwaszko

A jaka będzie medycyna przyszłości? „Ostatnie lata, zwłaszcza rok 2024, były czasem sztucznej inteligencji, która coraz szerzej wkracza do medycyny. Z pewnością przyspiesza i usprawnia to pracę lekarzy. Pomimo postępu technologicznego, w medycynie jednak nigdy nie może zabraknąć człowieczeństwa i empatii. Nie musimy tego poszukiwać jak Świętego Graala, bo już to mamy, ale nie możemy tego utracić, powinniśmy to kultywować" — tłumaczy prof. Szczeklik.

Zauważa, że w przyszłości najtrudniejszym zadaniem może być pogodzenie coraz ostrzej ścierających się nowoczesnych technologii z klasyczną medycyną i tym, co jest jej esencją, czyli relacją pacjent-lekarz.

Podejścia do pacjentów i relacji międzyludzkich, które są podstawą zawodu lekarza, w największym stopniu nauczył się obserwując swojego ojca prof. Andrzeja Szczeklika, wybitnego internistę, a przy tym niezwykłego humanistę, który na każdym kroku wykazywał się zrozumieniem ludzkiej natury.

Mimo że praca anestezjologa i intensywisty jest bardzo trudna i wymagająca, zarówno pod względem fizycznym, jak i psychicznym, to prof. Wojciech Szczeklik ją uwielbia i czerpie z niej dużo radości. Ogromna w tym zasługa wielkiej różnorodności aktywności, których się podejmuje. „Oprócz pracy klinicznej z pacjentami, rozwijam się naukowo, współpracuję w wieloma ośrodkami zagranicznymi, uczestniczę w wielu konferencjach, prowadzę działalność edukacyjną" — wylicza.

Od lat razem ze swoim zespołem z wielkim entuzjazmem rozwija portal Intensywna.pl, który z niewielkiego projektu stał się główną platformą edukacyjną dla Polskiego Towarzystwa Anestezjologii i Intensywnej Terapii oraz Polskiego Towarzystwa Pielęgniarek Anestezjologicznych i Intensywnej Opieki.

W roku 2025 zamierza skupić się na intensywnym rozwoju współpracy naukowej między 26 ośrodkami anestezjologicznymi w Polsce w ramach niedawno zawiązanej grupy naukowo-badawczej PERI-CRIT. Ma również nadzieję, że wyniki badania PREVENT-MINS, które prowadzi wspólnie z wieloma ośrodkami w Polsce, pozwolą na poprawę bezpieczeństwa okołooperacyjnego.

Katarzyna Matusewicz

Prof. dr hab. n. med.
Wojciech Szczeklik

specjalista chorób wewnętrznych, anestezjologii i intensywnej terapii oraz immunologii klinicznej, kierownik Ośrodka Intensywnej Terapii i Medycyny Okołozabiegowej Uniwersytetu Jagiellońskiego Collegium Medicum, a także kierownik Kliniki Anestezjologii i Intensywnej Terapii w 5. Wojskowym Szpitalu Klinicznym z Polikliniką w Krakowie, profesor wizytujący Uniwersytetu McMastera w Kanadzie.

8 Piotr H. Skarżyński

Wprowadzamy nowoczesne rozwiązania w leczeniu wad słuchu

9 grudnia 2024 r. w Światowym Centrum Słuchu w Kajetanach miały miejsce trzy przełomowe operacje. Prof. Henryk Skarżyński oraz prof. Piotr H. Skarżyński wraz z zespołem po raz pierwszy na świecie dokonali całkowitego wszczepienia implantu ślimakowego u pacjenta z częściową głuchotą, wprowadzili do praktyki klinicznej implant słuchowy Sentio oraz wykonali pierwsze w Polsce wszczepienie implantu OSIA 3 u dziecka.

„To był wyjątkowy dzień, który w szczególności zapamiętam z roku 2024 — dzień premier, trzech innowacyjnych rozwiązań, stanowiących kolejny kamień milowy w światowej otochirurgii. W przypadku operacji całkowicie wszczepialnego implantu ślimakowego było to zwieńczenie kilkuletniej, międzynarodowej współpracy" — podkreśla prof. Piotr H. Skarżyński.

Światowe Centrum Słuchu duże nadzieje pokłada we wprowadzeniu autorskiej metody diagnostyki i leczenia centralnych zaburzeń przetwarzania słuchowego (CAPD) w krajach Ameryki Południowej. Cały czas rozwija współpracę, również w tym zakresie, w krajach Azji Środkowej: Kirgistanie i Kazachstanie. „Pomimo wojny za naszą wschodnią granicą, sprawnie funkcjonują nasze filie w Kijowie, Łucku i Odessie" — wyjaśnia otolaryngolog.

W codziennej pracy prof. Piotra Skarżyńskiego ważną kwestią jest edukacja, zarówno zdobywanie wiedzy, jak i przekazywanie jej lekarzom. W 2025 r. zostanie opublikowanych kilkanaście publikacji naukowych, przygotowanych z ośrodkami ze wszystkich kontynentów. Ponadto prof. Skarżyński będzie również wspierał rozwój kompetencji personelu pomocniczego, m.in. pracowników rejestracji i sekretariatów medycznych.

W zakresie leczenia wad słuchu polscy pacjenci mają dostęp do najnowocześniejszych rozwiązań w skali światowej. Te świadczenia są finansowane przez NFZ i „takiej dostępności usług zazdrości nam wielu specjalistów z innych krajów" — przyznaje profesor. Lekarze Centrum

Fot. Archiwum

cały czas starają się wprowadzać coraz bardziej efektywne metody terapii, m.in. rozszerzone zastosowanie leczenia biologicznego u pacjentów z przewlekłym zapaleniem zatok przynosowych.

Światowe Centrum Słuchu jako pierwsze lub jedno z pierwszych na świecie wprowadza innowacyjne rozwiązania w zakresie leczenia wad słuchu. Te metody są też stosowane w niektórych klinikach w Polsce. „Mam świadomość coraz większych oczekiwań pacjentów dotyczących leczenia wad słuchu. Dlatego staramy się wprowadzać nowoczesne rozwiązania w sposób efektywny i zadowalający pacjentów" — wskazuje otolaryngolog.

Największym wyzwaniem w 2025 r. będzie skuteczne wprowadzanie innowacyjnych technologii dedykowanych konkretnym grupom pacjentów. To oznacza zarówno efektywny proces diagnostyki pacjentów z różnymi typami niedosłuchu, jak również zakończenie prac naukowych i publikacji wyników badań długoterminowej obserwacji pacjentów leczonych z powodu częściowej głuchoty.

Otolaryngolodzy ze Światowego Centrum Słuchu obserwują duży wzrost zainteresowania operacyjnym leczeniem wad słuchu wśród pacjentów. Dotyczy to klasycznych operacji rekonstrukcyjnych, jak i tych z zastosowaniem nowoczesnych implantów słuchowych. „Wierzę, że sprostamy tym oczekiwaniom i nadal będziemy liderem w tym zakresie na świecie" — mówi prof. Piotr H. Skarżyński.

Wiele podejmowanych aktywności wymaga od niego coraz efektywniejszego zarządzania swoim czasem i zespołem. Jednym z głównych celów w tym roku jest więc wsparcie rozwoju i pomoc w pozyskaniu nowych umiejętności kluczowych osób w zespole, tak by zadania rozwijały ich kompetencje, inspirowały oraz dawały satysfakcję.

Czy przy tak intensywnej pracy prof. Skarżyński znajduje czas na odpoczynek? Aby mieć „świeżą głowę", regularnie kilka razy w tygodniu ćwiczy.

Małgorzata Konaszczuk

Prof. dr hab. n. med. i n. o zdr. mgr zarz.

Piotr H. Skarżyński

specjalista otorynolaryngologii, otorynolaryngologii dziecięcej, audiologii i foniatrii oraz zdrowia publicznego, zastępca kierownika Zakładu Teleaudiologii i Badań Przesiewowych Instytutu Fizjologii i Patologii Słuchu, dyrektor ds. nauki i rozwoju Instytutu Narządów Zmysłów, członek zarządu Centrum Słuchu i Mowy Sp. z o.o., asystent dydaktyczny w Zakładzie Niewydolności Serca i Rehabilitacji Kardiologicznej Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, pracownik dydaktyczny Wydziału Filologicznego Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie.

9 Miłosz J. Jaguszewski

Najważniejsze są projekty, które przekładają się na poprawę skuteczności leczenia

W swojej pracy badawczej prof. Miłosz J. Jaguszewski koncentruje się na nowoczesnych metodach diagnostyki i leczenia w kardiologii, ze szczególnym uwzględnieniem interwencyjnych strategii terapeutycznych.

Podejmowane przez prof. Jaguszewskiego zagadnienia badawcze zawsze mają swoje źródło w praktyce klinicznej. „Najciekawsze pomysły na badania rodzą się właśnie podczas pracy z pacjentem. Każdy projekt niesie za sobą coś unikatowego, ale najbardziej satysfakcjonujące są dla mnie te, które docelowo przekładają się na poprawę skuteczności leczenia i lepsze rokowania pacjentów" — mówi kardiolog.

Kardiolog skupia się m.in. na nowoczesnych technologiach stentowych, obrazowaniu wewnątrznaczyniowym i optymalizacji leczenia pacjentów z zawałem serca, szczególnie tych powikłanych wstrząsem kardiogennym. Kluczowe dla niego były projekty dotyczące patogenezy i optymalizacji leczenia kardiomiopatii stresowej (tzw. zespołu takotsubo) czy pacjentów z chorobą niedokrwienną serca.

„W ostatnim czasie zająłem się również problematyką krążenia płucnego, m.in. z uwagi na profil naszej kliniki i oddziału, w których

Fot. Archiwum

pracuję" — dodaje profesor. Leczenie zatorowości płucnej wiąże się z wieloma wyzwaniami, szczególnie w kontekście stratyfikacji i identyfikacji pacjentów, optymalnego doboru terapii i szybkiej interwencji.

„Od kilku lat tworzymy program leczenia pacjentów z dysfunkcją mikrokrążenia wieńcowego. Aktywnie rozwijamy tzw. program płucny, w ramach którego u pacjentów z nadciśnieniem płucnym wykonujemy zabiegi plastyki balonowej (BPA), a w przypadku ostrej zatorowości płucnej organizujemy zespół szybkiego reagowania — PERT" — wyjaśnia prof. Jaguszewski.

Kardiolog bierze również udział w wielu projektach UCK w Gdańsku, m.in. budowie centrum naukowo-wdrożeniowego w kardiologii inwazyjnej, organizacji interdyscyplinarnych grup tematycznych czy współorganizacji centrum zawałowego i wstrząsowego działającego w ramach Narodowego Programu Leczenia Chorych ze Wstrząsem Kardiogennym i po Nagłym Zatrzymaniu Krążenia.

Według prof. Jaguszewskiego, najbliższe lata przyniosą dynamiczny rozwój kardiologii, wykorzystującej m.in. sztuczną inteligencję (AI), uczenie maszynowe i doskonalenie modeli predykcyjnych do wczesnego wykrywania, stratyfikacji ryzyka, personalizacji leczenia, optymalizacji efektywności kosztowej. „Celem tych innowacji jest poprawa rokowania pacjentów, zmniejszenie liczby hospitalizacji oraz podniesienie jakości życia osób z przewlekłą i ostrą niewydolnością serca" — podkreśla kardiolog.

Prof. Jaguszewski angażuje się również w pracę dydaktyczną, m.in. jako autor programu stypendialnego Specialized Research Fellowship (SRF) dla młodych kardiologów z Polski, przyznawanego przez PTK, przewodniczący rady naukowej projektu „Nauka to Ludzie", koordynator programu pilotażowego dla zdolnych studentów GUMed — Young Scientist Program. Jest także inicjatorem i kierownikiem autorskiego przedmiotu „Od pomysłu do publikacji" — dla studentów i doktorantów GUMed.

Anna Rogala

Prof. dr hab. n. med.

Miłosz J. Jaguszewski

dr h.c., specjalista kardiolog, FESC, związany z I Katedrą i Kliniką Kardiologii Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego, koordynator wojewódzki Narodowego Programu Leczenia Chorych ze Wstrząsem Kardiogennym i po Nagłym Zatrzymaniu Krążenia; członek: Komitetu Nauk Klinicznych Polskiej Akademii Nauk, Komisji Zagranicznej ZG PTK oraz Komisji ds. Szkoleń, Specjalizacji i Umiejętności ZG PTK (2023-2025), opiekun Studenckiego Towarzystwa Naukowego GUMed (2024/2025), redaktor naczelny czasopisma „Cardiology Journal".

10 Robert Gil

Nie zaniedbuję żadnego z postulatów Dekalogu polskiej kardiologii

„Jeśli ktoś wierzy, że to, co robi, ma sens, a otoczenie to docenia, to tylko uzyskuje potwierdzenie, iż dokonuje słusznych wyborów, a jego działania służą innym" — prof. Robert Gil z uśmiechem reaguje na wiadomość o wyróżnieniu na Liście Stu 2024. W tym roku minęło 40 lat jego pracy zawodowej. Miejsce w pierwszej dziesiątce jest dla niego ogromną satysfakcją i uwieńczeniem wielu lat pracy.

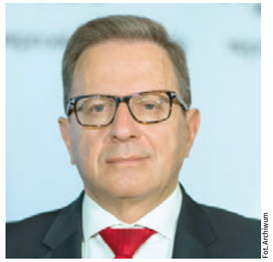
Rok 2024 był dla prof. Gila wypełniony intensywną pracą. Jednym z ważnych wydarzeń było zakończenie czynności remontowych oraz przenosiny większości składowych macierzystej dla profesora Kliniki Kardiologii w nowe lokalizacje. W styczniu 2023 r. szpital został przekształcony w Państwowy Instytut Medyczny MSWiA. W ubiegłym roku pojawiły się etaty naukowe, zaczęto oceniać dorobek naukowy pracowników. Kardiolog ma poczucie, że jest doceniany w Instytucie: „To nie tylko zmiana nazwy, ale też funkcjonowania i postrzegania przez otoczenie. Instytut to mocna jednostka w sensie działalności naukowej" — stwierdza kardiolog.

Prof. Robert Gil zainicjował wiele działań w ramach Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego (PTK), którego jest prezesem w obecnej kadencji. Nie wszystko, co zaplanował, udało się zrobić tak, jak sobie wymarzył i nie w takim tempie, na jakie liczył, ale sporo zadań zostało wykonanych. Jednym z ważniejszych wydarzeń było ogłoszenie roku 2024 rokiem kardiologii dziecięcej. „Nie mogę powiedzieć, że zaniedbałem jakieś punkty Dekalogu polskiej kardiologii" — podsumowuje prof. Robert Gil.

Za swój największy sukces na arenie międzynarodowej uważa powołanie go na przewodniczącego Zespołu ds. Eurazji (Chair ESC Task Force for EuroAsia). „Cieszę się, że zostałem doceniony również poza granicami kraju, stąd moja obecność w strukturach zarządczych Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego. To jest dowód na to, że Polak też może odnieść sukces w takiej instytucji" — mówi kardiolog.

Prof. Robert Gil posiada specjalizację z chorób wewnętrznych, kardiologii, angiologii oraz intensywnej terapii. Lekarzem chciał być prawie od zawsze. Najbliższa jego sercu okazała się kardiologia. Pierwszym lekarzem w jego najbliższej rodzinie był kuzyn. Jako nastolatek z zainteresowaniem przysłuchiwał się rozmowom o medycynie, przeglądał podręczniki studentów.

„Na serce zaczęła chorować moja mama. Wielokrotne przyjazdy pogotowia, hospitalizacje, grożąca jej operacja spowodowały, że pomyślałem o medycynie" — zwierza się profesor. W czasie studiów chciał być m.in. gastroenterologiem,


Fot. Archiwum

ale ostatecznie wybrał kardiologię. Ówczesny szef Kliniki Kardiologii w Uniwersytecie Medycznym w Szczecinie przyjął go z entuzjazmem. „W tym czasie w Szczecinie kardiologia dopiero się rozwijała. Nie miałem wątpliwości, że to jest kierunek dla mnie" — stwierdza prezes PTK.

Z perspektywy czasu prof. Robert Gil ocenia, że miał „ogromne szczęście spotkać w życiu ludzi mądrych, doświadczonych, którzy dostrzegli w nim potencjał i pokazywali, jak go wykorzystać". W Polsce, na swojej zawodowej drodze spotkał m.in. prof. Bronisława Olejaka, prof. Wiktora Brossa. Młody doktor dowiedział się, że dobry kardiolog musi znać języki obce, czytać zachodnie czasopisma i podręczniki, po to żeby być na bieżąco z nowościami w medycynie.

Podczas wyjazdów do Niemiec, Holandii spotykał ludzi, którzy dali mu bardzo ważną radę: „Nie zatrzymuj się, realizuj swoje marzenia, bo świat stoi przed tobą otworem, a ty sam dla siebie jesteś bramą, którą albo otworzysz, albo zamkniesz i już poza nią zostaniesz" — wspomina prof. Robert Gil. A jakie wyzwania stoją przed prezesem PTK w 2025 roku? „Przede wszystkim chciałbym uruchomić pilotażowy etap Narodowego Programu Leczenia Wstrząsu Kardiogennego" — deklaruje prof. Gil. Następnym celem jest systemowe włączenie diagnostyki genetycznej do wykrywania schorzeń sercowo-naczyniowych. „Chcę zrobić coś, co po mnie zostanie, co będzie się kojarzyło ludziom z dobrymi czasami, z dobrą samorealizacją, z poszanowaniem pacjenta i współpracowników" — zaznacza prezes PTK.

Anna Rogala

Prof. dr hab. n. med.

Robert Gil

specjalista chorób wewnętrznych, kardiologii, angiologii oraz intensywnej terapii, kierownik Kliniki Kardiologii Państwowego Instytutu Medycznego MSWiA w Warszawie, członek Rady Naukowej PIM MSWiA, przewodniczący Komisji Bioetycznej i Komitetu Terapeutycznego PIM MSWiA, pełnomocnik dyrektora PIM MSWiA ds. współpracy międzynarodowej, prezes Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego (kadencja 2023-2025), członek Komisji Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego ds. Komunikacji oraz ds. Edukacji i Rozwoju Personalnego, przewodniczący Zespołu ds. Eurazji (Chair ESC Task Force for EuroAsia) — od października 2024.

11. Piotr Ponikowski, prof. dr hab. n. med., spec. chorób wewnętrznych i kardiologii; rektor Uniwersytetu Medycznego im. Piastów Śląskich we Wrocławiu (UMW), dyrektor Instytutu Chorób Serca UMW; członek Krajowej Rady ds. Kardiologii.

12. Krzysztof Jerzy Filipiak, prof. dr hab. n. med., spec. chorób wewnętrznych, kardiologii, hipertensjologii i farmakologii klinicznej; rektor Uczelni Medycznej im. Marii Skłodowskiej-Curie; prezes Polskiego Towarzystwa Postępów Medycyny — Medycyna XXI, gubernator na Polskę w Światowym Towarzystwie Farmakoterapii Sercowo-Naczyniowej (International Society of Cardiovascular Pharmacotherapy, ISCP), wiceprzewodniczący rady naukowej Narodowego Instytutu Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji w Warszawie, członek Komitetu Nauk Klinicznych oraz Komitetu Nauk Fizjologicznych i Farmakologicznych Polskiej Akademii Nauk; profesor wizytujący w St. George's University w Grenadzie w 2024 r.

13. Jacek Jassem, prof. dr hab. n. med., spec. radioterapii i onkologii klinicznej w Katedrze i Klinice Onkologii i Radioterapii Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego; prezes zarządu Polskiej Ligi Walki z Rakiem, przewodniczący Central and East European Oncology Group.

14. Marcin Gruchała, prof. dr hab. n. med., spec. chorób wewnętrznych i kardiologii; kierownik I Katedry i Kliniki Kardiologii Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego; do sierpnia 2024 r.: rektor GUMed, przewodniczący Konferencji Rektorów Akademickich Uczelni Medycznych (KRAUM), członek prezydium Konferencji Rektorów Akademickich Szkół Polskich, przewodniczący Związku Uczelni im. Daniela Farenheita w Gdańsku; od października 2024 r.: honorowy przewodniczący KRAUM, członek: Rady Uczelni Uniwersytetu Gdańskiego, Krajowej Rady ds. Kardiologii przy Ministerstwie Zdrowia.

15. Tomasz Grodzicki, prof. dr hab. n. med., spec. chorób wewnętrznych, geriatrii i hipertensjologii; kierownik Katedry Chorób Wewnętrznych, ordynator Oddziału Chorób Wewnętrznych Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie; członek: Kolegium Lekarzy Geriatrów w Polsce, Academic Board European Geriatric Medicine Society, American Society of Hypertension, European Society of Hypertension, Rady Fundacji MATIO; członek korespondent Polskiej Akademii Nauk i Polskiej Akademii Umiejętności.

16. Janina Stępińska, prof. dr hab. n. med., spec. chorób wewnętrznych i kardiologii; dyrektor Narodowego Instytutu Kardiologii — Państwowego Instytutu Badawczego; przewodnicząca: Krajowej Rady ds. Kardiologii przy Ministerstwie Zdrowia, rady naukowej Instytutu Matki i Dziecka.

17. Mirosław Wielgoś, prof. dr hab. n. med., spec. położnictwa i ginekologii oraz perinatologii; kierownik Kliniki Położnictwa i Perinatologii Państwowego Instytutu Medycznego MSWiA w Warszawie; konsultant krajowy w dziedzinie perinatologii; sekretarz generalny Europejskiego Towarzystwa Medycyny Perinatalnej, prezes Stowarzyszenia na rzecz Rozwoju Perinatologii, przewodniczący: Rady Uczelni Uniwersytetu Jana Kochanowskiego w Kielcach, Konwentu Seniorów Polskiego Towarzystwa Ginekologów i Położników, Kolegium Nagrody im. Janczewskich, członek rady naukowej Fundacji Kościuszkowskiej.

18. Robert Flisiak, prof. dr hab. n. med., spec. chorób wewnętrznych, chorób zakaźnych i hepatologii; kierownik Kliniki Chorób Zakaźnych i Hepatologii Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku; prezes Polskiego Towarzystwa Epidemiologów i Lekarzy Chorób Zakaźnych (do września 2024 r.), następnie wiceprezes tego Towarzystwa (od września 2024 r.), prezes Central European Hepatologic Collaboration, przewodniczący: Polskiej Grupy Ekspertów HBV, Zespołu ds. monitorowania i oceny sytuacji dotyczącej zagrożeń związanych z chorobami zakaźnymi przy Ministerstwie Zdrowia, członek ZG Polskiego Towarzystwa Hepatologicznego; koordynator wieloośrodkowego (22 ośrodki) programu EpiTer-2, monitorującego terapie zakażeń HCV w Polsce od 2015 r., koordynator wieloośrodkowego (30 ośrodków) programu SARSTer, monitorującego diagnostykę i leczenie w hospitalizowanych zakażeniach SARS-CoV-2 w Polsce od 2020 r.; redaktor naczelny kwartalnika „Clinical and Experimental Hepatology".

19. Krzysztof Pyrć, prof. dr hab. n. biol., spec. mikrobiologii i wirusologii; członek rady Małopolskiego Centrum Biotechnologii UJ i kierownik Laboratorium Wirusologii MCB, członek Senatu Uniwersytetu Jagiellońskiego; prezes elekt Fundacji na rzecz Nauki Polskiej, członek Zespołu ds. monitorowania i oceny sytuacji dotyczącej zagrożeń związanych z chorobami zakaźnymi przy Ministerstwie Zdrowia.

20. Leszek Czupryniak, prof. dr hab. n. med., spec. chorób wewnętrznych i diabetologii; kierownik Kliniki Diabetologii i Chorób Wewnętrznych Centralnego Szpitala Klinicznego, Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego; członek zarządu europejskiego regionu Międzynarodowej Federacji Diabetologicznej (IDF-Europe), współtwórca i wiceprzewodniczący Rady Globalnej (Global Council) Europejskiego Towarzystwa Badań nad Cukrzycą (EASD), członek: ZG Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego, Rady Społecznej Szpitala Klinicznego im. ks. Anny Mazowieckiej w Warszawie oraz Rady Społecznej Wojewódzkiego Szpitala Zakaźnego w Warszawie, redaktor naczelny kwartalnika „Current Topics in Diabetes".

21. Jacek Szepietowski, prof. dr hab. n. med. dr h.c., spec. dermatologii i wenerologii; profesor na Wydziale Medycznym Politechniki Wrocławskiej i w Klinicznym Oddziale Dermatologiczno-Wenerologicznym 4. Wojskowego Szpitala Klinicznego we

Wrocławiu; przewodniczący Rady Programowej Wydziału Medycznego Politechniki Wrocławskiej; prezes Polskiego Towarzystwa Dermatologicznego, członek: Board of Directors International Society of Dermatology, Executive Committee European Society for Dermatology and Psychiatry, zarządu International Forum for the Study of Itch, zarządu Euro-Asian Association of Dermatovenereologists.

22. Małgorzata Myśliwiec, prof. dr hab. n. med., spec. pediatrii, diabetologii, endokrynologii, endokrynologii i diabetologii dziecięcej; kierownik Katedry i Kliniki Pediatrii, Diabetologii i Endokrynologii Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego, ordynator Kliniki Pediatrii, Diabetologii i Endokrynologii Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego w Gdańsku; konsultant wojewódzki w dziedzinie endokrynologii i diabetologii dziecięcej; wiceprzewodnicząca Sekcji Pediatrycznej Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego, członek Komisji Rewizyjnej ZG Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego (od 2024 r.), pełnomocnik PTD do współpracy z Ministerstwem Zdrowia i parlamentem, członek ZG Polskiego Towarzystwa Endokrynologii i Diabetologii Dziecięcej.

23. Marcin Grabowski, prof. dr hab. n. med., spec. chorób wewnętrznych, kardiologii i hipertensjologii, w trakcie specjalizacji z angiologii; kierownik I Katedry i Kliniki Kardiologii Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego; członek ZG i rzecznik prasowy Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego.

24. Mariusz Kuśmierczyk, prof. dr hab. n. med., spec. chirurgii ogólnej, kardiochirurgii, transplantologii klinicznej; kierownik Kliniki Chirurgii Serca, Klatki Piersiowej i Transplantologii CSK Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego; konsultant krajowy w dziedzinie kardiochirurgii (od sierpnia 2024 r.); członek Krajowej Rady Transplantacyjnej.

25. Krzysztof Narkiewicz, prof. dr hab. n. med., spec. chorób wewnętrznych i hipertensjologii; kierownik Katedry i Kliniki Nadciśnienia Tętniczego i Diabetologii Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego.

26. Piotr Trzonkowski, prof., dr hab. n. med., spec. immunologii; kierownik Katedry i Zakładu Immunologii Medycznej Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego.

27. Przemysław Mitkowski, prof. dr hab. n. med., FESC, spec. chorób wewnętrznych, kardiologii i hipertensjologii; kierownik Pracowni Elektroterapii I Kliniki Kardiologii Katedry Kardiologii Uniwersytetu Medycznego im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu.

28. Maciej Małecki, prof. dr hab. n. med.; spec. chorób wewnętrznych, diabetologii, endokrynologii i diagnostyki laboratoryjnej; dziekan Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Jagiellońskiego (do sierpnia 2024 r.), prorektor UJ ds. Collegium Medicum (od września 2024 r.), kierownik Kliniki Chorób Metabolicznych Wydziału Lekarskiego oraz Oddziału Diabetologii, Chorób Wewnętrznych i Metabolicznych Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie; członek Rady Ekspertów Naczelnej Izby Lekarskiej, przewodniczący Komisji Rewizyjnej Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego.

29. Artur Mamcarz, prof. dr hab. n. med., spec. chorób wewnętrznych i kardiologii; kierownik III Kliniki Chorób Wewnętrznych i Kardiologii Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego; członek: Komitetu Nauk Klinicznych PAN i Komitetu Zdrowia Publicznego PAN, zarządu Polskiego Towarzystwa Leczenia Otyłości, zarządu Polskiego Towarzystwa Medycyny Stylu Życia, rady naukowej Polskiej Federacji Producentów Żywności.

30. Jan Lubiński, prof. dr hab. n. med., spec. genetyki klinicznej, laboratoryjnej genetyki medycznej i patomorfologii; profesor w Zakładzie Genetyki i Patomorfologii Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie.

31. Andrzej M. Fal, prof. dr hab. n. med. i n. o zdr., spec. chorób wewnętrznych, alergologii i zdrowia publicznego; kierownik Kliniki Alergologii, Chorób Płuc i Chorób Wewnętrznych w Państwowym Instytucie Medycznym MSWiA, profesor uczelni na Wydziale Medycznym Collegium Medicum Uniwersytetu Kardynała Stefana Wyszyńskiego; prezes Polskiego Towarzystwa Zdrowia Publicznego, członek rady zarządzającej European Public Health Association, Rady Głównej Nauki i Szkolnictwa Wyższego, doradca prezesa zarządu Pracodawców RP.

32. Adam Krętowski, prof. dr hab. n med., spec. chorób wewnętrznych, endokrynologii i diabetologii; rektor Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku (UMB) (2016-2024), prorektor UMB ds. medycyny cyfrowej i badań klinicznych (od 2024 r.), kierownik Kliniki Endokrynologii, Diabetologii i Chorób Wewnętrznych UMB (od 2016 r.); prezes Laboratorium Obrazowania Molekularnego i Rozwoju Technologii UMB Sp. z o.o. (od 2024 r.), p.o. dyrektora: Centrum Badań Klinicznych UMB (od 2016 r.), Centrum Medycyny Cyfrowej UMB (od 2024 r.), Ośrodka Wspierania Badań Klinicznych UMB (od 2021 r.).

33. Piotr Rzymski, dr hab. n. med., prof. uczelni, biolog medyczny i środowiskowy, popularyzator nauki; adiunkt w Zakładzie Medycyny Środowiskowej Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu; dyrektor naukowy międzynarodowej sieci badawczo-rozwojowej Universal Science Education and Research Network (USERN), członek Zespołu do spraw monitorowania i oceny sytuacji dotyczącej zagrożeń związanych z chorobami zakaźnymi przy Ministerstwie Zdrowia, sekretarz Polskiego Towarzystwa Limnologicznego; ekspert naukowy: Europejskiej Agencji Wykonawczej ds. Badań Naukowych (REA), Swedish Research Council (FORMAS), Science Fund of the Republic of Serbia, Parlamentarnego Zespołu ds. Transplantacji; redaktor naczelny „Limnological Review".

34. Marzena Dębska, prof. dr hab. n. med., spec. położnictwa i ginekologii oraz perinatologii; kieruje zespołem terapii wad serca płodu w Klinice Położnictwa i Perinatologii Państwowego Instytutu Medycznego MSWiA w Warszawie; właścicielka przychodni Dębski Clinic w Warszawie.

35. Jarosław Reguła, prof. dr hab. n. med., spec. chorób wewnętrznych, gastroenterologii i onkologii klinicznej; kierownik Kliniki Gastroenterologii Onkologicznej Narodowego Instytutu Onkologii — Państwowego Instytutu Badawczego oraz Katedry i Kliniki Gastroenterologii, Hepatologii i Onkologii Klinicznej Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego w Warszawie; konsultant krajowy w dziedzinie gastroenterologii; członek prezydium Rady Naukowej CMKP, przewodniczący Komisji ds. badań naukowych CMKP; konsultant Narodowej Strategii Onkologicznej w dziedzinie profilaktyki raka jelita grubego; współkoordynator międzynarodowych badań NORDICC, EPOS, EPOSIV; wiceprezes Polskiego Towarzystwa Gastroenterologii, członek: zarządu European Society of Digestive Endoscopy (ESDO), European Association of Gastroenterology (EAGEN), Research Committee United European Gastroenterology (UEG), Education Committee European Society of Medical Oncology (ESMO), Screeening Committee World Endoscopy Organisation (WEO), Editorial Board „Endoscopy", co-editor „Digestive Diseases", redaktor naczelny kwartalnika „Gastroenterologia Kliniczna. Standardy i Postępy".

36. Dorota Zozulińska-Ziółkiewicz, prof. dr hab. n. med., spec. chorób wewnętrznych i diabetologii; prorektor Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu (UMP) ds. dydaktyki (2024-2028), wcześniej prorektor ds. organizacji, promocji i rozwoju uczelni (2020-2024); kierownik Katedry i Kliniki Chorób Wewnętrznych i Diabetologii UMP oraz Oddziału Diabetologii i Chorób Wewnętrznych Szpitala Miejskiego im. F. Raszei w Poznaniu; przewodnicząca Sekcji Diabetologii Społecznej i Edukacji Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego, członek: Komitetu ds. Klinicznych Wytycznych Europejskiego Towarzystwa Badań nad Cukrzycą [European Association for the Study of Diabetes (EASD) Committee on Clinical Affairs (CCA)].

37. Krzysztof Simon, prof. dr hab. n. med., spec. chorób wewnętrznych i chorób zakaźnych, hepatologii, endoskopii GOPP; kierownik Kliniki Chorób Zakaźnych i Hepatologii Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu, ordynator I Oddział Chorób Zakaźnych Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. J. Gromkowskiego we Wrocławiu; członek: ZG Polskiego Towarzystwa Epidemiologów i Lekarzy Chorób Zakaźnych, Zespołu do spraw monitorowania i oceny sytuacji dotyczącej zagrożeń związanych z chorobami zakaźnymi przy Ministerstwie Zdrowia, rady programowej Platformy Medico PZWL; konsultant wojewódzki w dziedzinie chorób zakaźnych dla województwa dolnośląskiego; ekspert Agencji Badań Medycznych.

38. Wojciech Feleszko, dr hab. n. med., spec. pediatrii, immunologii klinicznej, chorób płuc dzieci; nauczyciel akademicki, adiunkt w Klinice Pneumonologii i Alergologii Wieku Dziecięcego Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego; sekretarz zarządu Sekcji Pediatrii Europejskiej Akademii Alergologii i Immunologii Klinicznej (EAACI), członek międzynarodowego think tanku Paediatric Asthma in Real Life (PeARL).

39. Katarzyna Pogoda, dr n med., spec. onkologii klinicznej; adiunkt w Klinikce Nowotworów Piersi i Chirurgii Rekonstrukcyjnej Narodowego Instytutu Onkologii — Państwowego Instytutu Badawczego w Warszawie; założycielka i przewodnicząca Sekcji Raka Piersi Polskiego Towarzystwa Onkologii Klinicznej, zastępca przewodniczącej Sekcji „Płodność w chorobie nowotworowej" Polskiego Towarzystwa Onkologicznego, członek: Steering Committee Breast Cancer Group oraz Grant Review Committee Quality of Life Group przy European Organisation for Research and Treatment of Cancer (EORTC).

40. Krzysztof Giannopoulos, prof. dr hab. n. med., spec. chorób wewnętrznych, hematologii klinicznej i doświadczalnej; dyrektor Centrum Wsparcia Badań Klinicznych Uniwersytetu Medycznego w Lublinie (UML), kierownik Zakładu Hematoonkologii Doświadczalnej UML, lekarz kierujący Wieloprofilowym Oddziałem Zachowawczym Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego nr 4 w Lublinie; prezes Polskiego Towarzystwa Hematologów i Transfuzjologów, współzałożyciel oraz pierwszy prezes Stowarzyszenia Hematologia Nowej Generacji, współzałożyciel oraz pierwszy przewodniczący Sekcji Młodych Polskiego Towarzystwa Hematologów i Transfuzjologów, współzałożyciel i członek zarządu Polskiego Konsorcjum Szpiczakowego, członek: zarządu Polskiej Grupy Szpiczakowej, rady naukowej Instytutu Hematologii i Transfuzjologii w Warszawie, Rady Społecznej ds. Ochrony Zdrowia województwa lubelskiego.

41. Dominika Dudek, prof. dr hab. n med., spec. psychiatrii; kierownik Katedry Psychiatrii Uniwersytetu Jagiellońskiego Collegium Medicum; prezes Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego, przewodnicząca Komisji Bioetycznej Uniwersytetu Jagiellońskiego.

42. Piotr Kaliciński, prof. dr hab. n. med., spec. chirurgii dziecięcej i transplantologii klinicznej; kierownik Kliniki Chirurgii Dziecięcej i Transplantacji Narządów Instytutu „Pomnik — Centrum Zdrowia Dziecka" (IPCZD) w Warszawie; członek: Steering Committee European Reference Network TransplantChild, Krajowej Rady Transplantacyjnej, rady naukowej IPCZD, komitetów redakcyjnych czasopism międzynarodowych („European Journal of Pediatric Surgery", „Pediatric Transplantation", „Annals of Transplantation" i in.).

43. Piotr Pruszczyk, prof. dr hab. n. med., spec. chorób wewnętrznych, kardiologii, angiologii, hipertensjologii; prorektor Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego (WUM) ds. nauki i transferu technologii (do października 2024 r.), kierownik Kliniki Chorób Wewnętrznych i Kardiologii WUM; przewodniczący: Zespołu specjalistycznego Ministerstwa Nauki i Szkolnictwa Wyższego ds. projektów naukowych Diamentowy Grant i Juventus Plus, rady naukowej Narodowego Instytutu Kardiologii w Aninie, członek: Komisji Ewaluacji Nauki MNiSW, Krajowej Rady ds. Kardiologii przy Ministerstwie Zdrowia.

44. Anna Raciborska, prof. dr hab. n. med, spec. pediatrii, onkologii i hematologii dziecięcej; kierownik Kliniki Onkologii Instytutu Matki i Dziecka w Warszawie; członek wielu organizacji polskich i międzynarodowych, m.in. Executive Commitee FOSTER, EEC oraz członek rad w 3 NGOs; ekspertka Agencji Badań Medycznych, Naczelnej Komisji Bioetycznej, Wirtualnego Instytutu Badawczego, Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji.

45. Maria Sąsiadek, prof. dr hab. n. med., spec. chorób wewnętrznych, genetyki klinicznej i diagnostyki laboratoryjnej; kierownik Katedry Genetyki Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu.

46. Miłosz Parczewski, prof. dr hab. n. med., spec. chorób zakaźnych i wirusologii; kierownik Kliniki Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego na Oddziale Obserwacyjno-Zakaźnym, Chorób Tropikalnych i Nabytych Niedoborów Immunologicznych Szpitala Wojewódzkiego w Szczecinie; konsultant krajowy ds. chorób zakaźnych; członek European AIDS Clinical Society (EACS).

47. Grażyna Rydzewska, prof. dr hab. n. med., spec. chorób wewnętrznych i gastroenterologii; kierownik Kliniki Gastroenterologii i Chorób Wewnętrznych Państwowego Instytutu Medycznego (PIM) MSWiA; członek założyciel i członek zarządu Polskiego Klubu Trzustkowego, członek zarządu Światowego Klubu Trzustkowego, wiceprezes Polskiego Towarzystwa Gastroenterologii; członek 2 zespołów parlamentarnych — ds. chorób jelit i ds. żywienia oraz członek rad naukowych: PIM MSWiA, Narodowego Instytutu Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji, Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego, a także rad naukowych wielu polskich i zagranicznych pism (m.in. „Lekarz POZ", „Gastroenterologia Praktyczna", „Gastroenterologia Kliniczna", „Terapia"); redaktor naczelna „Przeglądu Gastroenterologicznego".

48. Jacek Wolf, dr hab. n. med., spec. chorób wewnętrznych i hipertensjologii; adiunkt w Klinice Nadciśnienia Tętniczego i Diabetologii Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego, koordynator Centrum Medycyny Snu, Centrum Medycyny Translacyjnej GUMed; prezes Polskiego Towarzystwa Nadciśnienia Tętniczego; redaktor naczelny „Arterial Hypertension".

49. Piotr Szymański, prof. dr hab. n. med., FESC, spec. chorób wewnętrznych i kardiologii; kierownik Centrum Kardiologii Klinicznej i Chorób Rzadkich Układu Sercowo Naczyniowego Państwowego Instytutu Medycznego MSWiA; członek zarządu European Society of Cardiology (od 2021 r.), przewodniczący Regulatory Affairs Committee European Society of Cardiology (od 2019 r.), członek: Advocacy Committee European Society of Cardiology (od 2019 r.), ESC Digital Cardiology & Artificial Intelligence Committee (2024-2026), Cardiovascular Round Table Nucleus (2024-2026), Nominating Committee European Association of Cardiovascular Imaging 2024, Healthcare Providers Working Party European Medicines Agency, Advisory Board projektu CORE-MD (Coordinating Research and Evidence for Medical Devices), Advisory Board projektu HEU-EFS (Harmonised approach to Early Feasibility Studies for medical devices in the European Union), Advisory Board projektu SUSTAIN HTA (Support Utilisation of Sustainable and Tailored Innovative methods for HTA); pełnomocnik zarządu Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego.

50. Mariusz Tomaniak, prof. dr hab. n. med. i n. o zdr., FESC, spec. kardiologii; konsultujący kardiolog I Katedry i Kliniki Kardiologii Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, samodzielny operator kardiologii inwazyjnej na Oddziale Kardiologii Inwazyjnej UCK WUM, adiunkt naukowo-dydaktyczny WUM; pełnomocnik rektora ds. Studenckiego Ruchu Naukowego; cardiologist researcher Department of Cardiology, Erasmus University Medical Center Thorax Center, Rotterdam; konsultant — supervising cardiologist Cardialysis BV, European Cardiovascular Research Institute.

51. Sebastian Giebel, prof. dr hab. n. med. spec. chorób wewnętrznych, hematologii i transplantologii klinicznej; kierownik Kliniki Transplantacji Szpiku i Onkohematologii Narodowego Instytutu Onkologii — Państwowego Instytutu Badawczego, Oddział w Gliwicach; konsultant wojewódzki w dziedzinie hematologii dla województwa śląskiego; prezes Polskiej Grupy ds. Leczenia Białaczek u Dorosłych (PALG), wiceprezes Polskiej Grupy Badawczej Chłoniaków.

52. Ewa Kalinka, dr hab. n. med., prof. ICZMP, spec. chorób wewnętrznych i onkologii klinicznej; kierownik Kliniki Onkologii Instytutu Centrum Zdrowia Matki Polki w Łodzi; członek zarządu Polskiej Grupy Raka Płuca; redaktor naczelna „Przeglądu Menopauzalnego".

53. Adam Witkowski, prof. dr hab. n. med., spec. chorób wewnętrznych i kardiologii; kierownik Kliniki Kardiologii i Angiologii Interwencyjnej Narodowego Instytutu Kardiologii w Warszawie; pełnomocnik ministra zdrowia ds. Narodowego Programu Chorób Układu Krążenia, członek: Krajowej Rady ds. Kardiologii, Clinical Practice Guidelines Committee of the European Society of Cardiology, członek korespondent Polskiej Akademii Nauk, przewodniczący Rady Kuratorów V Wydziału PAN.

54. Monika Adamczyk-Sowa, prof. dr hab. n. med., spec. neurologii; kierownik Katedry i Kliniki Neurologii Wydziału Nauk Medycznych w Zabrzu Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach; prezes Sekcji Stwardnienia Rozsianego i Neuroimmunologii Polskiego Towarzystwa Neurologicznego (PTN), delegat krajowy Panelu Naukowego Multiple Sclerosis European Academy of Neurology, skarbnik PTN, oraz przewodnicząca Oddziału Śląskiego PTN; członek Grupy Ekspertów Stwardnienia Rozsianego Europy Środkowo-Wschodniej.

55. Katarzyna Kotulska-Jóźwiak, prof. dr hab. n. med., spec. neurologii i neurologii dziecięcej; kierownik Kliniki Neurologii i Epileptologii Instytutu „Pomnik — Centrum Zdrowia Dziecka" w Warszawie, przewodnicząca Rady Ordynatorów i Komisji Bioetycznej IPCZD, wiceprzewodnicząca rady naukowej IPCZD; przedstawicielka Polski w Zarządzie Państw Członkowskich UE ds. Europejskich Sieci Referencyjnych; liderka jedynego w Polsce ośrodka Europejskiej Sieci Referencyjnej ERN EPICARE, zajmującej się rzadkimi i trudnymi do leczenia padaczkami; przewodnicząca Zespołu Koordynującego Leczenie SMA w Polsce, wiceprzewodnicząca Doradczej Komisji Medycznej Polskiego Towarzystwa Stwardnienia Rozsianego; członek: komitetu sterującego projektu European Rare Disease Research Coordination and Support Action Consortium (ERICA), Rady ds. Chorób Rzadkich, rad naukowych: Instytutu „Centrum Zdrowia Matki Polki", Instytutu Biologii Doświadczalnej im. M. Nenckiego, Fundacji SMA.

56. Wojciech Młynarski, prof. dr hab. n. med., spec. pediatrii, endokrynologii i diabetologii dziecięcej, onkologii i hematologii dziecięcej; kierownik I Katedry Pediatrii oraz Kliniki Pediatrii, Onkologii i Hematologii Uniwersytetu Medycznego w Łodzi; prezes Polskiego Towarzystwa Onkologii i Hematologii Dziecięcej, członek zarządu St. Jude Global Euro Regional Program w St. Jude Childrens Research Hospital w Memphis, USA.

57. Jacek Szaflik, prof. dr hab. n. med., spec. okulistyki; kierownik Katedry i Kliniki Okulistyki II Wydziału Lekarskiego Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego; dyrektor Samodzielnego Publicznego Klinicznego Szpitala Okulistycznego w Warszawie; członek zarządu Polskiego Towarzystwa Okulistycznego.

58. Mieczysław Walczak, prof. dr hab. n. med., spec. pediatrii, endokrynologii i diabetologii dziecięcej; kierownik Kliniki Pediatrii, Endokrynologii, Diabetologii, Chorób Metabolicznych i Kardiologii Wieku Rozwojowego Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie; konsultant krajowy w dziedzinie endokrynologii i diabetologii dziecięcej; przewodniczący zarządu Polskiego Towarzystwa Endokrynologii i Diabetologii Dziecięcej.

59. Jerzy Samochowiec, prof. dr hab. n. med., spec. psychiatrii, certyfikowany psychoterapeuta; prorektor ds. nauki Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego (PUM) w Szczecinie (od 2012 r.) oraz kierownik Katedry i Kliniki Psychiatrii PUM; wiceprezes ZG Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego, członek władz Europejskiego Towarzystwa Psychiatrycznego (2019-2026) i przewodniczący Sekcji Naukowych EPA (2024 r.).

60. Piotr Jankowski, prof. dr hab. n. med., spec. chorób wewnętrznych i kardiologii; zastępca dyrektora — prorektor ds. nauki Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego, zastępca dyrektora ds. lecznictwa Szpitala im. prof. W. Orłowskiego CMKP w Warszawie; kierownik Katedry i Kliniki Chorób Wewnętrznych i Gerontokardiologii CMKP w Szpitalu im. prof. W. Orłowskiego oraz Zakładu Epidemiologii i Promocji Zdrowia w Szkole Zdrowia Publicznego CMKP; przewodniczący rady Fundacji Zdrowia Publicznego, zastępca przewodniczącego rady naukowej Narodowego Instytutu Kardiologii w Warszawie, członek Komitetu Zdrowia Publicznego Polskiej Akademii Nauk.

61. Anna Fijałkowska, prof. dr hab. n. med. i n. o zdr., spec. chorób wewnętrznych i kardiologii; zastępca dyrektora ds. nauki oraz kierownik Zakładu Kardiologii Instytutu Matki i Dziecka w Warszawie; główny badacz w Polsce programu WHO — European Childhood Obesity Surveillance Initiative (COSI); członek: Komitetu Zdrowia Publicznego PAN, Rady ds. Kardiologii i Rady ds. Zdrowia Publicznego przy Ministerstwie Zdrowia, European Exam in Core Cardiology board.

62. Michał Pędziwiatr, prof. dr hab. n. med., spec. chirurgii ogólnej i onkologicznej, Fellow of American College of Surgeons (FACS), Fellow of European Board of Surgery (FEBS); kierownik Oddziału Klinicznego Chirurgii Ogólnej, Onkologicznej, Metabolicznej i Stanów Nagłych Uniwersytetu Jagiellońskiego Collegium Medicum w Szpitalu Uniwersyteckim w Krakowie; członek ZG Towarzystwa Chirurgów Polskich, przewodniczący Rady Lapco-Poland.

63. Elżbieta Senkus-Konefka, prof. dr hab. n. med., spec. onkologii klinicznej i radioterapii onkologicznej; koordynator Centrum Chorób Piersi Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego; członek: komitetu zarządzającego EUSOMA (European Society of Breast Cancer Specialists), komitetu sterującego Grupy Raka piersi EORTC (European Organisation For Research And Treatment Of Cancer Breast Cancer Group), komitetu zarządzającego projektu LOBSTERPOT w ramach grantu EU, komitetu sterującego badań: „OlympiA", „MonarchE" i EPIK-B5; prezes Stowarzyszenia Różowy Motyl; redaktor/sekretarz generalny w czasopismach o zasięgu międzynarorodwym: specialty editor w „The Breast" oraz co-editor Special Issue „De-escalation of loco-regional treatment in breast cancer: Time to find the balance?" („The Breast").

64. Janusz Skalski, prof. dr hab. n. med., spec. kardiochirurgii i chirurgii dziecięcej w Instytucie Pediatrii Uniwersytetu Jagiellońskiego Collegium Medicum, konsultant kardiochirurgii w Uniwersyteckim Szpitalu Dziecięcym w Krakowie; prezes Polskiego Towarzystwa Kardio-Torakochirurgów, prezes Fundacji Schola Cordis Wspierania Kardiochirurgii Dziecięcej; przewodniczący Komisji Historii i Filozofii Medycyny Oddziału PAN w Krakowie; członek zarządu (sekretarz) Klubu Kardiochirurgów Polskich (do czerwca 2024 r.); inicjator, kierownik i redaktor prowadzący comiesięczne Klubu Dyskusyjnego Okręgowej Izby Lekarskiej w Krakowie; co-editor „Polish Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery".

65. Jolanta Sykut-Cegielska, dr hab. n. med., prof. IMiD, spec. pediatrii i pediatrii metabolicznej; kierownik Kliniki Wrodzonych Wad Metabolizmu i Pediatrii Instytutu Matki i Dziecka w Warszawie; konsultant krajowa w dziedzinie pediatrii metabolicznej (trzecia kadencja); współzałożycielka i wieloletnia prezes, a obecnie członek zarządu Polskiego Towarzystwa Wrodzonych Wad Metabolizmu, członek: komitetu doradczego Society for the Study on Inborn Errors of Metabolism (SSIEM) — corresponding

member na Polskę i Węgry, Rady ds. Chorób Rzadkich w Ministerstwie Zdrowia i przewodnicząca Zespołu ekspertów ds. metabolicznej diagnostyki laboratoryjnej w tej radzie, członek Zespołu Koordynacyjnego ds. Leczenia Chorób Ultrarzadkich, koordynator ośrodka referencyjnego w europejskiej sieci referencyjnej dedykowanej wrodzonym wadom metabolizmu MetabERN (European Reference Network for Hereditary Metabolic Disorders); redaktor naczelna „Journal of Mother and Child/Medycyna Wieku Rozwojowego"; opiekun naukowy Studenckiego Koła Naukowego Pediatrii Metabolicznej w Warszawskim Uniwersytecie Medycznym.

66. Andrzej Tykarski, prof. dr hab. n. med., spec. chorób wewnętrznych, hipertensjologii i angiologii; rektor Uniwersytetu Medycznego im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu (2016-2024), członek Rady Uczelni UMP; kierownik Katedry i Kliniki Hipertensjologii UMP; przewodniczący Komisji Rewizyjnej Polskiego Towarzystwa Nadciśnienia Tętniczego.

67. Robert Rejdak, prof. dr hab n. med., dr h.c., spec. okulistyki; prorektor ds. Umiędzynarodowienia, Cyfryzacji i Promocji Uniwersytetu Medycznego w Lublinie (do września 2024 r.), kierownik Katedry i Kliniki Okulistyki Ogólnej Uniwersytetu Medycznego w Lublinie oraz Banku Rogówki i Tkanek Oka Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego nr 1 w Lublinie; dyrektor medyczny ESASO Lublin Campus (ośrodka szkoleniowego Europejskiej Szkoły Zaawansowanych Badań w dziedzinie Okulistyki z siedzibą główną w Lugano, Szwajcaria); prezes Stowarzyszenia Chirurgów Okulistów Polskich; redaktor naczelny czasopisma „Ophthalmology Journal"; przewodniczący Lubelskiej Unii Cyfrowej.

68. Piotr Dąbrowiecki, dr hab. n. med.; spec. chorób wewnętrznych, alergologii i wojskowej medycyny morskiej; starszy asystent w Klinice Chorób Wewnętrznych, Infekcyjnych i Alergologii Wojskowego Instytutu Medycznego — Państwowego Instytutu Badawczego w Warszawie; koordynator krajowy międzynarodowego projektu edukacyjnego LungHealth4Life (9.2024-8.2027); przewodniczący zarządu Polskiej Federacji Stowarzyszeń Chorych na Astmę, Alergie i POCHP; członek: Rady Organizacji Pacjentów przy ministrze zdrowia, Zespołu roboczego ds. wpływu zanieczyszczenia powietrza na zdrowie przy Radzie ds. Zdrowia Publicznego Ministerstwa Zdrowia, ZG Polskiego Towarzystwa Alergologicznego, ZG Koalicji Lekarzy i Naukowców na Rzecz Czystego Powietrza; zastępca redaktora naczelnego kwartalnika „Alergoprofil".

69. Michał Lew-Starowicz, dr hab. n. med., prof. CMKP, spec. psychiatrii, seksuologii, psychoterapeuta, superwizor terapii zaburzeń seksualnych Polskiego Towarzystwa Seksuologicznego, Fellow of the European Committee for Sexual Medicine (FECSM); kierownik Kliniki Psychiatrii Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego w Warszawie oraz Bielańskiego Centrum Zdrowia Psychicznego (Szpital Bielański w Warszawie); wiceprezes Polskiego Towarzystwa Seksuologicznego, członek zarządu European Society for Sexual Medicine; redaktor naczelny czasopism naukowych „Journal of Sexual and Mental Health" i „Psychiatria", członek międzynarodowej rady naukowej czasopism: „Journal of Sexual Medicine", „International Journal of Sexual Health", „Sexual Health and Compulsivity".

70. Piotr Sieroszewski, prof. dr hab. n. med., spec. położnictwa i ginekologii oraz perinatologii; kierownik I Katedry Ginekologii i Położnictwa Uniwersytetu Medycznego w Łodzi oraz Kliniki Patologii Ciąży i Ginekologii UM w Łodzi; prezes Polskiego Towarzystwa Ginekologów i Położników, członek: zarządu Treasurer of the European Board and College of Obstetrics and Gynecology (EBCOG), Zespołu ds. poprawy opieki nad zdrowiem kobiet przy ministrze zdrowia; redaktor naczelny czasopisma „Ginekologia i Perinatologia Praktyczna".

71. Jarosław Sławek, prof. dr hab. n. med., spec. neurologii; kierownik Zakładu Pielęgniarstwa Neurologiczno-Psychiatrycznego Wydziału Nauk o Zdrowiu Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego oraz Oddziału Neurologii i Oddziału Udarowego Szpitala św. Wojciecha w Gdańsku — Copernicus Podmiot Leczniczy Sp. z o.o.; konsultant wojewódzki w dziedzinie neurologii dla województwa pomorskiego; past prezes, a od września 2024 r. wiceprezes Polskiego Towarzystwa Neurologicznego, przewodniczący Oddziału Gdańsko-Elbląskiego PTN, członek: Krajowej Rady ds. Neurologii, zarządu Komitetu Nauk Neurologicznych PAN, zarządu Sekcji Chorób Pozapiramidowych PTN, honorowy członek Polskiego Towarzystwa Choroby Parkinsona i Innych Zaburzeń Ruchowych; sekretarz International Association of Parkinsonism and Related Disorders; redaktor naczelny czasopisma „Neurologia Neurochirurgia Polska" („Polish Journal of Neurology & Neurosrgery"), redaktor działu rekomendacji i farmakoterapii w „Polskim Przeglądzie Neurologicznym", redaktor serwisów internetowych PTN, członek: Editorial Board czasopisma „Parkinsonism & Related Disorders" oraz rady redakcyjnej czasopisma „Medycyna Praktyczna. Neurologia".

72. Irina Kowalska, prof. dr hab. n. med., spec. chorób wewnętrznych, endokrynologii i diabetologii; prorektor ds. nauki i ewaluacji Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku (2024-2028), dziekan Wydziału Lekarskiego z Oddziałem Stomatologii i Oddziałem Nauczania w Języku Angielskim UMB (2012-2024), przewodnicząca Rady Programowej Wydziału Lekarskiego (2012-2024) oraz Wydziałowej Komisji ds. Nostryfikacji UMB (2012-2024), członek Rady Uczelni UMB (od 2019 r.); kierownik Kliniki Chorób Wewnętrznych i Chorób Metabolicznych UMB; prezes Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego (2023-2027); członek korespondent Polskiej Akademii Nauk (od grudnia 2021 r.).

73. Ewa Helwich, prof. dr hab. n. med., spec. pediatrii, chorób płuc i neonatologii; konsultant krajowa w dziedzinie neonatologii, konsultant w Instytucie Matki i Dziecka w Warszawie; lider programu Kompleksowej Opieki Rozwojowej nad Dziećmi urodzonymi przedwcześnie KORD, członek Zespołu ds. Szczepień przy ministrze zdrowia.

74. Aleksander Prejbisz, prof. dr hab. n. med., spec. chorób wewnętrznych i hipertensjologii; kierownik Zakładu Epidemiologii, Prewencji Chorób Układu Krążenia i Promocji Zdrowia Narodowego Instytutu Kardiologii — Państwowego Instytutu Badawczego w Warszawie.

75. Piotr Dobrowolski, prof. dr hab. n. med., spec. kardiologii; kierownik Samodzielnej Poradni Lipidowej oraz zastępca kierownika Zakładu Epidemiologii, Prewencji Chorób Układu Krążenia i Promocji Zdrowia Narodowego Instytutu Kardiologii — Państwowego Instytutu Badawczego w Warszawie; konsultant wojewódzki w dziedzinie kardiologii dla województwa mazowieckiego; członek rady w senackiej Komisji Zdrowia; koordynator zadań w Narodowym Programie Chorób Układu Krążenia; skarbnik Polskiego Towarzystwa Nadciśnienia Tętniczego; członek Komisji Rewizyjnej „Klubu 30" Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego.

76. Joanna Chorostowska--Wynimko, prof. dr hab. n. med., spec. chorób wewnętrznych, chorób płuc i laboratoryjnej diagnostyki immunologicznej; kierownik zakładu Genetyki i Immunologii Klinicznej, Instytutu Gruźlicy i Chorób Płuc w Warszawie; prezydent elekt European Respiratory Society; członek: zarządu Polskiego Towarzystwa Chorób Płuc, komitetu naukowego European Alpha-1 Research Collaboration (EARCO), medycznego komitetu sterującego European Reference Network-LUNG; przewodnicząca the Cross Border Care Committee w ramach sieci ERN-LUNG; członek komitetu The Integrated Data Access Governance Council (IDAGC) w ramach Integration of Heterogenous Data and Evidence towards Regulatory & HTA Acceptance (IDERHA), komitetu sterującego International Respiratory Coalition, College of Experts European Respiratory Society, Komisji Akredytacyjnej ds. specjalizacji w dziedzinie Laboratoryjnej Immunologii Medycznej CMKP, Prezydium Koalicji na Rzecz Leczenia Astmy, rady naukowej Ogólnopolskiego Programu Zwalczania Chorób Infekcyjnych, Grupy Sterującej All.Can Polska; prezes Fundacji na rzecz Chorych z Niedoborem Alfa-1 Antytrypsyny, członek zarządu Fundacji People4People; członek rad redakcyjnych szeregu pism międzynarodowych, w tym „European Respiratory Journal".

77. Piotr Eder, prof. dr hab. n. med. i n. o zdr., spec. chorób wewnętrznych i gastroenterologii; zastępca przewodniczącego Rady Kolegium Nauk Medycznych Uniwersytetu Medycznego im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu (UMP); zastępca kierownika Kliniki Gastroenterologii, Dietetyki i Chorób Wewnętrznych UMP; konsultant wojewódzki w zakresie gastroenterologii dla Wielkopolski; przedstawiciel Polski w European Crohn's and Colitis Organisation; członek ZG Polskiego Towarzystwa Gastroenterologii (PTG); prezes Sekcji Jelitowej PTG; zastępca przewodniczącego Poznańskiego Oddziału PTG; członek Komitetu Zdrowia Publicznego oraz Komitetu Nauki o Żywieniu Człowieka Polskiej Akademii Nauk.

78. Agnieszka Kapłon-Cieślicka, prof. dr hab. n. med. i n. o zdr., spec. kardiologii, Fellow of the European Society of Cardiology (FESC), echokardiografistka; profesor w I Katedrze i Klinice Kardiologii Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego; członek: Krajowej Rady ds. Kardiologii, Data Science Committee Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego (2024-2026); funkcje pełnione w Polskim Towarzystwie Kardiologicznym (PTK) w kadencji 2023-2025: przewodnicząca Komisji ds. Badań i Analiz Naukowych, przewodnicząca elekt Sekcji Farmakoterapii Sercowo-Naczyniowej, past przewodnicząca „Klubu 30", członek: zarządu Asocjacji Niewydolności Serca, Komisji Rewizyjnej Asocjacji Intensywnej Terapii Kardiologicznej, grupy tematycznej „niewydolność serca" Komitetu Naukowego Kongresów PTK, Komisji ds. Nauki i Grantów, Komisji Zagranicznej, Komisji Wytycznych, Komisji ds. Współpracy ze Stowarzyszeniami Pacjenckimi, Komisji ds. Wniosków o Patronaty i Opinie, Komisji ds. Przestrzegania Równości, sekretarz Grupy Roboczej „Echonawigacja" Asocjacji Interwencji Sercowo-Naczyniowych (AISN), członek Grupy Roboczej „Niedomykalność zastawki trójdzielnej" AISN; associate editor czasopisma „Cardiology Journal".

79. Sebastian Szmit, dr hab. n. med., prof. CMKP, spec. chorób wewnętrznych, kardiologii i onkologii klinicznej, związany z Instytutem Hematologii i Transfuzjologii w Warszawie, Europejskim Centrum Zdrowia Otwock oraz Centrum Medycznym Kształcenia Podyplomowego; przewodniczący: Study Group on Thrombosis, Council of Cardio-Oncology European Society of Cardiology oraz Education and Training Advisory Committee International Cardio-Oncology Society, a także Sekcji Leczenia Wspomagającego Polskiego Towarzystwa Onkologii Klinicznej, która w 2024 r. stała się oficjalnym partnerem Multinational Association of Supportive Care in Cancer (MASCC); international advisor czasopisma American College of Cardiology „JACC CardioOncology", section editor czasopisma International Cardio-Oncology Society „Cardio-Oncology", editorial board member „Journal of Thrombosis and Thrombolysis.

80. Hanna Szajewska, prof. dr hab. n. med., spec. pediatrii; przewodnicząca Rady Dyscypliny Nauk Medycznych Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego (2021-2024); kierownik Kliniki Pediatrii WUM; członek zarządu International Scientific Association for Probiotics & Prebiotics (od 2019).

81. Mariusz Bidziński, prof. dr hab. n. med., spec. położnictwa i ginekologii oraz ginekologii onkologicznej; kierownik Kliniki Ginekologii Onkologicznej Narodowego Instytutu Onkologii im. M. Skłodowskiej-Curie — Państwowego Instytutu Badawczego w Warszawie; konsultant krajowy w dziedzinie ginekologii onkologicznej; pełnomocnik dyrektora NIO-PIB ds. wdrażania Krajowej Sieci Onkologicznej oraz ds. Lecznictwa Otwartego; przewodniczący Koalicji Diagnostyczno-Klinicznej na rzecz diagnostyki i optymalizacji leczenia nowotworów kobiecych.

82. Rodryg Ramlau, prof. dr hab. n. med., spec. radioterapii onkologicznej, chemioterapii nowotworów i onkologii klinicznej; członek Senatu Uniwersytetu Medycznego im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu, dyrektor Instytutu Onkologii i kierownik Kliniki Onkologii UMP, lekarz kierujący Oddziałem Chemioterapii Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego; prezes Polskiej Grupy Raka Płuca.

83. Wojciech Zgliczyński, prof. dr hab. n. med., spec. chorób wewnętrznych i endokrynologii; dyrektor ds. klinicznych Szpitala Bielańskiego w Warszawie; zastępca dyrektora Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego — prorektor ds. kadr; kierownik Kliniki Endokrynologii CMKP (w Szpitalu Bielańskim); konsultant wojewódzki ds. endokrynologii dla województwa mazowieckiego; prezes Polskiego Towarzystwa Menopauzy i Andropauzy; członek ZG Polskiego Towarzystwa Endokrynologicznego i przewodniczący Oddziału Warszawskiego PTE; przewodniczący Rady Społecznej Szpitala Klinicznego CMKP im. prof. A. Grucy w Otwocku.

84. Piotr Gałecki, prof. dr hab. n. med., spec. psychiatrii i seksuologii; dyrektor ds. lecznictwa w Szpitalu im. Babińskiego w Łodzi, kierownik Kliniki Psychiatrii Dorosłych Uniwersytetu Medycznego w Łodzi; konsultant krajowy w dziedzinie psychiatrii (od 2014 r.); przewodniczący Rady ds. Zdrowia Psychicznego; wykładowca Krajowej Szkoły Sądownictwa i Prokuratury w Krakowie.

85. Marek Gierlotka, prof. dr hab. n. med., spec. chorób wewnętrznych i kardiologii (w tym inwazyjnej) oraz intensywnej terapii; dyrektor Instytutu Nauk Medycznych Uniwersytetu Opolskiego i kierownik Kliniki Kardiologii INM oraz Oddziału Kardiologii Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Opolu; konsultant wojewódzki w dziedzinie kardiologii dla województwa opolskiego; prezes elekt Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego; członek Komitetu Naukowego Kongresów PTK, zastępca przewodniczącej Komisji ds. Badań i Analiz Naukowych ZG PTK, zastępca przewodniczącego Komitetu ds. Stworzenia Narodowego Programu Leczenia Chorych ze Wstrząsem Kardiogennym; członek: rady naukowej Uniwersytetu Opolskiego, zespołu ekspertów International Lipid Expert Panel (ILEP), Rady Programowej Kongresu Wyzwań Zdrowotnych HCC, Rady Fundacji „Prosto z serca", Rady Programowej Fundacji „Z sercem do pacjenta"; associate editor czasopisma „Cardiology Journal".

86. Lucyna Ostrowska, prof. dr hab. n. med., spec. chorób wewnętrznych i dietetyki klinicznej; kierownik Zakładu Dietetyki i Żywienia Klinicznego Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku; właścicielka i kierownik Ośrodka Leczenia Otyłości i Chorób Dietozależnych w Białymstoku; prezes Polskiego Towarzystwa Leczenia Otyłości, członek: Zespołu roboczego ds. przeciwdziałania otyłości przy Radzie ds. Zdrowia Publicznego (od listopada 2024 r.), Komisji ds. Weryfikacji Efektów Uczenia się Wydziału Nauk o Zdrowiu UMB; koordynator kierunku Dietetyka w Wydziałowej Komisji ds. Programów Studiów UMB, członek Wydziałowej Komisji ds. Prac Dyplomowych, Komisji ds.Oceny Kadry UMB (kadencja 2024-2028), Komisji Rekrutacyjnej Wydziału Nauk o Zdrowiu UMB; ekspertka Parlamentarnego Zespołu ds. zdrowego stylu życia oraz przeciwdziałania nadwadze i otyłości, ekspertka Partnerstwa na Rzecz Profilaktyki i Leczenia Otyłości.

87. Marek Postuła, prof. dr hab. n. med., spec. chorób wewnętrznych i kardiologii; kierownik Pracowni Farmakogenomiki Katedry i Zakładu Farmakologii Doświadczalnej i Klinicznej Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego; przewodniczący Polskiego Towarzystwa Medycyny Długowieczności oraz międzynarodowej organizacji Longevity Alliance Baltic w Polsce, wiceprzewodniczący Polskiego Towarzystwa Postępów Medycyny — Medycyna XXI; członek: Komitetu ds. Dokumentów Naukowych Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego (ESC SDoC) w kadencji 2024-2026, rady naukowej Longevity Alliance Baltic, rady naukowej Polskiego Towarzystwa Medycyny Estetycznej i Anti-aging.

88. Marcin Wojnar, prof. dr hab. n. med., spec. psychiatrii; kierownik Katedry i Kliniki Psychiatrycznej I Wydziału Lekarskiego Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego w Szpitalu Nowowiejskim w Warszawie, adjunct professor University of Michigan Department of Psychiatry, Ann Arbor (USA); przewodniczący Rektorskiej Komisji ds. Równouprawnienia WUM; członek Komitetu Bioetyki PAN; wiceprezes European Society for Biomedical Research on Alcoholism (ESBRA), członek: Executive Committee of European Federation of Addiction Societies (EUFAS), Zespołu ds. oceny wniosków o stypendium ministra zdrowia dla studentów.

89. Teresa Jackowska, prof. dr hab. n. med., spec. pediatrii, onkologii i hematologii dziecięcej; kierownik Kliniki Pediatrii Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego i ordynator Klinicznego Oddziału Pediatrycznego w Szpitalu Bielańskim w Warszawie; prezes Polskiego Towarzystwa Pediatrycznego (2023-2027); członek: Komitetu Rozwoju Człowieka PAN (od 2024 r.), Zespołu ekspertów ds. szczepień ochronnych przy ministrze zdrowia (od 2019), rady naukowej przy Instytucie „Pomnik — Centrum Zdrowia Dziecka" (od 2008 r.); rady naukowej przy Instytucie Matki i Dziecka (od 2021 r.).

90. Karol Adam Kamiński, prof. dr hab. n. med., spec. chorób wewnętrznych i kardiologii; prorektor ds. medycyny prewencyjnej i otwartej nauki Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku (UMB), prodziekan Kolegium Nauk Medycznych ds. Ewaluacji i Nauki Wydziału Lekarskiego UMB (2020-2024), członek Senatu UMB (do września 2024 r.); dyrektor Ośrodka Badań Populacyjnych oraz kierownik Zakładu Medycyny Populacyjnej i Prewencji Chorób Cywilizacyjnych UMB, a także kierownik Kliniki Kardiologii i Chorób Wewnętrznych z Oddziałem Intensywnego Nadzoru Kardiologicznego Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Białymstoku; przewodniczący Sekcji Prewencji i Epidemiologii Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego, członek Komisji Nagród PTK.

91. Bogusław Machaliński, prof. dr hab. n. med., spec. chorób wewnętrznych, hematologii i transplantologii klinicznej; rektor Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego (PUM) w latach 2016-2024 r.; kierownik Katedry Fizjopatologii, Hematologii i Transplantologii (od października 2024 r.) oraz Zakładu Patologii Ogólnej PUM, twórca i ordynator Oddziału Transplantacji Szpiku Kliniki Hematologii i Transplantologii SPSK nr 1 PUM w Szczecinie; konsultant wojewódzki w dziedzinie transplantologii klinicznej dla województwa zachodniopomorskiego; członek rady naukowej Państwowego Instytutu Medycznego MSWiA (2023-2024).

92. Artur Mazur, prof. dr hab. n. med., spec. endokrynologii i diabetologii dziecięcej; prorektor Kolegium Nauk Medycznych Uniwersytetu Rzeszowskiego, kierownik II Kliniki Pediatrii, Endokrynologii i Diabetologii Dziecięcej w Klinicznym Szpitalu Wojewódzkim nr 2 w Rzeszowie. Pracuje w komitetach redakcyjnych: „Przeglądu Pediatrycznego", „Endokrynlogii Praktycznej", „Pediatric Endocrinology, Diabetes and Metabolism", „Nutrition, Obesity & Metabolic Surgery", „Vaiku Pulmonologija ir Alergologija" (Litwa).

93. Krzysztof Składowski, prof. dr hab. n. med., spec. radioterapii onkologicznej; dyrektor Oddziału Narodowego Instytutu Onkologii (NIO) im. Marii Skłodowskiej-Curie — Państwowego Instytutu Badawczego w Gliwicach (do kwietnia 2024r.), kierownik I Kliniki Radioterapii i Chemioterapii NIO w Gliwicach; konsultant krajowy w dziedzinie radioterapii onkologicznej; wiceprzewodniczący zarządu Polskiego Towarzystwa Radioterapii Onkologicznej; członek: Rady Społecznej Politechniki Śląskiej, Rady Sieci Badawczej Łukasiewicz — Górnośląskiego Instytutu Technologicznego w Gliwicach.

94. Maria Pokorska-Śpiewak, prof. dr hab. n. med. i n. o zdr., spec. pediatrii i chorób zakaźnych; członek Senatu Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego (kadencja 2024-2028); profesor w Klinice Chorób Zakaźnych Wieku Dziecięcego WUM, zastępca ordynatora Oddziału Pediatrycznego Zakaźnego w Wojewódzkim Szpitalu Zakaźnym w Warszawie oraz kierownik programów terapeutycznych dla dzieci z wirusowymi zapaleniami wątroby w tymże szpitalu (od 2019 r.); przewodnicząca Oddziału Warszawskiego Polskiego Towarzystwa Epidemiologów i Lekarzy Chorób Zakaźnych (2024-2027).

95. Joanna Kufel-Grabowska, dr n. med., spec. onkologii klinicznej; adiunkt w Katedrze i Klinice Onkologii i Radioterapii Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego; przewodnicząca Sekcji Oncofertility (Płodności w Chorobie Nowotworowej) Polskiego Towarzystwa Onkologicznego, sekretarz Sekcji Raka Piersi Polskiego Towarzystwa Onkologii Klinicznej, członek: zarządu Polskiego Towarzystwa Onkologicznego, zarządu Polskiej Ligii Walki z Rakiem.

96. Krzysztof Zieniewicz, prof. dr hab. n. med., spec. chirurgii ogólnej, onkologicznej i transplantologii klinicznej w Katedrze i Klinice Chirurgii Ogólnej Transplantacyjnej i Wątroby Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego; wieloletni wykładowca akademicki; prezes Towarzystwa Chirurgów Polskich (2023-2025), członek European Surgical Association oraz American College of Surgeons (FACS).

97. Andrzej Budaj, prof. dr hab. n. med., spec. chorób wewnętrznych i kardiologii; kierownik Kliniki Kardiologii Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego; członek korespondent Polskiej Akademii Umiejętności; przewodniczący: Rady Fundacji Wielka Orkiestra Świątecznej Pomocy oraz Stowarzyszenia Budowy Szpitala Kardiologicznego im. Marszałka Józefa Piłsudskiego; prezes Fundacji „Proclinica" im. prof. L. Ceremużyńskiego.

98. Jarosław Czubak, prof. dr hab. n. med., spec. ortopedii i traumatologii narządu ruchu; dyrektor Szpitala Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego im. prof. A. Grucy w Otwocku; kierownik Kliniki Ortopedii, Ortopedii i Traumatologii Dziecięcej Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego; konsultant krajowy w dziedzinie ortopedii i traumatologii narządu ruchu; koordynator Krajowego Programu Leczenia Wad Ubytkowych i Wydłużania Kończyn u Dzieci.

99. Jacek Lewandowski, dr hab. n. med., spec. chorób wewnętrznych, kardiologii i hipertensjologii; zastępca kierownika Kliniki Chorób Wewnętrznych, Nadciśnienia Tętniczego i Angiologii Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego; konsultant wojewódzki w dziedzinie hipertensjologii dla województwa mazowieckiego; członek zarządu Polskiego Towarzystwa Nadciśnienia Tętniczego, prezes elekt na kadencję 2026-2028; redaktor naczelny kwartalnika „Kardiologia w praktyce".

100. Radosław Owczuk, prof. dr hab. n. med., spec. anestezjologii i intensywnej terapii; dziekan Wydziału Lekarskiego Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego (do września 2024 r.); kierownik Katedry Anestezjologii i Intensywnej Terapii GUMed, ordynator Kliniki Anestezjologii i Intensywnej Terapii Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego w Gdańsku; prezes Polskiego Towarzystwa Anestezjologii i Intensywnej Terapii (od września 2024 r.); przewodniczący Państwowej Komisji Egzaminacyjnej w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii (do listopada 2024 r.); członek Krajowej Rady Transplantacyjnej.

Kapituła konkursu na str. 28

Pełne wersje wywiadów z laureatami dostępne na www.pulsmedycyny.pl.

Legenda awans na liście · spadek na liście · to samo miejsce co przed rokiem · nowa osoba na liście

Marek Postuła

Medycyna zmusza do ciągłego rozwoju, nie pozwala się zatrzymać

„Profesjonaliści medyczni powinni być aktywni w mediach, zamiast oddawać bez walki pole osobom, które publikują różne niesprawdzone informacje dla popularności czy zysku” — stwierdza prof. Marek Postuła.

Jak w pana kalendarzu zapisał się rok 2024?
Jak zwykle dla mnie to był rok pełen aktywności. Zresztą mam wrażenie, że od kilku lat każdy kolejny rok zaskakuje mnie nowymi wyzwaniami, mimo iż wydaje się, że to nie jest już możliwe. 2024 był szczególnie bogaty w inicjatywy związane z medycyną długowieczności.

Powołał pan do życia Polskie Towarzystwo Medycyny Długowieczności (PTMD). Skąd ten pomysł?
Długość naszego życia stale się wzrasta — Europejczycy żyją obecnie kilka lat dłużej niż jeszcze dekady temu. Kluczową jednak kwestią jest długość życia w zdrowiu. Jeżeli weźmiemy pod uwagę tzw. *healthspan* (długość życia w zdrowiu), okaże się, że przeciętny Polak żyje w zdrowiu zaledwie ok. 60 lat. Tymczasem całkowita średnia długość życia mężczyzn w naszym kraju to 74 lata, a kobiet — ponad 80 lat. Tak więc różnica pomiędzy długością życia w zdrowiu a całkowitą długością życia zdecydowanie się wydłuża, szczególnie jeśli chodzi o kobiety.

PTMD stawia sobie ambitne cele. Jednym z nich jest promowanie badań naukowych w dziedzinie medycyny długowieczności, w tym współpracy z instytucjami akademickimi i ośrodkami badawczymi w Polsce i na świecie. Ważnym elementem działalności PTMD będzie także edukacja i podnoszenie świadomości społecznej. Zamierzamy organizować konferencje, warsztaty, wykłady oraz publikować materiały edukacyjne, które zwiększą wiedzę na temat długowieczności, zdrowego starzenia się i wyzwań zdrowotnych z tym związanych.

Ministerstwo Edukacji Narodowej zdecydowało, że edukacja zdrowotna — nowy przedmiot, który ma wejść do szkół od września, będzie tylko dla chętnych. Jak ocenia pan to posunięcie w kontekście zwiększania świadomości społecznej dotyczącej m.in. profilaktyki?
Uważam, że to decyzja *stricte* polityczna, za którą zapłaci całe społeczeństwo. To także kolejny dowód, że z politycznego punktu widzenia profilaktyka się nie opłaca, bo jej efekty będą widoczne najwcześniej za kilkanaście lat, a to już mało ważne dla ekip rządzących. Osobiście uważam, że edukacja zdrowotna powinna być przedmiotem obowiązkowym od najmłodszych lat, chociaż oczywiście jej zakres tematyczny musi być dostosowany do wieku uczniów.

Dzieci i młodzież muszą zdawać sobie sprawę z zagrożeń zdrowotnych, w tym m.in. związanych z korzystaniem z używek (np. dopalaczy), bo inaczej będą je bezmyślnie testować na sobie. To samo dotyczy diety. Dane epidemiologiczne pokazują, że nie umiemy dokonywać świadomych wyborów już na etapie robienia zakupów w sklepie; jako społeczeństwo nie czytamy etykiet ze składem produktów spożywczych i często wybieramy artykuły ultraprzetworzone. Nie lepiej jest z wiedzą na temat dobroczynnego wpływu aktywności fizycznej. Coraz więcej dzieci na co dzień praktycznie w ogóle nie podejmuje wysiłku fizycznego, a to pociąga za sobą rosnące zagrożenie otyłością oraz związaną z nią falą chorób cywilizacyjnych.

> Coraz więcej dzieci na co dzień praktycznie w ogóle nie podejmuje wysiłku fizycznego, a to pociąga za sobą rosnące zagrożenie otyłością oraz związaną z nią falą chorób cywilizacyjnych.

Fot. Archiwum

Społeczeństwo często swoją wiedzę czerpie z mediów, które nie zawsze są rzetelne w jej przekazywaniu, stąd w powszechnej świadomości pokutuje wiele medycznych fake newsów. Z drugiej strony, sam pan profesor jest bardzo aktywny w mediach, w tym społecznościowych, wykorzystując je do edukacji, zarówno lekarzy, jak i pacjentów. To broń obosieczna?
Z pewnością siła mediów jest bardzo duża, dlatego ważna jest wspomniana edukacja zdrowotna, żeby ludzie, docierając do pewnych informacji, umieli je zweryfikować. Z kolei eksperci, którzy działają w mediach, powinni umieć dostosować odpowiedni kanał do konkretnej grupy odbiorców. Nie ukrywam, że ja wciąż się uczę.

Wszystko zaczęło się od audycji „Kierunek długowieczność”, którą prowadzę od 4 lat na antenie „Trójki” z Krzysztofem Łoniewskim. Miał to być swego rodzaju eksperyment, ale program został tak dobrze przyjęty, że obecnie mamy już za sobą ponad 200 odcinków, z których każdego słucha ok. 300 tys. osób. Jest to niejako moja społeczna misja, bo wiem, że przy takich zasięgach można realnie wpływać na edukację wiernych słuchaczy. Liczne prośby o zgłębianie tematu zdrowia spowodowały, że od kilku miesięcy realizujemy dłuższą formę w postaci podcastu „W stronę długowieczności” — to format, który coraz częściej wypiera programy audiowizualne (np. telewizję) czy inne tradycyjne media.

Druga sprawa to media społecznościowe, w których również jestem aktywny, chociaż, szczerze mówiąc, nie wszystkie lubię. Wolę Linkedin, gdzie liczy się merytoryka przekazu niż np. Instagram, gdzie najważniejsza jest atrakcyjność wizualna postu. Sądząc jednak po żywych reakcjach i komentarzach pod moimi wpisami, edukacja w mediach społecznościowych też jest możliwa, a nawet bardzo potrzebna. Z tego względu uważam, że profesjonaliści również powinni w nich działać, zamiast oddawać bez walki pole osobom, które publikują różne niesprawdzone informacje dla popularności czy zysku.

Tym bardziej, że żyjemy w dobie upadku autorytetów naukowych.
Doskonale widać to nie tylko w mediach społecznościowych, ale również m.in. w szkołach czy na uczelniach. Już w podstawówkach nauczyciele zwykle nie są dla uczniów autorytetami, czemu często dodatkowo przyklaskują rodzice. Znamienne jest też, że dawniej w szkołach wyższych każde spotkanie czy rozmowa z profesorem, naukowcem była dla studenta niemal zaszczytem. Sam pamiętam wiele takich sytuacji, które były dla mnie ważne jako studenta. Dzisiaj to zanika.

A wiadomo, jak ważne jest spotkanie na swojej drodze zawodowej osoby, która pomaga i wspiera, zwłaszcza na początkowym etapie rozwoju naukowego.
Myślę, że każdy młody człowiek powinien mieć mentora, który inspiruje swoją wiedzą, erudycją, sposobem bycia, a przede wszystkim osobowością. Z własnego doświadczenia wiem, że często relacje mentorskie przeradzają się w przyjaźń. Bardzo miło usłyszeć po latach, że inwestycja energii i czasu w to, aby mnie czegoś nauczyć, była świadomą decyzją tych osób i że jej nie żałują.

A jak to się zaczęło? Czy studia medyczne były świadomym pana wyborem?
Tak, ponieważ pochodzę z rodziny o długich tradycjach lekarskich — moi dziadkowie i rodzice też wykonywali ten zawód. Co prawda, przez moment myślałem o prawie, doszedłem jednak do wniosku, że to nie moja droga i nigdy tego nie żałowałem. Spełniam się w medycynie. Jest to piękna dziedzina, bo dzięki temu, że sama bardzo szybko się rozwija, to nie pozwala lekarzom się zatrzymać, muszą oni ciągle się uczyć, by nadążyć za najnowszą wiedzą. Myślę, że również pokoleniowo mamy ogromne szczęście, iż żyjemy w dobie, w której do naszej dyspozycji są coraz bardziej zaawansowane rozwiązania technologiczne, pozwalające przesuwać kolejne granice nauki, przekładającej się później na codzienną praktykę kliniczną.

Trzy słowa, które najlepiej pana opisują to...
Pasjonat, wizjoner, marzyciel.

Rozmawiała Katarzyna Matusewicz

Prof. dr hab. n. med.
Marek Postuła
jest specjalistą w dziedzinie chorób wewnętrznych i kardiologii, kierownikiem Pracowni Farmakogenomiki przy Katedrze i Zakładzie Farmakologii Doświadczalnej i Klinicznej Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, współzałożycielem i przewodniczącym Polskiego Towarzystwa Medycyny Długowieczności.

Mateusz Oczkowski

Edukacja społeczeństwa to inwestycja w solidnego partnera do dialogu

„Kiedy rozmawiam z osobami spoza środowiska zaangażowanego w kwestie związane z finansowaniem systemu ochrony zdrowia czy też z obszarem refundacyjnym, to nadal ogólny poziom wiedzy społeczeństwa jest w tym zakresie znikomy. Widzę tutaj duże pole do działania dla mediów” — zauważa Mateusz Oczkowski.

Łączy pan pracę w resorcie zdrowia jako zastępca dyrektora Departamentu Polityki Lekowej i Farmacji z funkcją przewodniczącego Komisji Ekonomicznej. Jak z tej perspektywy ocenia pan szanse na usprawnienie procesu refundacyjnego w kraju?
Nieustannie dążymy do tego, aby usprawniać procesy refundacyjne, zarówno na poziomie departamentu, jak i Komisji Ekonomicznej. W tym obszarze mamy już znaczną poprawę, co możemy zaobserwować na podstawie obiektywnych mierników:

- średni czas procedowania wniosków refundacyjnych dla innowacyjnych terapii na przestrzeni ostatniego roku skrócił się o 140 dni, a porównując to do okresu sprzed 4 lat aż o 400 dni.
- odsetek pozytywnych uchwał Komisji Ekonomicznej w ciągu ostatnich 12 miesięcy wzrósł z 63 proc. do 86 proc., w tym dla nowych innowacyjnych terapii z 9 proc. do 30 proc.

Dzięki zredukowaniu liczby tur negocjacyjnych, wprowadzeniu zmian w strategii przygotowania merytorycznego, wykorzystujących współpracę Departamentu i Komisji, oraz ograniczeniu liczby ewentualnych tur negocjacyjnych z ministrem zdrowia, jesteśmy w stanie przekonać wnioskodawców do przeniesienia faktycznych negocjacji na poziom Komisji, która do tego właśnie celu została przecież powołana. Wcześniej, można powiedzieć, że był to etap jałowy, zwłaszcza w przypadku leków innowacyjnych, a realne negocjacje, często długie i wieloetapowe, odbywały się na poziomie ministra zdrowia.

Przywrócenie Komisji roli negocjatora oraz zmiana jej oblicza pozwalają na istotne usprawnienie procesów refundacyjnych. Oczywiście nie spoczywamy na laurach. Kolejnym krokiem będzie wprowadzenie szybkiej nowelizacji ustawy refundacyjnej (SZNUR), która już na etapie opracowywania konsultowana była z interesariuszami systemu, aby wykorzystać wiedzę i spostrzeżenia każdej ze stron, a także zaadresować zidentyfikowane w aktualnych regulacjach problemy.

Powstała pierwsza lista leków o ugruntowanej skuteczności. Czy ten mechanizm będzie skuteczny i jakie inne ułatwienia w procesie refundacyjnym uważa pan za niezbędne?
Jak najbardziej jestem optymistą, jeśli chodzi o listę leków o ugruntowanej skuteczności. Upatruję tutaj bardzo dużej zachęty, szczególnie dla producentów leków generycznych i biopodobnych, dla których koszty związane ze złożeniem wniosków z pełnymi analizami HTA często stanowią barierę. Lista będzie się rozwijać o kolejne obszary, mamy już w tym zakresie zaplanowane działania w obszarze onkologii, hematoonkologii, gastroenterologii czy ginekologii.

Jeśli chodzi o dalsze usprawnienia, to na podstawie naszych doświadczeń uznaliśmy, że warto przewidzieć w ustawie nową możliwość, mianowicie wezwanie wnioskodawcy przez ministra zdrowia do złożenia wniosku refundacyjnego. Finalną decyzję pozostawimy firmie, natomiast będzie to stanowić jasny sygnał, że resort widzi potrzebę refundacji danej technologii. Przewidziane są wówczas zachęty, np. gwarancja przeprowadzenia procesu w skróconym terminie oraz zmniejszony koszt wykonania analizy weryfikacyjnej.

Po doświadczeniach z listą leków o ugruntowanej skuteczności w zakresie kardiologii myślę, że to rozwiązanie ma szansę stać się prawdziwym „gamechangerem” i dać ministrowi zdrowia realną możliwość kreowania polityki lekowej w zakresie technologii, a nie tylko bierne oczekiwanie latami na złożenie wniosku refundacyjnego. To pomoże zwiększyć możliwości rozszerzania dostępu refundacyjnego do terapii dla polskich pacjentów.

Często uczestniczy pan w debatach, kongresach, podczas których wyjaśnia zawiłości systemu refundacyjnego. Co jest dla pana największym wyzwaniem w tej roli?
To prawda, mam przyjemność uczestniczyć w debacie publicznej podczas wielu wydarzeń. Traktuję to jako okazję do poznania innych punktów widzenia, zebrania spostrzeżeń i potrzeb zarówno od pacjentów, jak i środowiska lekarskiego, co następnie możemy przekuwać w dalszą poprawę systemu i dostępu do leków. Mam wtedy również możliwość wyjaśnienia pewnych uwarunkowań i przytoczenia danych, podzielenia się postępami, z czego chętnie korzystam.

Stąd zapewne to wyróżnienie. Nie ukrywam, że wyzwaniem dla mnie jako osoby skupionej na merytoryce, która nie jest i nigdy nie była politykiem, jest właściwe przekazanie intencji stojących za naszymi działaniami. Niejednokrotnie zdarza mi się używać skrótów myślowych, które być może, wyrwane z kontekstu z uwagi na ograniczony czas przeznaczony na wypowiedź, dla osób niezaangażowanych w sprawy systemowe i nieświadome ograniczeń regulacyjnych bądź budżetowych mogą być niezrozumiałe. I w konsekwencji odebrane inaczej niż autor miał na myśli.

Jednak najważniejszym wyzwaniem jest niejednokrotnie wczucie się w rolę danego interesariusza i patrzenie jego oczami na system ochrony zdrowia w Polsce. Myślę, że po latach pracy w Ministerstwie Zdrowia śmiało mogę powiedzieć, że jedyne, co jest pewne, to zmiana, a najgorsze, co można zrobić, to stanąć w miejscu. Natomiast należy podjąć każde wyzwanie i nie poddawać się, bo przecież cel jest jasny — poprawa dostępu do opcji terapeutycznych dla polskich pacjentów.

Czy media zdają egzamin z przekazywania społeczeństwu informacji o tym, jak wygląda finansowanie leków i z czego wynikają pewne ograniczenia w dostępności do nich?
Muszę przyznać, że obserwuję postęp i jest coraz lepiej. Jednak kiedy rozmawiam z osobami spoza środowiska zaangażowanego w kwestie związane z finansowaniem systemu ochrony zdrowia czy też z obszarem refundacyjnym, to nadal ogólny poziom wiedzy społeczeństwa jest w tym zakresie znikomy. Widzę tutaj duże pole do działania dla mediów. Edukacja społeczeństwa to inwestycja w solidnego partnera do dialogu, który ostatecznie będzie beneficjentem działań. Bardzo ważne jest, by przekazywać rzetelne, zweryfikowane informacje w prosty, zrozumiały sposób — to sztuka.

Co, według pana, było najważniejszym wydarzeniem w obszarze polityki lekowej 2024 r.?
W 2024 r. działo się bardzo dużo. Zmierzyliśmy się z funkcjonowaniem procesów refundacyjnych w reżimie nowych przepisów prawnych po nowelizacji z 2023 r. Objęliśmy refundacją lub poszerzyliśmy zakres wskazań dla 135 nowych terapii, przeprowadziliśmy 4,5 tys. spotkań negocjacyjnych, wydaliśmy ponad 6 tys. decyzji refundacyjnych.

W ramach ustawy o refundacji, wprowadzającej bezpieczeństwo lekowe Polski, opublikowane zostały dwie dedykowane temu listy. Pierwsza liczy 605 pozycji i dotyczy leków wytwarzanych na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej albo takich, do których wytworzenia wykorzystano substancję czynną wytworzoną na terytorium RP. Druga lista, licząca 37 pozycji, dotyczy leków całkowicie wytwarzanych w Polsce.

Bardzo ważną rzeczą było zainicjowanie procesu legislacyjnego szybkiej nowelizacji ustawy refundacyjnej. Opracowaliśmy propozycję automatyzacji wyznaczania refundacji, będącą odpowiedzią na postulaty środowiska lekarskiego. Powstał też raport Zespołu ds. preskrypcji recept, który stanowi punkt wyjściowy do kompleksowej ustawy o receptach. Można by wymieniać dalej...

Nie chciałbym wartościować tych wydarzeń. Wszystkie są bardzo istotne i potrzebne. Nie byłoby to możliwe bez mojego wspaniałego zespołu refundacyjnego, z którego jestem dumny i wielowymiarowa praca z nim jest dla mnie zaszczytem. Nie zamierzamy zwalniać tempa i liczę, że za rok będziemy mogli się pochwalić kolejnymi osiągnięciami.

Rozmawiała Katarzyna Lisowska

> W 2024 r. wydaliśmy ponad 6 tys. decyzji refundacyjnych.

Mgr farm.
Mateusz Oczkowski
jest zastępcą dyrektora Departamentu Polityki Lekowej i Farmacji Ministerstwa Zdrowia i przewodniczącym Komisji Ekonomicznej.

Arkadiusz Pilarz

Bieg po Nowe Życie trwa już 14 lat

„Transplantologia jest bardzo „delikatną” dziedziną medycyny, bardzo wrażliwą na różne sytuacje społeczne. Dlatego wszystkie działania na jej rzecz należy odpowiednio dopasowywać i przekazywać opinii społecznej w profesjonalny i nowoczesny sposób” — twierdzi Arkadiusz Pilarz, współtwórca i dyrektor Biegu po Nowe Życie.

Bieg po Nowe Życie to promująca transplantologię inicjatywa, która jest afirmacją życia i pomagania. Zatacza coraz szersze kręgi, dziś „biegnie się” nie tylko w mieście Wisła, ale pojawiają się też nowe inicjatywy. Jak to wszystko się zaczęło?
Bieg po Nowe Życie powstał na kanwie historii Przemysława Salety, który oddał nerkę swojej córce Nicole. To właśnie zdarzenie było początkiem tego projektu. Pierwotnie miało to być jednorazowe spotkanie osób po przeszczepieniu narządu z osobami znanymi ze świata sportu, muzyki czy filmu. Jednak po pierwszej, bardzo udanej edycji w 2011 r. podjęliśmy decyzję, że przygotujemy kolejne spotkania. Po czterech edycjach w Wiśle zawitaliśmy do stolicy i to właśnie Warszawa dołączyła do projektu na stałe.

Dzisiaj fundamentem Biegu po Nowe Życie, jako całorocznego projektu wsparcia polskiej transplantologii, są dwa wydarzenia. Na wiosnę spotykamy się w Wiśle, a jesienią wspieramy transplantologię w Warszawie. Bieg po Nowe Życie rozbudowaliśmy o kilka ważnych projektów towarzyszących.

Forum Młodych: „Bo nowe jest nadzieją”, czyli spotkanie z młodzieżą szkół ponadpodstawowych, odbyło się już w Gdańsku, Szczecinie, Katowicach i Warszawie. Projekt Transplantologia na „6” zawitał do szkół na Śląsku i Mazowszu. Łącznie w tych dwóch projektach spotkaliśmy się już z ponad 20 tys. młodych ludzi. Projekt „Zwykła karta — Niezwykły dar” pojawił się na ponad 60 największych wydarzeniach sportowych w całej Polsce, gdzie rozdaliśmy więcej niż 200 tys. świadectw woli. Prowadzimy również projekty: „Mamy w sobie niejedno życie” i Galę polskiej transplantologii Drugie Życie czy portal transplantologia.info.

Jak ważne jest spotkanie lekarzy i pacjentów?
Moim zdaniem, to bardzo ważna część edukacyjna projektu. Te spotkania są żywym świadectwem, że transplantologia ratuje życie. Jesteśmy w stanie podczas takiego spotkania „udowodnić”, że to, co na co dzień robią transplantolodzy i koordynatorzy transplantacyjni, ma konkretny, ludzki wymiar. Że osoby, które dostają drugie życie, pięknie z tego daru korzystają: wracają do pełnej sprawności, do aktywności fizycznej, zawodowej i, co ważne, do pełni życia rodzinnego. Że panie po przeszczepieniu rodzą dzieci, osoby wracają do pracy, prowadzą swoje działalności zawodowe, cieszą się pełnią życia. To najlepszy dowód, że transplantologia przynosi wymierne efekty.

Fot. archiwum

Arkadiusz Pilarz
współtwórca i dyrektor Biegu po Nowe Życie.

Kto zasila szeregi biegaczy? Ciągle dołączają nowe grupy, np. młodzież szkolna. Lekcja o zdrowiu w terenie?
Staramy się cały czas „pracować” z tym projektem. Bieg po Nowe Życie trwa już 14 lat. Dużo w tym czasie się zmieniło, również w transplantologii, ale też, a może przede wszystkim w normalnym życiu. Staramy się być aktywni, czujni na te zmiany i dopasowywać przekaz do aktualnej sytuacji społecznej. Moim zdaniem, transplantologia jest bardzo „delikatną” dziedziną medycyny, bardzo wrażliwą na różne sytuacje społeczne. Dlatego wszystkie działania na jej rzecz należy odpowiednio dopasowywać i przekazywać opinii społecznej w profesjonalny i nowoczesny sposób.

Pracę z młodzieżą rozpoczęliśmy podczas Biegu po Nowe Życie 2 lata temu, zapraszając 18-latków z 18 szkół, z 18 śląskich miast. W stolicy zaprosiliśmy 18-latków z 18 szkół, z 18 dzielnic Warszawy. To był początek, choć nie ukrywam, że chcieliśmy pracować z młodymi ludźmi już znacznie wcześniej, ale COVID-19 pokrzyżował nam plany. To właśnie młodzi ludzie wchodzący w dorosłość są przyszłością, również transplantologii. To oni będą budować świadomość całego społeczeństwa, stąd zaproszenie ich do sztafety, jako zmiana numer 4.

Rok 2024 okazał się w Polsce rekordowy pod względem przeszczepień narządów od zmarłych dawców. Dzięki transplantacji 2197 narządów szansę na nowe życie otrzymało 2151 pacjentów. Łącznie z narządami od żywych dawców przeprowadzono 2258 przeszczepień.

Czy to znaczy, że meta Biegu po Nowe Życie jest blisko?
Ten świetny wynik dokonanych przeszczepów bardzo nas cieszy. Ewidentnie czujemy, że od dwóch lat coś zmienia się w polskiej transplantologii. Jeszcze dwa lata temu tylko marzyliśmy, aby zwiększyć wynik do 2000 uratowanych w ciągu roku osób, a teraz jest ich już 2258! Po wielu rozmowach z transplantologami, koordynatorami transplantacyjnymi we wszystkich ośrodkach transplantacyjnych w Polsce mamy nadzieję, że już jesteśmy gotowi na 3000 uratowanych osób dzięki transplantacji narządów każdego roku. Ten bardzo dobry wynik nie zwalnia nas z pracy edukacyjnej. Przecież na liście Poltransplantu, liście osób oczekujących na przeszczep, jest nadal prawie 2000 osób.

> **Nasze spotkania — lekarzy i pacjentów — są żywym świadectwem, że transplantologia ratuje życie. Udowadniamy, że to, co na co dzień robią transplantolodzy i koordynatorzy transplantacyjni, ma konkretny, ludzki wymiar.**

Kim jest Arkadiusz Pilarz prywatnie, gdy kończy się kolejny „Bieg”?
W takim całorocznym projekcie jak Bieg po Nowe Życie nie ma początku i końca. W działaniu wspólnie z moim zespołem jestem przez cały rok. Prywatnie pasjonuje mnie Życie. I to takie przez duże „Ż”. Pasjonuje mnie piękne, dobre życie, życie w harmonii i spokoju. Jestem spełnionym mężczyzną: synem, mężem i ojcem.

Od wielu lat pasjonuje mnie oddech. Oddech jako coś więcej niż „tylko” wdech i wydech. Świadomy oddech ulepsza nasze życie, rozluźnia nasze napięcia i ograniczenia psychiczne. Dzięki niemu wzrastamy do pełnego, lepszego Życia. I wreszcie oddech pozwala na poszerzenie świadomości i wzrost rozumienia siebie, a to z kolei pozwala na stworzenie nowych ścieżek reagowania na pojawiające się w życiu sytuacje.

Od zawsze jestem aktywny. Kocham ten stan bycia w działaniu, realizuję się w nim. Czuję, że właśnie do tego zostałem stworzony. Spacery po górach, pływanie, jazda na rowerze, a jeszcze do niedawna triathlon, narty czy nurkowanie to tylko kilka z moich aktywności życiowych.

Rozmawiała Małgorzata Konaszczuk

Laureaci poprzedniej edycji w kategorii Promotor wiedzy

Wojciech Falęcki

Agata Łapińska-Smolińska

Jakub Kosikowski

LISTA 100 2023

MEDIBAS
PROFESJONALNE ŹRÓDŁO WIEDZY MEDYCZNEJ

Poznaj **MEDIBAS** już dziś – zarejestruj się i skorzystaj ze specjalnej oferty dla nowych użytkowników.

medibas.pl

1 Izabela Leszczyna

Wierzę, że wszystko, co jest dobre dla pacjenta i systemu, zdołam wprowadzić

Lubię takie powiedzenie Einsteina: „Wszyscy wiedzą, że czegoś nie da się zrobić, i przychodzi taki jeden, który nie wie, że się nie da i to robi". Czasem myślę, że wchodząc w system ochrony zdrowia, byłam kimś takim, co nie wie, że się nie da" — przyznaje w szczerej rozmowie minister zdrowia Izabela Leszczyna.

Fot. Archiwum

Izabela Leszczyna

— minister zdrowia (od grudnia 2023 r.), wiceminister finansów w latach 2013-2015. Posłanka do Sejmu RP od 2007 r., wiceprzewodnicząca Platformy Obywatelskiej

W 2024 r. udało się wprowadzić kilka ważnych zmian do systemu ochrony zdrowia, które uważa pani za najważniejsze?
Z pewnością pakiet rozwiązań „Świadoma, bezpieczna ja". Jest prokobiecy, wzmacnia poczucie bezpieczeństwa zdrowotnego Polek, zawiera m.in. najlepszy w Europie program in vitro. Dzięki niemu przyszły na świat już trzy dziewczynki, przez pół roku doczekaliśmy się ponad 9 tys. ciąż, mamy szansę na dodatkowe kilkanaście tysięcy dzieci rocznie. To jest coś nieprawdopodobnego, żeby nie powiedzieć cud — nie tylko dla tych par, ale także w kontekście demografii. W programie zadbaliśmy też, by osoby, które muszą przejść terapie onkologiczne, po ich zakończeniu miały szansę zostać rodzicami.

Gdy mówimy o rodzeniu dzieci, warto przypomnieć, że jednym z celów projektu „Świadoma, bezpieczna ja" było zapewnienie szerszego dostępu do znieczulenia przy porodzie. Już widzimy, że liczba tych świadczeń dynamicznie rośnie. To z pewnością efekt tego, że szpitale, które zwiększają odsetek znieczuleń, otrzymują gratyfikację finansową. Myślę jednak, że wcale nie mniejsze znaczenie ma to, że dużo o tym mówiliśmy. Dziś świadomość kobiet dotycząca możliwości łagodzenia bólu porodowego jest o wiele większa. To bardzo ważne, by Polki nie bały się rodzić. Dziś mogą

> **To bardzo ważne, by Polki nie bały się rodzić. Dziś mogą też przestać się bać zachodzić w ciążę, ponieważ bez ograniczenia wieku mają dostęp do badań prenatalnych, a w razie potrzeby także możliwość leczenia dziecka przed jego narodzinami.**

też przestać się bać zachodzić w ciążę, ponieważ bez ograniczenia wieku mają dostęp do badań prenatalnych, a w razie potrzeby także możliwość leczenia dziecka przed jego narodzinami.

Wśród pozytywnych dokonań warto również wymienić dostęp do antykoncepcji awaryjnej. Mam świadomość ułomności obecnych rozwiązań z powodu weta prezydenta, ale jednak w sytuacji naglącej, młode kobiety mogą taką tabletkę kupić. I w końcu: wprowadzenie szczepień przeciw HPV do szkół. Da to efekt w postaci uwolnienia kolejnych pokoleń Polek i Polaków od bardzo groźnych nowotworów: raka szyjki macicy czy raka głowy i szyi. Wierzę, że ten program będzie wchodził do szkół coraz szerzej i kiedyś obejmiemy nim wszystkie dzieci. To także Wytyczne dotyczące terminacji ciąży, one zwiększają nie tylko bezpieczeństwo kobiet, ale także lekarzy.

Muszę zapytać o to, czego najbardziej pani żal, czyli o te z planowanych zadań, których nie udało się zrealizować.
Czyli o to, co mnie boli najbardziej. Oczywiście to fakt, że nie udało mi się w ubiegłym roku przeprowadzić ustawy o ratowaniu szpitali powiatowych, o przekształcaniu ich w taki sposób, żeby odpowiadały rzeczywistym potrzebom zdrowotnym mieszkańców. Czekają na nią starostowie i dyrektorzy szpitali, jest bardzo potrzebna i muszę doprowadzić do jej uchwalenia.

To jest priorytet na ten rok?
Zdecydowanie. Zmieniłam trochę podejście, bo widzę, że duże zmiany budzą opór i strach. Dlatego reformę szpitali zamierzam przeprowadzić w kilku krokach. Mamy już gotową ustawę, która wkrótce zostanie poddana kolejnym już konsultacjom. Ponieważ dwie wcześniejsze odsłony tej reformy były już konsultowane i opiniowane, obecne przepisy ustawy będą miały szybszą ścieżkę. W treści nie ma żadnych kontrowersyjnych przepisów, wobec tego liczę, że uda się przekazać ją do Sejmu w pierwszym kwartale tego roku.

Resort zdrowia ma szerokie pole działania: kształcenie medyków, organizacja systemu, dostęp do lekarzy, finansowanie świadczeń, polityka lekowa, digitalizacja... Który zakres działania jest dziś priorytetowy?
Trudne pytanie. Gdy zdecydowałam się przyjąć propozycję premiera i zostać ministrem zdrowia, miałam świadomość, że otoczy mnie gąszcz spraw trudnych, przez lata nierozwiązywanych problemów. Zdawałam sobie sprawę, że nie sposób będzie zająć się wszystkim i wszystko naraz naprawiać. Postanowiłam więc skupić się na jednej ważnej rzeczy, na problemie, który naprawdę rozwiążę. Chciałam, by była to onkologia, bo nowotwory wciąż są jednym z głównych powodów zgonów i w tym obszarze wciąż jest wiele do zrobienia. Mamy świetne terapie lekowe i coraz lepszy sprzęt pozwalający mniej inwazyjnie usuwać nowotwory, ale organizacja całego procesu diagnostyczno-terapeutycznego, niestety, jest ciągle „w lesie".

Moi poprzednicy wprawdzie przygotowali ustawę o Krajowej Sieci Onkologicznej, ale nie zrobili nic więcej, a sama ustawa nie zmienia rzeczywistości, zresztą okazało się, że ma szereg błędów. Musieliśmy ją szybko poprawić, żeby pacjenci nie zostali z dnia na dzień bez terapii onkologicznych. Teraz od niemal roku, wspólnie z Narodowym Instytutem Onkologii i Krajową Radą Onkologiczną, wdrażamy ustawę w życie.

Choć postanowiłam, że onkologia będzie priorytetem, szybko przekonałam się, że w praktyce nie można skupić się tylko na niej, bo system ochrony zdrowia to bardzo wiele bardzo ważnych problemów i wiele z nich jest priorytetowych, w dodatku są jak naczynia połączone. Dążąc do zmian w jednym obszarze, musimy reformować wszystkie.

Chcąc poprawić stan onkologii, musimy zachęcić młodych lekarzy do tej trudnej, ale niezwykle rozwojowej, specjalizacji, czyli działać w obszarze kadr. W sieci onkologicznej bardzo ważne jest działanie e-konsylium, dzięki któremu każdy pacjent, w najdalszym zakątku Polski, będzie miał możliwość eksperckiej konsultacji. Jest to możliwe dzięki przesyłaniu poprzez systemy informatyczne wyników badań radiologicznych czy patomorfologicznych, a to sfera cyfryzacji. Bez e-rejestracji nie uda się zmniejszyć kolejek do świadczeń, w tym do lekarzy specjalistów, a to sfera organizacji systemu.

Odpowiedź na pytanie o priorytety brzmi: na pewno onkologia, skrócenie kolejek do lekarzy specjalistów, reforma sieci szpitali, ale żeby to osiągnąć, trzeba zająć się wszystkim.

Pani poprzednicy skupiali się na kadrach: ich finansowaniu i próbach odbudowy zasobów. Pacjenci jednak oczekują, że to oni będą w centrum zainteresowania resortu zdrowia. Co zamierza im pani zaoferować, by faktycznie tak się czuli?
Właśnie po to odwracamy piramidę świadczeń. Chcemy postawić system na nogi, aby jego podstawą były POZ-y, a nie szpitale. W podstawowej opiece zdrowotnej pacjent ma mieć możliwość leczenia chorób przewlekłych według określonej przez specjalistę terapii. Musimy przesunąć pacjentów z lecznictwa szpitalnego na niższe poziomy opieki, gdzie leczenie jest tańsze i bardziej przyjazne dla pacjenta, bo blisko domu. Oddziały szpitalne i świadczenia, jakie oferują, musimy dostosować do lokalnych potrzeb mieszkańców, co zapewni placówkom stabilne finansowanie, a pacjentom lepszy dostęp do opieki medycznej.

System trzeba tak przeorganizować, żeby pacjenci nie tkwili w kolejkach miesiącami. One tworzą się z kilku powodów i nie na wszystkie mamy wpływ, ale co najmniej dwa problemy możemy rozwiązać. Tylko ok. 15 proc. oczekujących na wizytę w AOS to pacjenci pierwszorazowi. Na przykład na wizytę u kardiologa czeka się kilka miesięcy, ale 85 proc. chorych to pacjenci, którzy są trzeci, czwarty, a nawet dziesiąty raz, bo przychodzą, np. po przedłużenie recepty. Takie wizyty mogłyby odbywać się w gabinecie lekarza rodzinnego, co zdecydowanie skróciłoby kolejki do specjalistów.

W 2024 r. odbyło się 87 mln wizyt u specjalistów w publicznym systemie ochrony zdrowia. To statystycznie oznacza, że każdy Polak, nawet ten, który dopiero przyszedł na świat, był w ciągu roku ponad dwa razy u lekarza specjalisty, a NFZ zapłacił za każdą wizytę.

Wprowadzamy mechanizm, który będzie motywował przesuwanie części pacjentów do POZ-ów i mobilizował lekarzy specjalistów do przyjmowania większej liczby pacjentów pierwszorazowych. Taka zmiana jest konieczna, aby system mógł zapewnić opiekę starzejącemu się społeczeństwu, bo to kolejny powód rosnącej liczby wizyt u specjalistów. Tego nie powstrzymamy, ale możemy poradzić sobie z nieodwołanymi wizytami, a na pewno je ograniczyć. Do tego potrzebujemy centralnej e-rejestracji. To też zadanie na ten rok. Zakładam, że do końca 2025 wszystkie podmioty lecznicze, które udzielają ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w zakresie kardiologii, będą musiały wejść do systemu elektronicznej rezerwacji wizyt. Jeśli tego nie zrobią, nie będą mogły realizować kontraktu z NFZ. Jestem przekonana, że rok pilotażu to wystarczający czas, żeby przygotować się do tego. W dodatku mamy środki, by wesprzeć poradnie w procesie integracji systemów informatycznych.

Mierzenie się z tak wieloma wyzwaniami to nie jest zadanie dla jednego zawodnika, a dla zespołu. Jak pani dobiera współpracowników, co szczególnie w nich ceni?
Osoby, z którymi pracuję, muszą lubić ludzi — to podstawa. Muszą być przyzwoite, lojalne i umieć pracować w zespole w taki sposób, by dzielić się swoimi pomysłami, ale też być otwartymi na rozwiązania innych osób.

Nie mogą też bać się zmian i myślenia, które łamie stereotypy i interesy korporacyjne. W Ministerstwie Zdrowia mamy mnóstwo różnych interesariuszy, ale musimy zawsze stawiać pacjenta w centrum uwagi.

Lubię takie powiedzenie Einsteina: „Wszyscy wiedzą, że czegoś nie da się zrobić, i przychodzi taki jeden, który nie wie, że się nie da i to robi". Czasem myślę, że wchodząc w system ochrony zdrowia, byłam kimś takim, co nie wie, że się nie da. Nie wiedziałam i nadal nie chcę zaakceptować tego, że pewnych rzeczy podobno nie da się zmienić, kiedy wiem, że byłoby to dobre dla pacjenta.

Pytanie na koniec: Ministerstwo Finansów czy Ministerstwo Zdrowia — kierowanie którym z urzędów jest trudniejsze?
Chyba jednak trudniejsze jest Ministerstwo Zdrowia. Jeden z moich przyjaciół powiedział mi: „Iza, nie bierz tego, bo ludzie zawsze chorowali, chorują i będą chorować. Wtedy cierpią, są wkurzeni i źli. To wszystko spadnie na ciebie". I trochę tak jest.

> **Odwracamy piramidę świadczeń. Chcemy postawić system na nogi, aby jego podstawą były POZ-ty, a nie opieka specjalistyczna i szpitale. W podstawowej opiece zdrowotnej pacjent ma mieć możliwość leczenia chorób przewlekłych według określonej przez specjalistę terapii.**

Ministerstwo Finansów jest niezwykle skomplikowane, bo zarządza budżetem całego państwa, ale do Ministra Finansów nie przychodzą cierpiący ludzie. Tam decyduje się o ogromnych pieniądzach, ale wielkie liczby są abstrakcyjne, nie dotykają wprost cierpienia ludzi, z którym tu stykamy się na co dzień.

W resorcie zdrowia każda decyzja jest obarczona właśnie takim ciężarem gatunkowym. Czasem dajemy komuś nową terapię lekową, czyli szansę na życie, a czasem nie jesteśmy w stanie tego zrobić, bo żaden system ochrony zdrowia na świecie nie jest w stanie zapewnić wszystkim pacjentom wszystkich potrzebnych terapii.

Rozmawiała Katarzyna Lisowska

2 Agnieszka Mastalerz-Migas

Fundusze europejskie pozwolą doposażyć przychodnie POZ

„W systemie ochrony zdrowia mamy nieustanne pasmo wyzwań, a w tym roku wciąż dominują: reforma systemu, kolejki w AOS, odwracanie piramidy świadczeń, profilaktyka. Wszystkim towarzyszy obecnie obawa o stan finansów NFZ. Na pewno ważnymi zadaniami w 2025 r. będą reforma szpitalnictwa i wydatkowanie pieniędzy z KPO" — twierdzi dr hab. Agnieszka Mastalerz-Migas, krajowa konsultant w dziedzinie medycyny rodzinnej.

Jak rozwija się w Polsce model opieki koordynowanej w POZ? Jaki jest postęp we włączaniu podmiotów do tego systemu i plany na jego rozszerzanie?
Według danych NFZ na koniec stycznia 2025 r., opiekę koordynowaną (OK) realizują 2504 placówki POZ, to jest 42 proc. świadczeniodawców, którzy zapewniają dostęp do tej formy opieki 52 proc. populacji w Polsce. Kolejni świadczeniodawcy ciągle przystępują do tego projektu, choć progres jest trochę wolniejszy niż rok temu. Potrzeba teraz wsparcia edukacyjnego, organizacyjnego i przede wszystkim zapewnienia stabilnego, wzrastającego finansowania (wynikającego z obejmowania opieką nowych pacjentów i świadczenia dalszej już zgłoszonym), aby kolejne podmioty decydowały się na realizację opieki koordynowanej.

Co do jej rozszerzenia, to — w opinii mojej i wielu ekspertów — w pierwszej kolejności należy umożliwić dostęp do jej świadczeń pacjentom z otyłością, ponieważ jest to ok. 9 mln osób, dla których obecnie nie ma żadnych rozwiązań systemowych.

Pracujemy także nad koordynacją opieki kardiologicznej, uwzględniając zarówno rozwój modelu opieki koordynowanej w POZ, jak i Krajowej Sieci Kardiologicznej. Będziemy też rozwijać koordynowaną opiekę nad pacjentami onkologicznymi, aby lekarze rodzinni mogli bezpiecznie prowadzić ich po leczeniu onkologicznym.

Obecnie trwają też bardzo intensywne prace nad kompleksową profilaktyką w postaci bilansów zdrowia dorosłych. To też jest elementem opieki koordynowanej: od edukacji, profilaktyki, badań przesiewowych, poprzez wczesne wykrycie schorzeń, do skutecznego leczenia i kompleksowej opieki.

Współpracowała pani przy opracowaniu kryteriów dofinansowania placówek POZ z programu Funduszy Europejskich na Infrastrukturę, Klimat, Środowisko (FEnIKS). Czy będzie to znaczące wsparcie dla POZ?
Jest to pierwsze w historii tak duże dofinansowanie placówek POZ. Świadczeniodawcy POZ zazwyczaj byli pomijani przy dofinansowaniu unijnym, m.in. z uwagi na duże rozdrobnienie podmiotów, a zatem kłopotliwość w przyznawaniu i rozliczaniu grantów. Małe placówki POZ też nie ubiegały się o dofinansowanie ze względu na poziom skomplikowania wniosków i rozliczeń.

W przypadku programu FEnIKS mamy maksymalnie uproszczoną procedurę grantową. 1,25 mld zł na sprzęt diagnostyczny, informatyczny oraz prace remontowe to sumarycznie duże środki, choć poszczególne placówki otrzymają granty od 300 tys. do 600 tys. zł — a zatem relatywnie niewielkie, gdy porównać je z dofinansowaniem przyznawanym szpitalom. Wystarczy to jednak na doposażenie placówek POZ, aby zapewnić m.in. lepszą diagnostykę, co będzie na pewno korzystne dla pacjentów.

Wielu ekspertów twierdzi, że lekcja o zdrowiu powinna być przedmiotem obowiązkowym. Jest pani członkiem zespołu, powołanego przez minister edukacji, który przygotował podstawę programową przedmiotu „edukacja zdrowotna". Jak przebiegała ta praca i czy nie jest pani rozczarowana losem tej inicjatywy?
To było kilka miesięcy bardzo intensywnej pracy nad zagadnieniami do podstawy programowej nowego przedmiotu. Było to dla mnie nowe, ciekawe doświadczenie współpracy z Ministerstwem Edukacji Narodowej. Interdyscyplinarny zespół utworzyli świetni, zaangażowani ludzie, którym zależało na stworzeniu nowej jakości w nauczaniu o zdrowiu. Pracując nad tym przedmiotem, zderzyliśmy się z realiami — zarówno szkolnictwa (np. w dyskusjach o tym, kto powinien uczyć tego przedmiotu), jak i polityki (kwestia obowiązkowości). Uważam, że jest to tak ważny przedmiot, że powinien być obowiązkowy.

Mamy ogromny problem z brakiem elementarnej wiedzy społeczeństwa o zdrowiu i o systemie ochrony zdrowia w naszym kraju. Jednocześnie, pełniąc od 5 lat funkcję konsultanta krajowego i pracując dość intensywnie w obszarze zmian systemowych w ochronie zdrowia, mam świadomość, że „kropka nad i" należy do polityków i po etapie prac merytorycznych zawsze następuje decyzja polityczna.

Została pani wybrana na drugą kadencję prezesa ZG Polskiego Towarzystwa Medycyny Rodzinnej (PTMR) — serdecznie gratulujemy! Towarzystwo obchodziło w 2024 r. swój jubileusz. Jakie sukcesy z tej okazji należałoby wymienić?
W ostatnich kilku latach Towarzystwo przeżywa bardzo intensywny rozwój. Realizujemy dużo projektów, dostarczamy lekarzom, pielęgniarkom i całemu personelowi POZ edukację na najwyższym poziomie. Zapewniamy dostęp do najnowszych treści na platformie www.ptmr.info.pl, która w 2024 r. przeszła kompletną metamorfozę. Realizujemy także projekty naukowe i wspieramy w rozwoju tych, którzy marzą o publikacjach i doktoracie, a nie pracują na uczelni. Dajemy możliwości rozwoju zainteresowań. To przyciąga ludzi. Wystarczy powiedzieć, że kiedy obejmowałam funkcję prezesa w 2019 r., PTMR miało niespełna 2 tys. członków, a obecnie jest ich ponad 5200.

Ten wzrost to ogromna zasługa wspaniałego zespołu ludzi, którzy tworzą zarząd główny, zarządy lokalnych oddziałów, a także przewodniczących sekcji tematycznych. Poświęcają oni swój czas, aby *non profit* działać na rzecz PTMR i dzielić się z jego członkami swoją wiedzą, doświadczeniem i zainteresowaniami.

Najciekawsze projekty, jakie warto wymienić, to: Akademia Rezydenta PTMR — projekt edukacyjny przygotowujący do PES, działalność Sekcji Naukowej, która zaowocowała kilkunastoma publikacjami z IF, co przełoży się w najbliższych miesiącach na otwarte przewody doktorskie, a także ogrom edukacji w zakresie opieki koordynowanej. Każdy, kto zaczyna przygodę z OK, wie, że trzeba zajrzeć na stronę PTMR, aby zyskać zakres informacji niezbędny do realizacji. To wreszcie portale www.koordynowana.pl i www.strefaPOZ.pl pod patronatem PTMR, które dostarczają wiedzy merytorycznej i organizacyjnej w zakresie funkcjonowania podstawowej opieki zdrowotnej i opieki koordynowanej. Mogłabym wymieniać jeszcze długo, bo w PTMR praca wre.

Mija 5 lat, odkąd pełni pani funkcję konsultanta krajowego w dziedzinie medycyny rodzinnej. Jak ocenia pani tę kadencję?
Trudno mi uwierzyć, jak szybko minęło 5 lat. To był bardzo intensywny i pracowity czas.

Dwa tygodnie po powołaniu mnie na funkcję konsultanta krajowego (19 lutego 2020 r.) w Polsce pojawił się pierwszy przypadek zakażenia SARS-CoV-2 i poczułam jakbym wsiadła na karuzelę, która zaczęła pędzić jak szalona. Z powodu pandemii wszyscy musieliśmy nauczyć się funkcjonować w zupełnie nowej rzeczywistości, a jako świeżo upieczony konsultant krajowy czułam odpowiedzialność, aby w tym pomóc kolegom z POZ na tyle, na ile to było możliwe.

Podczas tej kadencji powstał też nowy program specjalizacji i konieczna była reakredytacja placówek szkolących do nowego programu.

Przewodniczyłam zespołowi ds. zmian w podstawowej opiece zdrowotnej, który przygotował wdrożenie reformy POZ w postaci opieki koordynowanej i budżetu powierzonego. Następnie zostałam pełnomocnikiem ministra zdrowia ds. wdrożenia OK w POZ, kierując jednocześnie tożsamym zespołem, co trwa do dziś.

Do tego w ostatnim roku doszła praca w: zespole przygotowującym podstawę programową edukacji zdrowotnej, zespole ds. zmian systemowych, zespole ds. profilaktyki w geriatrii, zespole ds. przeciwdziałania otyłości… Medycyna rodzinna i podstawowa opieka zdrowotna to duży i ważny obszar, bardzo interdyscyplinarny, więc trzeba być… wszędzie.

Praca konsultanta krajowego jest pełna wyzwań. Z jednej strony, to funkcja dająca możliwość wpływania na to, co się dzieje w dziedzinie, którą się reprezentuje, ale także ogrom pracy administracyjnej: opiniowanie setek aktów prawnych, spraw, wnioski, odpowiedzi na pisma, udział w posiedzeniach itd., itd... Do tego oczywiście *clou* tej funkcji — nadzorowanie szkolenia specjalizacyjnego, przygotowanie kolejnych sesji Państwowego Egzaminu Specjalizacyjnego. A to wszystko są przecież zadania realizowane dodatkowo, poza codzienną pracą nauczyciela akademickiego i lekarza rodzinnego, sprawy nakładające się na siebie, wypełniające każdy dzień do ostatniej minuty.

Moją ogromną satysfakcją na koniec kadencji jest wzrost znaczenia medycyny rodzinnej i POZ w systemie. Nastąpiła korzystna zmiana w postrzeganiu tej specjalizacji oraz pracy w podstawowej opiece zdrowotnej jako ważnej i potrzebnej. A wśród samych lekarzy rodzinnych i POZ zwiększyła się satysfakcja z wykonywania codziennej pracy dzięki nowym narzędziom, jakie dała opieka koordynowana. To przekłada się także na wzrost zainteresowania tą specjalizacją wśród młodych lekarzy.

Kto był/jest dla pani inspiracją w pracy?
Inspiracją — od zawsze — są dla mnie ludzie, z którymi współpracuję. Mam ogromne szczęście do ludzi. Kieruję kilkoma zespołami współpracowników i to są fantastyczne, mądre, zaangażowane, otwarte osoby, którym „chce się chcieć". Wytwarza się pozytywne sprzężenie zwrotne i tak powstaje energia do działania.

Rozmawiała Małgorzata Konaszczuk

Fot. Marek Wiśniewski

Dr hab. n. med.
Agnieszka Mastalerz-Migas
prof. UMW, jest specjalistką w dziedzinie medycyny rodzinnej, kierownikiem Katedry i Zakładu Medycyny Rodzinnej Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu, prezesem ZG Polskiego Towarzystwa Medycyny Rodzinnej, konsultant krajową w dziedzinie medycyny rodzinnej, pełnomocnikiem ministra zdrowia i przewodniczącą Zespołu ds. wdrożenia opieki koordynowanej w POZ, redaktor naczelną czasopisma „Lekarz POZ".

3 Marek Kos

Dziś wyzwaniem jest zapewnienie bezpieczeństwa lekowego

„W mojej ocenie, Polska i Europa powinny w pewnym stopniu wziąć przykład z Chin, które od 2005 r. konsekwentnie wzmacniały własną, krajową produkcję leków generycznych. Produkcja leków i API powinna wrócić do Europy" — stwierdza wiceminister zdrowia Marek Kos, któremu w resorcie podlega m.in. Departament Polityki Lekowej i Farmacji.

Jakie istotne zmiany przyniósł ubiegły rok w polityce lekowej? Co było dla pana, jako wiceministra odpowiedzialnego za ten obszar, największym wyzwaniem?
Rok 2024 z pewnością nie był dla mnie najłatwiejszy. Wśród wielu obszarów jakie nadzorowałem jako podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia, polityka lekowa stanowi szczególne wyzwanie. Mimo to, oceniam ten rok jako dobry, zwłaszcza patrząc z perspektywy pacjentów i ich dostępu do leczenia. W tym okresie zostało objętych refundacją 135 nowych terapii, co jest bardzo dobrym wynikiem. Wiele nowych, refundowanych leków pojawiło się dzięki temu w onkologii, hematoonkologii czy w farmakoterapii chorób rzadkich.

Niewątpliwie wyzwaniem, zarówno dla mnie, jak i dla wszystkich pracowników Departamentu Polityki Lekowej i Farmacji było sfinalizowanie prac nad tzw. wielkim odnowieniem decyzji refundacyjnych, które ma miejsce regularnie co trzy lata. Wiąże się to z koniecznością podjęcia rozstrzygnięć dla ponad 2 tys. postępowań refundacyjnych, z uwzględnieniem opinii Komisji Ekonomicznej.

1 kwietnia 2024 r. został również opublikowany wykaz leków produkowanych w Polsce. Decyzją Ministerstwa Zdrowia, za leki produkcji krajowej pacjenci płacą o 10 proc. mniej, a za lek produkowany w Polsce z polskich substancji czynnych (API) — o 15 proc. Lista jest stale uzupełniana o nowe pozycje, obecnie znajduje się na niej 605 leków. Cel jest prosty: zmniejszyć obciążenie kosztowe po stronie pacjenta.

Warto też wspomnieć, że w październiku ubiegłego roku przedstawiliśmy pierwszą listę leków o ugruntowanej skuteczności w kardiologii, na której znalazło się 14 preparatów. To realizacja art. 30a ustawy refundacyjnej, który umożliwia podmiotom odpowiedzialnym skorzystanie z szybszej ścieżki refundacyjnej, przeznaczonej dla preparatów, które znajdą się na listach leków o ugruntowanej skuteczności. Najbardziej na tym rozwiązaniu skorzystali pacjenci z diagnozą m.in. migotania przedsionków, niewydolnością serca oraz kobiety w ciąży wymagające leczenia kardiologicznego.

W 2024 r. trwały również wytężone prace zespołu ds. preskrypcji i realizacji recept, które dotyczyły szeroko pojętego usystematyzowania zasad ich wystawiania i realizowania, w tym określania poziomu refundacji. Zniesienie obowiązku określania poziomu refundacji to ważny postulat środowiska lekarskiego. Prace nad tą kwestią trwają i idą w dobrym kierunku.

Na jakim etapie są obecnie prace nad szeroką nowelizacją ustawy refundacyjnej (zwaną SZNUR)? Które z proponowanych rozwiązań są najistotniejsze?
Prace nad tą ustawą trwają, 20 stycznia została ona wpisana do wykazu prac legislacyjnych rządu. Obecnie jesteśmy tuż przed etapem uzgodnień wewnętrznych, następnie przekażemy ustawę do konsultacji międzyresortowych. Mam nadzieję, że zostanie ona przedłożona Komitetowi Stałemu Rady Ministrów w II kwartale tego roku. Chciałbym, aby prace w parlamencie zostały sfinalizowane latem.

Głównym celem SZNUR jest poprawa lub usunięcie błędnych zapisów z poprzedniej dużej nowelizacji ustawy refundacyjnej, która zamiast uprościć pewne procesy, jedynie je skomplikowała. Jednym z rozwiązań, na które czekają przede wszystkim pacjenci i klinicyści, jest umożliwienie ministrowi zdrowia wezwania podmiotu odpowiedzialnego do złożenia wniosku refundacyjnego. Stworzenie artykułu 30a było pierwszym krokiem odejścia od biernego rozpatrywania wniosków refundacyjnych przedkładanych przez firmy farmaceutyczne. Poprawa zapisów pozwoli na realne kreowanie polityki lekowej państwa w zakresie wskazywania obszarów terapeutycznych, którymi jest zainteresowane Ministerstwo Zdrowia, a także pozwoli na elastyczne podchodzenie do wielu nagłych sytuacji, które niejednokrotnie występują w obszarze refundacyjnym.

Ponadto chcemy wprowadzić czwartą kategorię dostępności leków. Brakuje nam w systemie refundacji kategorii pośredniej: między refundacją leków dostępnych w aptece a lekami dostępnymi w programie lekowym. Chodzi przede wszystkim o leki nieonkologiczne, stosowane głównie w reumatologii, dermatologii, neurologii, alergologii, kardiologii. Zamierzamy również wprowadzić w nowelizacji rozwiązania, które skróciłyby czas pomiędzy objęciem terapii refundacją w ramach programu lekowego a jej realnym udostępnieniem pacjentom. Obecnie pomiędzy ogłoszeniem decyzji refundacyjnej a umożliwieniem pacjentom przyjęcia leku upływa nawet kilka miesięcy. Chcielibyśmy, by już w momencie ogłoszenia decyzji producent leku zabezpieczał możliwość jego przekazania ośrodkom prowadzącym programy lekowe, a co za tym idzie pacjentom.

Planujemy również wprowadzenie do oceny leków sierocych analizy wielokryterialnej. To realizacja postulatów środowiska i rekomendacji zawartych w pierwotnej wersji Planu dla Chorób Rzadkich. Mamy nadzieję, że to rozwiązanie usprawni proces refundacyjny dla leków stosowanych w terapii chorób rzadkich.

Koleją kwestią, jaka wymaga poprawy na etapie prac nad SZNUR, jest wpisany do dużej nowelizacji ustawy algorytm dostaw. Dziś firmy deklarują dostawy na znacząco zaniżonym poziomie. Przykładowo, firma, której obrót danym lekiem w 2023 r. wynosił kilkadziesiąt lub kilkaset tysięcy opakowań, deklaruje na 2025 rok dziesięciokrotnie niższe dostawy. To był problem, z którym zetknęliśmy się podczas prac nad tzw. wielkim odnowieniem. Zdaję sobie sprawę z tego, że firmy obawiają się potencjalnych kar za brak realizacji dostaw. Będziemy chcieli poprawić ten algorytm i odejść od stosowania kar w tym wypadku. Kolejną kwestią wymagającą korekty jest zapis o równym podziale leków deficytowych na 10 hurtowni z największym obrotem do aptek w danym roku.

Jakie są priorytety refundacyjne w 2025 r.?
Głównym priorytetem jest utrzymanie tempa refundacji nowych terapii. Już od 1 stycznia wprowadziliśmy do refundacji 31 nowych terapii lekowych, a więc zaczęliśmy bieżący rok z dobrym wynikiem. Obecnie koncentrujemy się nad opracowaniem kwietniowego obwieszczenia refundacyjnego. Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji opracowuje właśnie listę leków o ugruntowanej skuteczności w onkologii. W bieżącym roku wśród priorytetów refundacyjnych znajdą się: gastroenterologia, endokrynologia i ginekologia.

Czy Polska jest dziś bezpieczna lekowo? Co zmieni w tym zakresie prezydencja Polski w Radzie Unii Europejskiej?
Prezydencja Polski w Radzie UE to wielka szansa dla systemu ochrony zdrowia i branży farmaceutycznej, ale jednocześnie duże wyzwanie. Wiele państw „starej" UE, jak np. Dania, posiada rozwinięty przemysł innowacyjny i na jego wspieraniu — poprzez wydłużanie lub utrzymanie okresu wyłączności rynkowej — zależy tym krajom najbardziej. Tymczasem polski przemysł farmaceutyczny opiera się głównie, choć nie tylko, na produkcji leków generycznych. Nam zależy więc przede wszystkim na skróceniu okresu wyłączności.

Trudno dziś powiedzieć, na ile będzie możliwe wypracowanie kompromisu, ale negocjacje nad pakietem farmaceutycznym trwają. Gdyby udało się w czasie polskiej prezydencji dotrzeć do etapu trilogów, byłby to bardzo duży sukces. Po nas prezydencję przejmie Dania, co może mieć też dobre strony, ponieważ będzie wówczas zobligowana do zachowania neutralności — podobnie zresztą jak teraz Polska.

Zdaję sobie sprawę z tego, że krajowi producenci leków oczekują większego niż dotychczas wsparcia, w tym także finansowego. Staramy się w tym zakresie prowadzić szerokie, międzyresortowe rozmowy, ale też zwracać uwagę firm na możliwość pozyskania dofinansowania w ramach grantów z Agencji Badań Medycznych czy Narodowego Centrum Badań i Rozwoju.

Dziś mamy zapewnienie Komisji Europejskiej, że na rozwój sektora farmaceutycznego będą przeznaczone istotne środki finansowe. W ramach programu Fundusze Europejskie dla Nowoczesnej Gospodarki zostanie wyodrębniony program „Pierwszy krok do innowacji — STEP", zapewniający wsparcie finansowe sektorowi biotechnologicznemu oraz produkcji leków ujętych w unijnym wykazie leków krytycznych. Mowa tu o kwocie ponad 900 mln euro. W najbliższym czasie planujemy rozpoczęcie rozmów ze środowiskiem na temat kierunków tego finansowego wsparcia.

Ponadto należy pamiętać o toczących się równolegle pracach nad Critical Medicine Act, którego przyjęcie ma zagwarantować dodatkowe środki finansowe na wsparcie europejskiej branży farmaceutycznej. Polska również może i powinna na tym skorzystać.

Jako Ministerstwo Zdrowia nie możemy też tracić z oczu najważniejszego celu, tj. realnej dostępności leków dla pacjentów. Negocjacje w ramach prezydencji nie będą więc łatwe. W mojej ocenie, Polska i Europa powinny w pewnym stopniu wziąć przykład z Chin, które od 2005 r. konsekwentnie wzmacniały własną, krajową produkcję leków generycznych. Produkcja leków i API powinna wrócić do Europy. Niestety, dziś przeważa trend odwrotny: w 2005 r. 53 proc. API było produkowanych na starym kontynencie, natomiast w 2024 r. już tylko 25 proc.

Które ze spotkań wspomina pan jako szczególnie inspirujące?
Do dziś wspominam spotkanie z trzema matkami dzieci chorujących na achondroplazję. Była to bardzo emocjonalna i niełatwa rozmowa, ale jednocześnie ciągle stanowi dla mnie dużą inspirację w codziennej pracy. Wiem, że to, co robię, robię przede wszystkim dla pacjentów.

Rozmawiała Emilia Grzela

Fot. Piotr Waniorek

Dr n. med.
Marek Kos
jest specjalistą w dziedzinie chirurgii ogólnej i zdrowia publicznego, podsekretarzem stanu w Ministerstwie Zdrowia (od stycznia 2024 r.), w którym nadzoruje wykonywanie zadań przez Departament Bezpieczeństwa oraz Departament Polityki Lekowej i Farmacji, a także nadzoruje działalność m.in. Lotniczego Pogotowia Ratunkowego i Narodowego Instytutu Leków.

4 Beata Jagielska

2024 rok to umocnienie pozycji Instytutu

Minął rok, odkąd dr hab. Beata Jagielska została powołana na stanowisko dyrektora Narodowego Instytutu Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie — Państwowego Instytutu Badawczego w Warszawie. W jej ocenie, był to okres wielu różnych wyzwań, często wymagających podejmowania szybkich decyzji, ale co najważniejsze — w tym czasie umocniła się pozycja Instytutu na arenie międzynarodowej.

„W 2024 r. rozszerzyliśmy współpracę z wieloma ośrodkami, zarówno w kraju, jak i za granicą — z Francji, Danii, Szwecji, Włoch czy USA. Z partnerami ze Stanów Zjednoczonych przygotowujemy i aktualizujemy adaptacje wytycznych National Comprehensive Cancer Network (NCCN) do polskich standardów. Stanowią one podstawę do opracowania kluczowych zaleceń dotyczących organizacji i postępowania klinicznego w nowotworach i są następnie przekazywane wraz z rekomendacjami ministrowi zdrowia przez Krajową Radę Onkologiczną. Zalecenia te są cały czas aktualizowane" — podkreśla dr hab. n. med. Beata Jagielska, pełniąca również funkcję przewodniczącej Rady.

Dr hab. n. med.
Beata Jagielska
jest specjalistką w dziedzinie chorób wewnętrznych, chemioterapii nowotworów oraz onkologii klinicznej, dyrektorem Narodowego Instytutu Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie — Państwowego Instytutu Badawczego w Warszawie, przewodniczącą Krajowej Rady Onkologicznej.

Dyrektor Instytutu jednocześnie przypomina, że opracowanie zaleceń było jednym z tzw. kamieni milowych, umożliwiających pozyskanie przez Polskę środków finansowych z KPO.

Dr hab. Beata Jagielska zaznacza, że praca w ramach Krajowej Rady Onkologicznej stanowi ogromne zobowiązanie wobec całego systemu opieki onkologicznej w Polsce.

„Rada stanowi nie tylko głos doradczy ministra zdrowia. Jest także platformą wymiany doświadczeń, dającą możliwość wsłuchiwania się w głos środowiska — medycznego i pacjenckiego. W ubiegłym roku Krajowa Rada Onkologiczna podjęła dialog z 44 przedstawicielami różnych środowisk — wysłuchała ich uwag, przyjęła przygotowane przez nich projekty. Dało to Radzie możliwość bardzo wnikliwego spojrzenia na wiele problemów środowiska onkologicznego, a także przyjęcia wielu uchwał. Udało nam się podjąć wiele działań organizacyjnych, które poprawiły nie tylko jakość, ale i dostępność do świadczeń zdrowotnych dla pacjentów onkologicznych. Działania podjęte w ramach Rady były dla mnie niezmiernie ważne i zobowiązujące" — podkreśla jej przewodnicząca.

Jednocześnie wskazuje, że wiele z tych działań będzie kontynuowanych w 2025 r., przede wszystkim tych związanych z uruchomieniem Krajowej Sieci Onkologicznej, co ma nastąpić 1 kwietnia.

„Narodowy Instytut Onkologii w Warszawie równocześnie pełni funkcję Krajowego Ośrodka Monitorującego i Wojewódzkiego Ośrodka Monitorującego. Naszym celem jest umocnienie współpracy międzyośrodkowej. Chcemy optymalizować funkcjonowanie wszystkich ośrodków zakwalifikowanych do Krajowej Sieci Onkologicznej. To pierwsza tego typu struktura organizacyjna w polskiej onkologii i na pewno będzie wymagała monitorowania i ciągłej modyfikacji. Będziemy mieli cały rok 2025, aby ją doskonalić i w tym celu ośrodki muszą ze sobą współpracować" — mówi szefowa NIO-PIB w Warszawie, podkreślając, że kooperacja i wymiana doświadczeń jest podstawą Krajowej Sieci Onkologicznej.

Czego dyrektor Beata Jagielska życzy sobie w 2025 roku, zarówno zawodowo, jak i prywatnie?

„Zawodowo życzę sobie dalszej fantastycznej współpracy z moimi współpracownikami z Narodowego Instytutu Onkologii, Krajowej Rady Onkologicznej,

Fot. Archiwum

jak i z ekspertami z wielu innych ośrodków i instytucji. Jest to ogromna wartość dodana i jestem tą współpracą bardzo zaszczycona" — podkreśla.

„Prywatnie życzę sobie i wszystkim innym przede wszystkim zdrowia. Nie ma wątpliwości, że jest to największa wartość. Chciałabym także móc spędzać więcej czasu z moimi uroczymi wnuczkami, ponieważ spotkania z nimi dają mi dawkę energii do dalszych działań" — podsumowuje.

Monika Majewska

Pełna wersja tekstu na www.pulsmedycyny.pl

5 Katarzyna Kacperczyk

KPO szansą na badania, nową jakość leczenia i opieki nad pacjentami

„W 2027 r. pacjenci faktycznie powinni już odczuwać pozytywne zmiany, wynikające z realizacji inwestycji w ramach KPO i wprowadzanych przez Ministerstwo Zdrowia reform" — jest przekonana wiceminister zdrowia Katarzyna Kacperczyk.

W ocenie wiceminister Kacperczyk, rok 2024 był dobry dla systemu ochrony zdrowia. A to za sprawą m.in. uruchomienia środków z Krajowego Planu Odbudowy i Zwiększania Odporności (KPO). Co nie było prostym zadaniem, ponieważ wymagało przejścia przez żmudny proces renegocjacji tego planu.

„W obszarze zdrowia realizację Krajowego Planu Odbudowy po blisko trzech latach zastaliśmy w stanie ogromnych opóźnień. Żaden tzw. kamień milowy nie został zakończony i rozliczony. To nie dotyczyło tylko inwestycji, ale także reform, bez których niemożliwe byłoby uruchomienie wsparcia inwestycyjnego. Nie był to łatwy proces — zresztą samo zdrowie jest trudnym obszarem — ale się udało" — stwierdza wiceminister.

Katarzyna Kacperczyk zaznacza, że obecnie te środki są stopniowo uruchamiane. Wkrótce ponad miliard złotych trafi do podmiotów naukowych i do przedsiębiorstw z przeznaczeniem na inwestycje w sektor biomedyczny. „Niedługo będziemy ogłaszać wyniki w dużych konkursach inwestycyjnych dla szpitali. Szanse, jakie wobec

Fot. Warzywa Piotr

tego stoją przed podmiotami leczniczymi na rozwój, poprawę jakości opieki i dostępności są naprawdę bardzo duże" — przekonuje.

W ocenie wiceminister, nabory w ramach KPO cieszą się bardzo dużym zainteresowaniem, dużo większym niż w poprzednich latach. Na przykład w konkursie na opiekę długoterminową, z alokacją 1,3 mld zł było 187 wniosków. Tyle szpitali wystąpiło o wsparcie finansowe. W konkursie z obszaru onkologii złożono 257 wniosków, a w naborze na wsparcie inwestycyjne w dziedzinie psychiatrii zgłosiło się 156 podmiotów leczniczych. Jak wskazuje wiceszefowa resortu zdrowia, rozstrzygnięcie konkursów to jedno wyzwanie, ale szykuje się kolejne, tj. konieczność monitorowania realizacji tych inwestycji do czasu ich rozliczenia.

„Staramy się wprowadzać w Ministerstwie Zdrowia nowe podejście do sposobu alokacji środków na wsparcie podmiotów leczniczych. Przede wszystkim finansowane inwestycje muszą być spójne ze zmianami i reformami, które wprowadzamy w systemie ochrony zdrowia. Środki inwestycyjne powinny przede wszystkim wspierać reformy wdrażane w tym systemie. Dlatego np. w konkursach na dofinansowanie psychiatrii świadomie alokowaliśmy ponad 4 mld zł na wsparcie realizowanej reformy i tu mamy konkursy dotyczące wszystkich poziomów referencyjnych" — wyjaśnia Katarzyna Kacperczyk.

Zgodnie z nowym podejściem do inwestycji, konieczne jest wspieranie również tych projektów, które będą zabezpieczać potrzeby zdrowotne jak najbliżej pacjenta. „W tym kontekście warto wspomnieć, że w naborach w obszarze onkologii czy w opiece długoterminowej wymagamy jako element inwestycji utworzenie stref komfortu pacjenta, które mogą istotnie poprawić także sytuację chorych w procesie leczenia.

„Liczę, że spójne, systemowe myślenie o inwestycjach i alokowanych środkach będzie wartością dodaną, którą wprowadziliśmy do resortu zdrowia i która będzie zasadą również w przyszłości, zawsze wtedy, gdy wydatkujemy publiczne środki" — komentuje wiceminister zdrowia.

Katarzyna Kacperczyk zaznacza, że ubiegły rok była dla niej samej bardzo pracowity. „Muszę przyznać, że ogrom spraw i pracy, którą musiałam wykonać, oczywiście nie sama, bo z całym zespołem resortu zdrowia, był dla mnie wyzwaniem. Tym bardziej, że ta praca jest obarczona olbrzymim ciężarem odpowiedzialności"— przyznaje.

Jak tłumaczy, każdej podejmowanej tu decyzji towarzyszy duża presja, bo każda ma realny wpływ nie tylko na system, ale przede wszystkim na człowieka. „Myślę, że nie ma takiego drugiego resortu, gdzie to poczucie odpowiedzialności byłoby większe. Ale muszę przyznać, że wraz z tą odpowiedzialnością jest również ogromna satysfakcja. W naszej pracy nie brakuje momentów satysfakcji — właśnie z tej sprawczości, z faktu, że moja praca, praca całego mojego zespołu, chociażby w niewielkim obszarze, może realnie wpłynąć na powstawanie dobrych rozwiązań i inwestycji, które służą i będą służyć pacjentom" — podsumowuje wiceminister Kacperczyk.

Katarzyna Lisowska

Katarzyna Kacperczyk
specjalistka w zakresie stosunków międzynarodowych i nauk ekonomicznych (dyplomacja ekonomiczna), podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia (od stycznia 2024), gdzie odpowiada m.in. pracę Departamentu Oceny Inwestycji oraz Departamentu Współpracy Międzynarodowej.

6 Brygida Kwiatkowska

Reumatologia wkroczyła w okres dynamicznego rozwoju

W ostatnich latach reumatologia rozwija się wyjątkowo dynamicznie, dzięki czemu choroby reumatyczne są coraz sprawniej diagnozowane i skuteczniej leczone.

„Ważne jest to, że postęp, jaki obserwujemy w obszarze reumatologii, nie omija Polski. W minionym roku, dzięki dobrej współpracy środowiska reumatologów z Ministerstwem Zdrowia, udało się znacząco poszerzyć dostęp pacjentów do efektywnego i nowoczesnego leczenia" — podkreśla prof. dr hab. n. med. Brygida Kwiatkowska i wymienia kilka przykładów.

„Pacjenci ze spondyloartropatiami uzyskali w 2024 r. dostęp do terapii bimekizumabem. Poszerzyły się również opcje terapeutyczne dla chorych z toczniem rumieniowatym układowym, którzy mogą już korzystać z anifrolumabu, ludzkiego przeciwciała monoklonalnego z klasy IgG1. Pacjenci, którzy doznali ciężkiego złamania w przebiegu osteoporozy i są w związku z tym obciążeni powstaniem kolejnych złamań niskoenergetycznych, od ubiegłego roku mogą być leczeni pierwszym lekiem z grupy preparatów anabolicznych. Udało się nam także uzyskać refundację tofacytynibu — leku doustnego w postaci tabletek i syropu do terapii młodzieńczego idiopatycznego zapalenia stawów oraz blokera interleukiny 17 stosowanego w dziecięcej postaci łuszczycowego zapalenia stawów" — wylicza prof. Brygida Kwiatkowska.

Prof. dr hab. n. med.
Brygida Kwiatkowska
specjalistka w dziedzinie chorób wewnętrznych i reumatologii, zastępca dyrektora ds. klinicznych Narodowego Instytutu Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji im. prof. Eleonory Reicher, kierownik Kliniki Wczesnego Zapalenia Stawów NIGRiR, krajowa konsultant w dziedzinie reumatologii.

Dodaje jednocześnie, że jako konsultant krajowa w dziedzinie reumatologii stale podejmuje też działania zmierzające do poprawy dostępu do leków off label, wykorzystywanych w terapii twardziny czy tocznia rumieniowatego układowego.

W ocenie ekspertki, korzystnym dla pacjentów zmianom terapeutycznym towarzyszą również te organizacyjne i systemowe.

Zakończyła się faza przygotowawcza programu pilotażowego kompleksowej opieki nad pacjentem z wczesnym zapaleniem stawów (KOWZS). W październiku 2024 r. Narodowy Fundusz Zdrowia ogłosił konkursy dla ośrodków, które chciałyby uczestniczyć w realizacji programu.

„Obecnie przystąpiło do niego 15 ośrodków, część już zaczęła kwalifikować pierwszych pacjentów. Start pilotażu KOWZS to nie tylko zwieńczenie niemal 10-letnich starań środowiska, ale przede wszystkim ogromny przełom dla osób z podejrzeniem chorób zapalnych stawów, bo dzięki programowi będą one kierowane na przyspieszoną ścieżkę diagnostyczną. Co więcej, szeroka diagnostyka, w tym różnicowa, będzie realizowana w warunkach ambulatoryjnych, a lekarze otrzymają wsparcie asystentów opieki, którzy zdejmą z nich przede wszystkim obowiązki biurokratyczne. Na tradycyjną ścieżkę diagnostyki, która nierzadko wymaga również hospitalizacji, będą kierowani jedynie pacjenci bezwzględnie tego wymagający" — mówi prof. Kwiatkowska.

Fot. Archiwum

Dzięki kompleksowemu podejściu terapeutycznemu pacjenci uzyskają w jednym ośrodku nie tylko opiekę reumatologa, ale także możliwość konsultacji z innymi specjalistami, np. endokrynologiem, pulmonologiem, psychologiem czy dietetykiem. Konsultacje te zostaną odrębnie sfinansowane przez NFZ, co także dla ośrodków będzie korzystnym rozwiązaniem. „Ośrodki realizujące pilotaż i zapewniające pacjentom opiekę odpowiedniej jakości, otrzymają od Funduszu finansową premię. Na gratyfikację będą mogły liczyć m.in. placówki, w których pacjenci w określonym przedziale czasowym uzyskają remisję lub niską aktywność choroby" — wskazuje prof. Kwiatkowska.

Jednym z kluczowych wyzwań zdrowotnych w obszarze reumatologii pozostaje osteoporoza. Szacuje się, że w Polsce choruje na nią ponad 2 mln osób po 50. roku życia, a jedynie ok. 10 proc. pacjentów z jawną chorobą jest objętych leczeniem. Liczba chorych na osteoporozę rośnie rok do roku a śmiertelność po złamaniach osteoporotycznych jest większa niż po udarach i zawałach.

Jej zdaniem, aby poprawić wczesną diagnostykę osteoporozy należałoby m.in. w większym stopniu zaangażować w ten proces lekarzy rodzinnych, którzy mogliby mierzyć wzrost wszystkim pacjentów powyżej 50 roku życia oraz wprowadzić i szerzej udostępnić mmniej kosztowne metody diagnostyczne porównywalne do densytometrii wykorzystujące fale ultradźwiękowe.

Emilia Grzela

7 Anna Latos-Bieleńska

Doczekaliśmy realizacji pomysłów science-fiction z zeszłego wieku

Wiadomość o wyróżnieniu na Liście Stu 2024 prof. Anna Latos-Bieleńska przyjęła z radością i wzruszeniem. Zdaniem specjalistki, wysoka pozycja w tym plebiscycie zwraca uwagę społeczeństwa na genetykę i jej niezwykłe znaczenie dla medycyny. „2024 był ważnym rokiem dla genetyki, chociaż pacjenci z chorobami genetycznymi odczują poprawę specjalistycznej opieki dopiero w 2025 r. i następnych latach" — oceniła.

Istotnym pozytywnym zdarzeniem było pojawienie się pierwszych specjalistów w nowej dziedzinie: medycznej genetyce molekularnej. „Po dwóch sesjach egzaminacyjnych jest ich już 56. Jest to znakomita kadra, która będzie szkolić następnych specjalistów. Specjalizacja medyczna genetyka molekularna jest ogromnie ważna dla rozwoju medycyny genomowej w Polsce, ponieważ w pełni włącza biotechnologów i biologów molekularnych do diagnostyki genetycznej, niezbędnej zwłaszcza w onkologii i w chorobach rzadkich" — podkreśla prof. Anna Latos-Bieleńska.

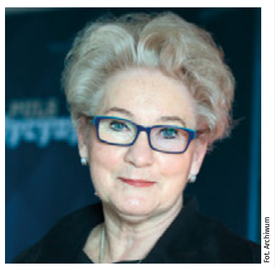
Diagnostyka chorób genetycznych ma kluczowe znaczenie zarówno w okresie pre-, jak i postnatalnym. Pacjenci zyskali już dostęp do badania genetycznego metodą porównawczej hybrydyzacji genomowej do mikromacierzy

Prof. dr hab. n. med.
Anna Latos-Bieleńska
specjalistka genetyki klinicznej i laboratoryjnej genetyki medycznej, profesor w Katedrze i Zakładzie Genetyki Medycznej Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu, konsultant krajowa w dziedzinie genetyki klinicznej, przewodnicząca Rady ds. Chorób Rzadkich (do maja 2024 r.) oraz Zespołu Polskiego Rejestru Wrodzonych Wad Rozwojowych.

(ang. *array comparative genomic hybridization*, aCGH).

„W najbliższym czasie refundacja obejmie też panele celowane NGS (sekwencjonowanie nowej generacji) oraz WES (sekwencjonowanie całego eksomu)" — zaznacza prof. Latos-Bieleńska. Z kolei w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej pojawił się nowy rodzaj wizyty w poradni genetycznej, tzw. wizyta orphanowska. Ponadto zostały opracowane szczegółowe rekomendacje dla lekarzy, dotyczące diagnostyki genetycznej w chorobach rzadkich, obecnie nanoszone są ostatnie poprawki.

Mimo wielu pozytywnych zdarzeń, które miały miejsce w minionym roku, wciąż wiele


Fot. Archiwum

jest do zrobienia w omawianej dziedzinie. Potrzebna jest ustawa o genetyce medycznej, dotycząca wszystkich aspektów opieki genetycznej, także klinicznych i z uwzględnieniem trudnych zagadnień bioetycznych. „Systematycznie rozwijają się dwie specjalizacje — laboratoryjna genetyka medyczna oraz medyczna genetyka molekularna, co zapewnia stopniowe budowanie kadr" — ocenia prof. Latos-Bieleńska i zwraca uwagę na brak genetyków klinicznych.

Konieczne jest wprowadzenie zmian systemowych, tak by „genetyk kliniczny pracował w zespole z kilkoma pielęgniarkami genetycznymi i doradcami genetycznymi". Taki schemat jest wdrożony w wielu krajach i doskonale się sprawdza.

Rodzice prof. Anny Latos-Bieleńskiej byli pediatrami. „Długo byłam jedynaczką i bardzo lubiłam, bawiąc się przy rodzicach, przysłuchiwać się ich rozmowom o różnych sytuacjach klinicznych — wspomina. — A medycyna w domu rodzinnym była często tematem rozmów także dlatego, że liczni przyjaciele rodziców na ogół też byli lekarzami".

Na studiach na wydziale lekarskim w Poznaniu nie miała zajęć z genetyki, bo 50 lat temu genetyka dopiero się rozwijała. Rozpoczęła studium doktoranckie w nowo utworzonym przez jej mistrza, prof. Antoniego Horsta, patofizjologa i genetyka, Zakładzie Genetyki Człowieka PAN.

„Intuicyjnie czułam, że genetyka to coś wyjątkowego. Prof. Horst już wtedy mówił, że nadejdzie taki czas, kiedy z próbki krwi będzie można zbadać genom człowieka i wiedzę tę wykorzystać w medycynie — była to czysta fantastyka naukowa, ale myśmy w to wierzyli" — wraca pamięcią do tamtych lat prof. Anna Latos-Bieleńska. Gdy powstała już specjalizacja z genetyki klinicznej, znalazła się w pierwszej grupie tych specjalistów, a potem także odbywając szkolenie z laboratoryjnej genetyki medycznej.

W 2025 r. prof. Latos-Bieleńska będzie nadal działała na rzecz poprawy opieki genetycznej, m.in. przy realizacji Planu dla Chorób Rzadkich.

„Chciałabym, żeby dzięki genetyce jako nauce możliwa była terapia genowa szyta na miarę, łatwa i tania, ratująca życie i przywracająca zdrowie w chorobach, które dziś jeszcze są nieuleczalne" — mówi konsultant krajowa w dziedzinie genetyki klinicznej.

Anna Rogala

8 Wojciech Fendler

Uwierzmy, że innowacyjne badania naukowe mogą być przeprowadzane w Polsce

„To ogromne wyróżnienie znaleźć się wśród stu najbardziej wpływowych osób w polskim systemie ochrony zdrowia. Z jednej strony to wyróżnienie personalne, a z drugiej — to ważne dla instytucji, ponieważ pokazuje, że Agencja Badań Medycznych jest istotnym miejscem wspierającym badania medyczne. Bardzo się cieszę, bo dzięki temu widzę, że jesteśmy na właściwej trajektorii jako instytucja" — podkreśla prof. Wojciech Fendler, prezes ABM.

W wyniku konkursu, ogłoszonego przez Ministerstwo Zdrowia, prof. Wojciech Fendler, kierownik Zakładu Biostatystyki i Medycyny Translacyjnej na Uniwersytecie Medycznym w Łodzi, w lipcu 2024 r. objął stanowisko prezesa Agencji Badań Medycznych. W kierowaniu Agencją pomocne są jego dotychczasowe doświadczenia z Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, gdzie kierował projektami badawczymi w ramach Narodowego Centrum Nauki, Fundacji na Rzecz Nauki. „Moje doświadczenie jest ważne, ale nie bazuję tylko na tym. Konsultujemy się z towarzystwami naukowymi, z ekspertami. Chcemy, żeby głos naukowców był słyszalny, żeby profil działania Agencji odpowiadał na ich potrzeby" — wyjaśnia prof. Fendler.

Fot. Archiwum

Druga połowa minionego roku okazała się dla profesora bardzo aktywnym czasem w działalności Agencji, dającym mu dużo satysfakcji zawodowej. „Największym sukcesem ABM jest to, że udało nam się uruchomić pięć konkursów w ramach Krajowego Planu Odbudowy (KPO). W 2024 r. realizowaliśmy w sumie dziewięć konkursów, w tym pięć z KPO. Finansujemy nie tylko badania kliniczne, ale też eksperymenty czy prace rozwojowe. Portfolio Agencji bardzo się poszerzyło" — mówi prezes ABM.

W pierwszych miesiącach jego pracy, zarówno on, jak i jego zespół musieli zmierzyć się z audytami i kontrolami. Udało się odświeżyć rolę Agencji i zintensyfikować prace, skupić się na konkursach z KPO.

Laureata cieszy fakt, że udało się ogłosić konkurs z dziedziny medycyny translacyjnej. Ta dziedzina badań biomedycznych jest mu szczególnie bliska, ponieważ wcześniej była ona w kręgu jego zainteresowań naukowych. Uważa, że badania translacyjne są w Polsce na bardzo dobrym poziomie.

„Mamy sporo zespołów, które rozwijają innowacyjne terapie komórkowe i biomarkery, dobrych bioinformatyków. A konkurs z zakresu medycyny translacyjnej oferuje jednostkom naukowym perspektywę, żeby nakierować badaczy na bardziej aplikacyjne tory" — ocenia prezes ABM. Ta nowa działalność Agencji wymaga poszerzenia bazy ekspertów oraz modyfikacji kryteriów oceny wniosków. „Ten konkurs daje szansę, żeby polskie innowacje przeszły do fazy komercjalizacji, do szpitali, do łóżek pacjentów" — podkreśla prof. Fendler.

Po studiach Wojciech Fendler zajął się biostatystyką, genetyką i biomarkerami, m.in. badaniem mikroRNA w cukrzycy monogenowej. Pasję do nauki zawdzięcza znakomitym mentorom, na których szczęśliwie trafił na swojej zawodowej drodze. Prof. Andrzej Piotrowski nauczył młodego lekarza, jaką wartość stanowi medycyna kliniczna i jak można ją łączyć z badaniami. Prof. Wojciech Młynarski pokazał, jak przeprowadza się badania naukowe na świecie. Z kolei Dipanjan Chowdhury z Harvard Medical School włączył go w główny nurt badań nad mikroRNA jako biomarkerami w radioterapii.

„To jest kwestia umiejętności wyboru. Postawiłem na jedną kartę: nie leczę pacjentów, zająłem się prowadzeniem projektów badawczych" — uważa profesor. Miał szczęście, że jego szefowie inspirowali go i pozwalali skoncentrować się na tym, co chciał robić.

„Chciałbym, żeby Agencja była finansowana tak jak do tej pory, z większą elastycznością, a przede wszystkim, żeby naukowcy i społeczeństwo uwierzyli, że innowacyjne badania naukowe mogą być przeprowadzane w Polsce. Chciałbym pokazać, że polscy naukowcy odnoszą sukcesy, które są odnotowywane na świecie. Dlatego naszym obowiązkiem jest zapewnić badaczom dobre warunki pracy, żebyśmy nie doświadczyli ich emigracji" — podkreśla prof. Fendler i dziękuje za wsparcie zespołowi Agencji Badań Medycznych, który na wysokim poziomie realizuje wszystkie zadania.

Anna Rogala

Prof. dr hab. n. med.
Wojciech Fendler
specjalista w dziedzinie diabetologii, biostatystyki i medycyny translacyjnej, kierownik Zakładu Biostatystyki i Medycyny Translacyjnej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, prezes Agencji Badań Medycznych (od 2024 r.).

9 Marcin Wiącek

Prawo do opieki zdrowotnej to jedna z wolności obywatelskich

Obszar opieki zdrowotnej jest jednym z wielu, w których rzecznik praw obywatelskich (RPO) podejmował w 2024 r. różnorodne interwencje.

Działalność RPO w 2024 r. nie koncentrowała się jednak wyłącznie na podejmowaniu interwencji. Rzecznik zgłaszał również liczne inicjatywy legislacyjne, zmierzające do zmiany przepisów na bardziej proobywatelskie i propacjenckie. Przedmiotem szczególnego zainteresowania RPO od lat pozostaje psychiatria. W styczniu został powołany pełnomocnik RPO ds. ochrony zdrowia psychicznego, którą to funkcję powierzono prof. Błażejowi Kmieciakowi. Od 2017 r. trwa pilotaż centrów zdrowia psychicznego (CZP) dla osób dorosłych, będący próbą wprowadzenia modelu psychiatrii środowiskowej. Mimo upływu lat, model ten nie doczekał się jednak systemowego wdrożenia.

„Przejście z dotychczasowego modelu azylowego do psychiatrii środowiskowej to absolutnie właściwy kierunek. Psychiatria środowiskowa jest rozwiązaniem znacznie lepiej wpisującym się w prawo do ochrony zdrowia. RPO stoi zatem na stanowisku, że nowy model oparty na centrach zdrowia psychicznego powinien stać się stałym elementem systemu. Dla takich ośrodków najlepszym modelem finansowym jest ryczałt na populację. Przed nami też konieczna dyskusja o wzroście finansowania psychiatrii. Środowisko postuluje wzrost do 7 proc. ogółu wydatków na zdrowie, pamiętajmy też, że w niektórych państwach Europy odsetek ten wynosi nawet 10 proc." — zaznacza prof. Marcin Wiącek.

Fot. Archiwum

Kierownictwo Ministerstwa Zdrowia przekonuje, że jednym z jego priorytetów jest lepsze dbanie o zdrowie kobiet i zapewnienie im bezpieczeństwa w placówkach medycznych. Jakie działania w tym zakresie podjął RPO? „Do rzecznika nadal docierają bulwersujące sygnały o wręcz nieludzkim traktowaniu pacjentek w niektórych placówkach medycznych, co znajduje potwierdzenie w raportach organizacji pozarządowych, zajmujących się obroną praw kobiet ciężarnych. Jednym z problemów, na które RPO od lat zwracał uwagę, była słaba dostępność do znieczulenia przy porodzie. Jedynie kilkanaście procent porodów naturalnych odbywa się w Polsce w znieczuleniu" — wskazuje prof. Marcin Wiącek.

Przypomniał on, że w ubiegłym roku minister Izabela Leszczyna zdecydowała o wprowadzeniu premii finansowej dla szpitali, które zwiększą odsetek znieczuleń do porodów naturalnych. „To zdecydowanie właściwy krok. Nadal pracuje także ministerialny zespół, który ma wypracować propozycje zmian w rozporządzeniu w sprawie opieki okołoporodowej. W mojej ocenie, jedną z kwestii wymagających w tym zakresie poprawy jest szerszy dostęp do poradnictwa laktacyjnego" — uważa RPO.

Jego zdaniem, wciąż mocno zaniedbanym obszarem pozostaje opieka ginekologiczno-położnicza nad kobietami z niepełnosprawnością. „Jedynie kilkadziesiąt gabinetów ginekologicznych w całej Polsce jest przystosowanych do potrzeb pacjentek z niepełnosprawnościami. Docierają do nas sygnały o skrajnie upokarzających sytuacjach, które nie mają prawa się zdarzać" — dodaje.

W ocenie RPO, konieczna jest zmiana obecnego stanu prawnego dotyczącego legalnego przerywania ciąży. „Obecnie obowiązujące przepisy nie zabezpieczają odpowiednio kobiet przed sytuacjami, które możemy określić mianem nieludzkiego traktowania. Prawo nie powinno zmuszać kobiet do heroizmu. Co więcej, przepisy pozostają na tyle nieprecyzyjne, że lekarze obawiają się ewentualnej odpowiedzialności karnej" — wskazuje prof. Marcin Wiącek.

Rzecznik pozytywnie natomiast ocenia poprawę finansowania opieki paliatywnej i hospicyjnej oraz rezygnację z limitowania tych świadczeń. Nadal oczekuje jednak od Ministerstwa Zdrowia zajęcia jasnego stanowiska w sprawie ustawy o szczególnej opiece geriatrycznej i wskazania modelu rozwoju geriatrii. Jego zdaniem, usprawnienia i doprecyzowania wymaga również działanie trybu ratunkowego dostępu do technologii lekowych (RDTL) oraz zespołów koordynacyjnych ds. chorób ultrarzadkich.

Prof. Marcin Wiącek dzieli czas pomiędzy działalność jako RPO a pracę nauczyciela akademickiego na Uniwersytecie Warszawskim. „Kontakt ze studentami i aktywność naukowa przynoszą mi wiele satysfakcji, i stanowią ciągłe źródło inspiracji" — mówi.

Emilia Grzela

Dr hab. n. pr.
Marcin Wiącek
prof. UW, kierownik Zakładu Praw Człowieka na Wydziale Prawa i Administracji Uniwersytetu Warszawskiego, rzecznik praw obywatelskich (od 2021 r.).

10 Maciej Krzakowski

Należy tworzyć warunki do rozwoju polskich onkologów

„Każdy rok stanowi w onkologii wyzwanie. Liczba zachorowań na nowotwory zwiększa się i wzrasta liczba chorych żyjących z rozpoznaniami ustalonymi w poprzednich latach, co powoduje coraz większe obowiązki lekarzy" — stwierdza prof. Maciej Krzakowski, wskazując na najpilniejsze problemy do rozwiązania w polskiej onkologii.

„Wyzwaniem jest konieczność finansowania rosnącej liczby metod diagnostycznych i terapeutycznych, które są przeważnie coraz bardziej kosztowne" — tak prof. Maciej Krzakowski rozpoczął wymienianie trudności naszych czasów, odczuwane przez lekarzy, a jeszcze bardziej przez system.

„Kolejnym wyzwaniem jest potrzeba usprawnienia systemu opieki onkologicznej, aby stosować metody możliwie najlepsze oraz zgodne z wytycznymi postępowania diagnostyczno-terapeutycznego w warunkach istniejących trudności kadrowych i braku nadzorowania jakości świadczeń. Pilnym zadaniem jest poprawienie sytuacji w zakresie pierwotnej i wtórnej profilaktyki nowotworów, ponieważ przestrzeganie zachowań prozdrowotnych i zgłaszalność na badania przesiewowe nie są zadowalające. Wyzwaniem z perspektywy krajowego konsultanta w dziedzinie onkologii klinicznej jest również konsolidacja środowiska onkologów oraz poprawienie sytuacji kadrowej i stałe usprawnianie szkolenia specjalizacyjnego" — wypunktował problemy dotykające polską onkologię prof. Maciej Krzakowski.

Fot. Marek Wiśniewski

W ubiegłym roku sukcesem było stworzenie kolejnych opracowań o charakterze wytycznych postępowania w najważniejszych nowotworach. Prezes Polskiego Towarzystwa Onkologii Klinicznej (PTOK) wskazuje, że „opracowania te były wynikiem współpracy specjalistów wielu dziedzin (nie tylko onkologów), co jest warunkiem kompleksowego postępowania przeciwnowotworowego".

„Współpracowałem ze specjalistami chorób płuc, chirurgii (przede wszystkim torakochirurgii), patomorfologii, biologii molekularnej oraz onkologii klinicznej i radioterapii. Mam nadzieję, że wspomniana współpraca będzie ułatwieniem w procesach tworzenia ośrodków kompetencji. Uważam, że ośrodki takie stwarzają szansę na bardziej skuteczne postępowanie i jednocześnie zapewniają racjonalność wykorzystania posiadanych środków finansowych" — wyjaśnia prof. Krzakowski.

Jako przykład niezbędnych ośrodków kompetencji onkolog podaje Lung Cancer Units. „Będzie w nich możliwa całościowa i nowoczesna opieka nad chorymi na nowotwory klatki piersiowej. Mam nadzieję, że procesy legislacyjne w wymienionym zakresie zostaną zrealizowane w 2025 r." — oczekuje profesor.

Onkolog uważa również, że w tym roku źródłem satysfakcji może być ponowne — po okresie pilotażowym — uruchomienie ogólnopolskiego programu badań przesiewowych w kierunku wykrywania raka płuca. „Uczestniczyłem w pracach nad opracowaniem założeń programu, który powinien poprawić zgłaszalność na badania niskodawkowej tomografii komputerowej klatki piersiowej oraz usprawnić przeniesienie wyników do praktyki klinicznej (przede wszystkim — zwiększyć odsetek osób leczonych z założeniem radykalnym)" — dodaje prof. Krzakowski.

Prezes Polskiego Towarzystwa Onkologii Klinicznej chciałby także doprowadzić do większej integracji lekarzy różnych specjalności w prawidłowej opiece nad chorymi na nowotwory.

„Zadanie jest ważne, ponieważ wraz z wprowadzaniem nowych metod leczenia niezbędne jest stałe doskonalenie pod względem zapobiegania powikłaniom terapii i prawidłowego postępowania w sytuacjach występowania działań niepożądanych. W 2024 r. PTOK powołało — z mojej inicjatywy — Sekcję Leczenia Wspomagającego i rozpoczęło cykl szkoleń, które będą kontynuowane w tym roku" — informuje prof. Maciej Krzakowski.

„Istotnym zadaniem jest również — kontynuuje — tworzenie warunków do rozwoju naukowego polskich onkologów. Należy rozwijać możliwości prowadzenia badań naukowych (akademickich i innych), w których uczestniczyć powinni młodzi onkolodzy. Jako redaktor naczelny czasopisma „Oncology in Clinical Practice" będę się starał zwiększać wspomniane możliwości" — powiedział profesor.

Monika Majewska

Prof. dr hab. n. med.
Maciej Krzakowski
specjalista onkologii klinicznej i radioterapii nowotworów, kierownik Kliniki Nowotworów Płuca i Klatki Piersiowej Narodowego Instytutu Onkologii im. M. Skłodowskiej-Curie — Państwowego Instytutu Badawczego w Warszawie, konsultant krajowy w dziedzinie onkologii klinicznej, prezes Polskiego Towarzystwa Onkologii Klinicznej.

11. Bartłomiej Chmielowiec, radca prawny wpisany na listę Okręgowej Izby Radców Prawnych w Warszawie; rzecznik praw pacjenta (od października 2017 r.).

12. Maciej Miłkowski, koordynator ds. analityki finansowej Wojskowego Instytutu Medycznego — Państwowego Instytutu Badawczego; były podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia (do maja 2024 r.).

13. Łukasz Jankowski, lekarz, spec. nefrologii; asystent w Klinice Medycyny Transplantacyjnej, Immunologii, Nefrologii i Chorób Wewnętrznych Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego; prezes Naczelnej Rady Lekarskiej (od maja 2022 r.).

14. Beata Małecka-Libera, dr n. med.; senator RP XI kadencji, przewodnicząca Komisji Zdrowia Senatu RP.

15. Krzysztof Kopeć, prezes Polskiego Związku Pracodawców Przemysłu Farmaceutycznego — Krajowi Producenci Leków.

16. Grzegorz Cessak, dr n. o zdr.; prezes Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych; wiceprzewodniczący Rady Zarządzającej Europejskiej Agencji Leków (EMA), jeden z trzech członków Grupy Koordynacyjnej do Spraw Budżetu i Programu Prac EMA, mentor Emacolex — Grupy Roboczej Prawników Agencji Leków Unii Europejskiej i Europejskiego Obszaru Gospodarczego.

17. Filip Nowak, dr n. o zdr., socjolog, ekspert zarządzania w ochronie zdrowia; prezes Narodowego Funduszu Zdrowia (od listopada 2021 r.).

18. Grzegorz Gielerak, gen. broni, prof. dr hab. n. med., spec. chorób wewnętrznych i kardiologii; dyrektor Wojskowego Instytutu Medycznego — Państwowego Instytutu Badawczego w Warszawie.

19. Daniel Rutkowski, ekonomista; prezes Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (od marca 2024 r.).

20. Jacek Krajewski, lekarz, spec. medycyny rodzinnej; prezes Federacji Porozumienie Zielonogórskie i Dolnośląskiego Związku Lekarzy Rodzinnych — Pracodawców.

21. Marek Rękas, prof. dr hab. n. med., spec. okulistyki; kierownik Kliniki Okulistyki Wojskowego Instytutu Medycznego — Państwowego Instytutu Badawczego w Warszawie, zastępca dyrektora WIM ds. naukowych; krajowy konsultant w dziedzinie okulistyki.

22. Urszula Demkow, prof. dr hab. n. med., spec. chorób wewnętrznych, immunologii, alergologii i diagnostyki laboratoryjnej; podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia (od stycznia 2024 r.).

23. Anna Rulkiewicz, prezes Grupy LUX MED, wiceprezydent Konfederacji Lewiatan.

24. Małgorzata Gałązka-Sobotka, dr n. ekon.; dziekan Centrum Kształcenia Podyplomowego oraz dyrektor Instytutu Zarządzania w Ochronie Zdrowia Uczelni Łazarskiego, wiceprzewodnicząca Rady Narodowego Funduszu Zdrowia.

25. Piotr Kryst, dr hab. n. med., prof. CMKP, spec. urologii i chirurgii ogólnej; dyrektor Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego (od września 2024 r.), kierownik II Kliniki Urologii CMKP w Szpitalu Bielańskim w Warszawie i Europejskim Centrum Zdrowia w Otwocku.

26. Arkadiusz Grądkowski, prawnik; członek zarządu MedTech Europe, prezes Ogólnopolskiej Izby Gospodarczej Wyrobów Medycznych POLMED.

27. Jerzy Starak, przewodniczący Rady Nadzorczej Polpharma SA.

28. Agnieszka Gorgoń-Komor, dr n. med., spec. chorób wewnętrznych i kardiologii, lekarz medycyny estetycznej; senator RP XI kadencji (PO); prezes Oddziału Beskidzkiego Polskiego Towarzystwa Lekarskiego.

29. Dorota Korycińska, prezes zarządu Ogólnopolskiej Federacji Onkologicznej oraz Stowarzyszenia Neurofibromatozy Polska.

30. Alicja Chybicka, prof. dr hab. n. med., spec. pediatrii, onkologii i hematologii dziecięcej, transplantologii klinicznej, immunologii klinicznej oraz medycyny paliatywnej; posłanka na Sejm RP X kadencji (KO), przewodnicząca: Parlamentarnego Zespołu ds. Chorób Rzadkich, Parlamentarnego Zespołu ds. Dzieci, Parlamentarnego Zespołu ds. Transplantacji, Parlamentarnego Zespołu Rodzice dla Klimatu, wiceprzewodnicząca Parlamentarnego Zespołu ds. zdrowego stylu życia oraz przeciwdziałania nadwadze i otyłości.

31. Wojciech Konieczny, lekarz, spec. neurologii; sekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia (od grudnia 2023 r.); senator RP (Lewica), wiceprzewodniczący senackich komisji: Zdrowia oraz Nauki, Edukacji i Sportu; przewodniczący Rady Naczelnej PPS.

32. Piotr Suwalski, prof. dr hab. n. med. i n. o zdr., spec. kardiochirurgii, transplantologii; dyrektor Państwowego Instytutu Medycznego MSWiA (od marca 2024 r.), kierownik Kliniki Kardiochirurgii Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego, współtwórca i kierownik Centrum Terapii Pozaustrojowych PIM MSWiA.

33. Michał Sutkowski, lekarz, spec. chorób wewnętrznych i medycyny rodzinnej; dyrektor/lekarz NZOZ „Medycyna Rodzinna" w Osuchowie w gminie Mszczonów; od czerwca 2024 r. prezes elekt Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce (kadencja 2026-2030).

34. Michał Zembala, prof. dr hab. n. med., spec. kardiochirurgii, chirurgii naczyniowej (FETCS), transplantologii klinicznej; prorektor ds. klinicznych Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego, kierownik Oddziału Kardiochirurgii Wojewódzkiego Szpitala w Lublinie; prezes spółki Education & Traininig for Healthcare Professionals.

35. Tomasz Zieliński, lekarz, spec. medycyny rodzinnej; właściciel przychodni POZ w Zakrzewie na Lubelszczyźnie, konsultant

wojewódzki w dziedzinie medycyny rodzinnej; wiceprezes Federacji Porozumienie Zielonogórskie, prezes Lubelskiego Związku Lekarzy Rodzinnych — Pracodawców, członek Rady ds. Interoperacyjności przy Centrum e-Zdrowia.

36. Ewa Lech-Marańda, prof. dr hab. n. med., spec. chorób wewnętrznych, hematologii, transplantologii klinicznej i immunologii klinicznej; dyrektor Instytutu Hematologii i Transfuzjologii w Warszawie, kierownik Kliniki Hematologii Instytutu Hematologii i Transfuzjologii oraz Katedry Hematologii i Transfuzjologii Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego; konsultant krajowa w dziedzinie hematologii; wiceprezes Polskiego Towarzystwa Hematologów i Transfuzjologów oraz Polskiej Grupy ds. Leczenia Białaczek u Dorosłych, członek zarządu Polskiej Grupy Badawczej Chłoniaków; zastępca przewodniczącego Krajowej Rady Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa; redaktor naczelna czasopism „Hematology in Clinical Practice" oraz „Hematologia i Edukacja".

37. Marcin Czech, prof. dr hab. n. med., dr hab. n. ekon., spec. epidemiologii, zdrowia publicznego i farmakoekonomiki; kierownik Zespołu ds. Kontroli Zakażeń Szpitalnych Instytutu Matki i Dziecka, członek rady naukowej IMiD; kierownik studiów podyplomowych i wykładowca Szkoły Biznesu Politechniki Warszawskiej.

38. Grzegorz Rychwalski, prawnik; wiceprezes Polskiego Związku Pracodawców Przemysłu Farmaceutycznego — Krajowi Producenci Leków.

39. Artur Drobniak, dr n. med., spec. położnictwa i ginekologii; prezes Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie (od kwietnia 2024 r.), dyrektor Centralnego Ośrodka Badań, Innowacji i Kształcenia (COBIK) NIL.

40. Konrad Rejdak, prof. dr hab n. med., spec. neurologii; kierownik Katedry i Kliniki Neurologii Uniwersytetu Medycznego w Lublinie, członek Rady Uczelni UM w Lublinie; konsultant wojewódzki w dziedzinie neurologii w województwie lubelskim; prezes Polskiego Towarzystwa Neurologicznego (2021-2024), członek Rady Programowej Europejskiej Akademii Neurologii (od 2024 r.) oraz Panelu Naukowego EAN, zastępca sekretarza generalnego International Danube Neurological Society.

41. Bolesław Samoliński, prof. dr hab. n. med., spec. zdrowia publicznego, alergologii i otorynolaryngologii; kierownik Katedry Zdrowia Publicznego i Środowiskowego oraz Zakładu Profilaktyki Zagrożeń Środowiskowych, Alergologii i Immunologii Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, a także Zakładu Alergologii i Immunologii Uniwersyteckiego Centrum Medycznego WUM; wiceprzewodniczący Komitetu Zdrowia Publicznego Polskiej Akademii Nauk, przewodniczący zespołu ekspertów Rzecznika Praw Pacjenta, ekspert Komisji Zdrowia Senatu RP, ekspert i członek Rady Zdrowia Publicznego przy Ministrze Zdrowia, przewodniczący Zespołu ds. Polityki Senioralnej Medycznej Racji Stanu; prezes Fundacji Instytut Promocji Zdrowia Publicznego; członek Światowego Partnerstwa Przeciw Chorobom Układu Oddechowego Światowej Organizacji Zdrowia (GARD-WHO).

42. Bernard Waśko, dr n. med.; dyrektor Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego PZH — Państwowego Instytutu Badawczego.

43. Karina Jahnz-Różyk, prof. dr hab. n. med., spec. chorób wewnętrznych, chorób płuc, alergologii, immunologii klinicznej; ekspert w dziedzinie farmakoekonomiki i badań klinicznych; kierownik Kliniki Chorób Wewnętrznych, Pneumonologii, Alergologii, Immunologii Klinicznej i Chorób Rzadkich Wojskowego Instytutu Medycznego — Państwowego Instytutu Badawczego; konsultant krajowa w dziedzinie alergologii; przewodnicząca Sekcji ds. Zespołów Autozapalnych i Obrzęku Naczynioruchowego działającej w ramach Zespołu Koordynacyjnego ds. Chorób Ultrarzadkich; redaktor naczelna „Journal of Health Policy & Outcomes Research".

44. Rafał Krenke, prof. dr hab. n. med., spec. chorób wewnętrznych, chorób płuc oraz intensywnej terapii; kierownik Katedry i Kliniki Chorób Wewnętrznych, Pneumonologii i Alergologii Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, dziekan Wydziału Lekarskiego WUM (do 30 września 2024 r.), rektor Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego (od 30 września 2024 r.), przewodniczący Rady Naukowej Instytutu Gruźlicy i Chorób Płuc w Warszawie.

45. Marek Tomków, mgr farm.; prezes Naczelnej Rady Aptekarskiej.

46. Ryszard Gellert, prof. dr hab. n. med., spec. chorób wewnętrznych, medycyny rodzinnej, nefrologii oraz intensywnej terapii; dyrektor Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego (2016-2024), zastępca dyrektora — prorektor ds. jakości kształcenia CMKP (od września 2024 r.), kierownik Kliniki Nefrologii, Chorób Wewnętrznych i Medycyny Rodzinnej CMKP, dyrektor ds. lecznictwa Szpitala Bielańskiego w Warszawie; krajowy konsultant w dziedzinie nefrologii (do grudnia 2024 r.),

47. Krystyna Ptok, mgr socjologii; pielęgniarka, przewodnicząca Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych, wiceprzewodnicząca Forum Związków Zawodowych, wchodzi w skład Zespołu Trójstronnego ds. Ochrony Zdrowia (przy Ministerstwie Zdrowia).

48. Marcin Moniuszko, prof. dr hab. n. med., spec. chorób wewnętrznych i alergologii; rektor Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku (2024-2028), wiceprzewodniczący Konferencji Rektorów Akademickich Uczelni Medycznych (2024-2028), kierownik Kliniki Alergologii i Chorób Wewnętrznych UMB; wiceprezydent Polskiego Towarzystwa Alergologicznego (do października 2024 r.).

49. Marta Katarzyna Bednarek, adwokat, psycholog i dziennikarz; dyrektor ds. prawnych Fundacji Rak'n'Roll. Wygraj Życie!; członek zarządu Ogólnopolskiej Federacji Onkologicznej.

50. Katarzyna Kotfis, prof. dr hab. n. med., spec. anestezjologii i intensywnej terapii, European Diplomate in Anesthesiology and Intensive Care (EDAIC); kierownik Kliniki Anestezjologii, Intensywnej Terapii i Leczenia Bólu w Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym nr 2 Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie; konsultantka krajowa w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii.

51. Halina Sienkiewicz-Jarosz, prof. dr hab. n. med., spec. neurologii; kierownik I Kliniki Neurologicznej Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie, przewodnicząca Krajowej Rady ds. Neurologii; prezes elekt Polskiego Towarzystwa Neurologicznego, członek: Komitetu Nauk Neurologicznych Polskiej Akademii Nauk, zarządu Warszawskiego Oddziału Polskiego Towarzystwa Neurologicznego, Expert Advisory Panel Alzheimer Europe, Sekcji Epidemiologii Europejskiej Akademii Neurologii, Rady Nadzorczej Fundacji Alliance for Innovation.

52. Mariusz Wyleżoł, dr hab. n. med., spec. chirurgii ogólnej; II Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej, Naczyniowej i Onkologicznej Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, kierownik Warszawskiego Centrum Kompleksowego Leczenia Otyłości i Chirurgii Bariatrycznej w Szpitalu Czerniakowskim w Warszawie.

53. Anna Kupiecka, założycielka, fundatorka i prezes Fundacji OnkoCafe — Razem Lepiej, wiceprezes Ogólnopolskiej Federacji Onkologicznej, członek Rady Pacjentów przy Rzeczniku Praw Pacjenta, Rady Programowej Akademii Rozwoju Organizacji Pacjentów Pacjenci.pro.

54. Bartosz Karaszewski, prof. dr hab. n. med., spec. neurologii; kierownik Katedry Neurologii Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego, kierownik i ordynator Kliniki Neurologii Dorosłych GUMed i Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego, kierownik badawczy Centrum Chorób Mózgu GUMed; konsultant krajowy w dziedzinie neurologii; przewodniczący: Komitetu Nauk Klinicznych Polskiej Akademii Nauk, Sekcji Chorób Naczyniowych Mózgu Polskiego Towarzystwa Neurologicznego, Państwowej Komisji Egzaminacyjnej w dziedzinie neurologii, członek Krajowej Rady ds. Neurologii.

55. Mariola Łodzińska, mgr pielęgniarstwa, spec. pielęgniarstwa psychiatrycznego; prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych.

56. Jarosław Fedorowski, dr n. med., prof. nadzw., FACP, FESC, spec. chorób wewnętrznych, kardiologii i koordynowanej ochrony zdrowia; prezes: Polskiej Federacji Szpitali, zarządu Polskiego Towarzystwa Koordynowanej Ochrony Zdrowia, wiceprezes Zarządu Towarzystwa Innowacyjnych Technologii dla Zdrowia, przewodniczący Rady Naczelnej Polskiego Towarzystwa Lekarzy Menedżerów oraz Stowarzyszenia Polska Koalicja Medycyny Personalizowanej i Fundacji Healthcare Poland; członek Rady Pracodawców RP, a także Zespołu Trójstronnego ds. Ochrony Zdrowia; skarbnik i członek Komitetu Wykonawczego Światowej Federacji Szpitali IHF; gubernator Europejskiej Federacji Szpitali HOPE; właściciel specjalistycznej prywatnej praktyki lekarskiej.

57. Monika Horna-Cieślak, mgr prawa; rzecznik praw dziecka (od grudnia 2023 r.).

58. Ligia Kornowska, lekarka; dyrektor zarządzająca Polskiej Federacji Szpitali, liderka Koalicji AI i innowacji w zdrowiu; prezes zarządu spółki Data Lake.

59. Bartosz Poliński, prezes Fundacji Onkologicznej Alivia, członek Rady Polskiej Ligi Walki z Rakiem, członek zarządu Alivia Fundación Oncológica, Hiszpania, przewodniczący Komisji Rewizyjnej Ogólnopolskiej Federacji Onkologicznej.

60. Wojciech Wiśniewski, prezes zarządu Public Policy Sp. z o.o., przewodniczący Komitetu ds. Ochrony Zdrowia Federacji Przedsiębiorców Polskich, członek: Trójstronnego Zespołu ds. Ochrony Zdrowia, Zespołu ds. usług publicznych Rady Dialogu Społecznego.

61. Sebastian Goncerz, lekarz rezydent psychiatrii; przewodniczący Porozumienia Rezydentów Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy.

62. Joanna Frątczak-Kazana, wicedyrektorka Fundacji Onkologicznej Alivia, członek: zarządu Ogólnopolskiej Federacji Onkologicznej, Prezydium Rady Organizacji Pacjentów przy rzeczniku praw pacjenta.

63. Anna Kostera-Pruszczyk, prof. dr hab. n. med., spec. neurologii, neurologii dziecięcej, neurofizjologii klinicznej; kierownik Katedry i Kliniki Neurologii Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, Ośrodka Eksperckiego Chorób Rzadkich Nerwowo-Mięśniowych (członka Europejskiej Sieci Referencyjnej dla Chorób Rzadkich Nerwowo-Mięśniowych, ERN EURO NMD); przewodnicząca Rady ds. Chorób Rzadkich (2024-2025); członek: Panelu Ekspertów Europejskiej Akademii Neurologii ds. Chorób Mięśni i NMJ, Komitetu Nauk Neurologicznych PAN, zarządu głównego Polskiego Towarzystwa Neurologicznego, zarządu głównego Polskiego Towarzystwa Neurologów Dziecięcych.

64. Krzysztof Strojek, prof. dr hab. n. med., spec. chorób wewnętrznych, diabetologii i hipertensjologii; kierownik Kliniki Chorób Wewnętrznych, Diabetologii i Schorzeń Kardiometabolicznych Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Śląskim Centrum Chorób Serca w Zabrzu oraz Wojewódzkiej Poradni dla Chorych na Cukrzycę w Zabrzu; konsultant krajowy w dziedzinie diabetologii; członek Rady Doskonałości Naukowej.

65. Adam Antczak, prof. dr hab. n. med., spec. chorób wewnętrznych i chorób płuc; prorektor ds. klinicznych Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, I zastępca rektora, kierownik Katedry Pulmonologii, Reumatologii i Immunologii Klinicznej oraz Kliniki Pulmonologii Ogólnej i Onkologicznej UM w Łodzi; przewodniczący Rady Naukowej Ogólnopolskiego Programu Zwalczania Chorób Infekcyjnych, lider Koalicji na Rzecz Szczepień w Aptekach, kierownik naukowy Top Pulmonological Trends, przewodniczący Rady Społecznej Centralnego Szpitala Klinicznego UM w Łodzi (od września 2024 r.), członek: Rady Społecznej Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego nr 1 im. Norberta Barlickiego Uniwersytetu Medycznego w Łodzi (w kadencji 2023-2027), Rady Społecznej Wojewódzkiego Centrum Traumatologii i Onkologii im. M. Kopernika w Łodzi.

66. Leszek Domański, prof. dr hab. n. med., spec. chorób wewnętrznych, nefrologii, transplantologii klinicznej i medycyny sportowej; rektor Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie; zastępca lekarza kierującego w Klinice Nefrologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego nr 2 PUM w Szczecinie; prezes elekt Polskiego Towarzystwa Transplantacyjnego, członek zarządu głównego Polskiego Towarzystwa Nefrologicznego, przewodniczący zespołu ekspertów ds. akredytacji z dziedziny choroby wewnętrzne przy CMKP; konsultant wojewódzki w dziedzinie chorób wewnętrznych dla województwa zachodniopomorskiego.

67. Waldemar Malinowski, prezes Ogólnopolskiego Związku Pracodawców Szpitali Powiatowych, przewodniczący Konsorcjum Dolnośląskich Szpitali Powiatowych, wiceprezes Zarządu Jaworskiego Centrum Medycznego Sp. z o.o.

68. Łukasz Pietrzak, mgr farm.; główny inspektor farmaceutyczny (od lipca 2024 r.), ratownik kwalifikowanej pierwszej pomocy i ratownik pola walki.

69. Aleksandra Wilk, dyrektor Sekcji Raka Płuca w Fundacji „To się leczy"; członek zespołu międzynarodowego projektu Solace pod patronatem Ministerstwa Zdrowia.

70. Agata Polińska, wiceprezes Fundacji Onkologicznej Alivia, członek Komitetu Grupy Roboczej Rzeczników Pacjentów w Europejskim Towarzystwie Onkologii Klinicznej (ESMO), prezes zarządu Alivia International, członek zarządu Alivia Fundación Oncológica, Hiszpania.

71. Jerzy Szafranowicz, dr n. ekonom., lekarz, spec. ortopedii i traumatologii narządu ruchu; od 2 lipca 2024 r. podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia.

72. Urszula Szybowicz, ekspertka zdrowia publicznego; prezes Fundacji Nie Widać Po Mnie, wiceprezes Polskiego Towarzystwa Koordynowanej Ochrony Zdrowia, dyrektor operacyjna Polskiej Federacji Szpitali.

73. Maria Libura, dr n. med. i n. o zdr.; adiunkt w Zakładzie Zdrowia Publicznego i Medycyny Społecznej Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego, kierownik Zakładu Dydaktyki i Symulacji Medycznej Collegium Medicum z Centrum Symulacji Medycznej Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego w Olsztynie; przewodnicząca Zespołu Studiów Strategicznych Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie, wiceprzewodnicząca Polskiego Towarzystwa Komunikacji Medycznej, ekspert Klubu Jagiellońskiego ds. Zdrowia.

74. Jarosław Frąckowiak, dr n. społ., socjolog; prezes zarządu PEX Sp. z o.o., członek sądu koleżeńskiego Polskiego Towarzystwa Ekonomiki Zdrowia.

75. Stanisław Maćkowiak, prezes Federacji Pacjentów Polskich oraz Krajowego Forum na Rzecz Terapii Chorób Rzadkich ORPHAN, przewodniczący Prezydium Rady Organizacji Pacjentów przy Rzeczniku Praw Obywatelskich, członek: Rady Organizacji Pacjentów przy Ministerstwie Zdrowia, Rady ds. Chorób Rzadkich przy MZ, Podkomitetu ds. efektywności, dostępności i jakości systemu ochrony zdrowia Krajowego Planu Odbudowy i Zwiększania Odporności (Podkomitet KPO ds. zdrowia).

76. Aleksandra Lewandowska, dr n. med., spec. psychiatrii dzieci i młodzieży; konsultant krajowa w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży, wiceprzewodnicząca Rady ds. Zdrowia Psychicznego przy Ministerstwie Zdrowia, członek: Międzyresortowego zespołu ds. podstawy programowej przedmiotu edukacja zdrowotna, Rady Naukowej Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie; pełnomocnik ds. psychiatrii dzieci i młodzieży SP ZOZ im. J. Babińskiego w Łodzi.

77. Julia Pankiewicz, lekarka, rezydentka 3. roku specjalizacji z psychiatrii, interwentka kryzysowa; wiceprzewodnicząca Regionu Mazowieckiego Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy, koordynatorka ds. praw kobiet i walki z dyskryminacją Regionu Mazowieckiego OZZL.

78. Piotr Merks, dr n. farm. z Zakładu Farmakologii i Farmakologii Klinicznej Collegium Medicum Uniwersytetu Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie; dyrektor ds. badań naukowych Piktorex sp. z. o.o.; przewodniczący Związków Zawodowych Pracowników Farmacji, wykładowca kursów specjalizacyjnych w zakresie komercjalizacji innowacji w branży medycznej oraz opieki farmaceutycznej na WUM, GUMed, SGH.

79. Elżbieta Kozik, mgr ekon.; prezes Stowarzyszenia Ruch Onkologiczny Pars, członek: Rady Polskiej Ligi Walki z Rakiem, Rady NFZ Mazowsze.

80. Marek Ruchała, prof. dr hab. n. med., spec. chorób wewnętrznych, endokrynologii i medycyny nuklearnej; kierownik Katedry i Kliniki Endokrynologii, Przemiany Materii i Chorób Wewnętrznych Uniwersytetu Medycznego im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu.

81. Aleksander Biesiada, lekarz, spec. medycyny rodzinnej; wiceprezes zarządu głównego Polskiego Towarzystwa Medycyny Rodzinnej, przewodniczący Sekcji Opieki Wspierającej i Leczenia Bólu PTMR.

82. Michał Byliniak, mgr farmacji; dyrektor generalny Związku Pracodawców Innowacyjnych Firm Farmaceutycznych Infarma, członek Rady Fundacji Kowal (Krajowa Organizacja Weryfikacji Autentyczności Leków).

83. Marta Golbik, posłanka na Sejm RP X kadencji, wiceprzewodnicząca Klubu Parlamentarnego KO, przewodnicząca Komisji Zdrowia i Podkomisji stałej ds. zdrowia psychicznego.

84. Agnieszka Słowik, prof. dr hab. n. med., spec. neurologii; kierownik Katedry i Kliniki Neurologii Uniwersytetu Jagiellońskiego Collegium Medicum, Zakładu Neurogenetyki UJ CM, Oddziału Klinicznego Neurologii Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie; konsultant krajowa w dziedzinie neurologii (2019-2024).

85. Arkadiusz Nowak, ks. dr n. społ., teolog, socjolog, pedagog; adiunkt w Katedrze Humanizacji Medycyny i Seksuologii Collegium Medicum Uniwersytetu Zielonogórskiego; prezes Fundacji Instytut Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej, przewodniczący Rady Organizacji Pacjentów przy Ministrze Zdrowia, członek: Rady Agencji Badań Medycznych, Rady Ekspertów przy Rzeczniku Praw Pacjenta, Komisji Ekspertów ds. Zdrowia przy Rzeczniku Praw Obywatelskich.

86. Tomasz Kopiec, dr n. o zdr.; dyrektor naczelny w Samodzielnym Publicznym Szpitalu Klinicznym im. prof. W. Orłowskiego Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego w Warszawie, pełnomocnik kanclerza ds. rozwoju gospodarki senioralnej; asystent w Zakładzie Epidemiologii i Biostatystyki Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, adiunkt w Szkole Zdrowia Publicznego CMKP w Warszawie, ekspert Business Centre Club ds. polityki senioralnej i zarządzania w ochronie zdrowia, członek zarządu Polskiej Federacji Szpitali.

87. Waldemar Banasiak, prof. dr hab. n med., spec. chorób wewnętrznych i kardiologii; kierownik Katedry Nauk Klinicznych Niezabiegowych i przewodniczący Rady Dyscypliny Nauki Medyczne Wydziału Medycznego Politechniki Wrocławskiej; kierownik Ośrodka Chorób Serca Wojskowego Szpitala Klinicznego we Wrocławiu; konsultant krajowy w dziedzinie kardiologii.

88. Małgorzata Czajkowska-Malinowska, dr n. med, spec. chorób wewnętrznych i chorób płuc, ekspert medycyny snu; koordynator Oddziału Chorób Płuc i Niewydolności Oddychania z Pododdziałem NWM i Pododdziałem Zaburzeń Oddychania w Czasie Snu Kujawsko-Pomorskiego Centrum Pulmonologii w Bydgoszczy; prezes Polskiego Towarzystwa Chorób Płuc; konsultant krajowa w dziedzinie chorób płuc; członek zarządu Polskiego Towarzystwa Badań nad Snem, przewodnicząca Polskiej Koalicji Zdrowe Płuca, członek rady naukowej „Advances in Respiratory Medicine".

89. Monika Pintal-Ślimak, dr n. med., spec. laboratoryjnej diagnostyki medycznej; prezes Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych.

90. Jerzy Gryglewicz, lekarz; ekspert i wykładowca Instytutu Zarządzania w Ochronie Zdrowia Uczelni Łazarskiego, ekspert Stowarzyszenia Instytut Człowieka Świadomego.

91. Barbara Więckowska, dr hab. n. ekon., prof. SGH; kierownik Zakładu Innowacji w Ochronie Zdrowia Szkoły Głównej Handlowej.

92. Marcin Stajszczyk, dr n. med., spec. chorób wewnętrznych i reumatologii; kierownik Oddziału Reumatologii i Chorób Autoimmunologicznych Śląskiego Centrum Reumatologii, Ortopedii i Rehabilitacji w Ustroniu; przewodniczący Komisji ds. Polityki Lekowej Polskiego Towarzystwa Reumatologicznego; skarbnik zarządu głównego PTR; członek: Zespołu Koordynacyjnego ds. Leczenia Biologicznego w Chorobach Reumatycznych, grupy ekspertów Polskiego Towarzystwa Reumatologicznego oraz konsultanta krajowego ds. reumatologii.

93. Tomasz Połeć, przewodniczący Rady Głównej Polskiego Towarzystwa Stwardnienia Rozsianego, redaktor naczelny kwartalnika „SM Express".

94. Agnieszka Neumann-Podczaska, prof. dr hab. n. med., spec. farmakologii klinicznej, geriatrii i gerontologii; dyrektor Instytutu Senioralnego Akademii Ekonomiczno-Humanistycznej w Warszawie, dziekan Wydziału Medycznego i Nauk o Zdrowiu AEH, profesor w Katedrze i Klinice Medycyny Paliatywnej Uniwersytetu Medycznego im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu; mentor programu mentoringowego Top Minds 2024; prezes Polskiego Towarzystwa Opieki Farmaceutycznej, skarbnik Polskiego Towarzystwa Gerontologicznego.

95. Malina Wieczorek, fundatorka i prezeska Fundacji SM — Walcz o siebie!

96. Karolina Kupczyńska, dr n. med. i n. o zdr., spec. kardiologii; adiunkt w Klinice Kardiologii i Wad Wrodzonych Dorosłych Instytutu Centrum Zdrowia Matki Polki w Łodzi; przewodnicząca Klubu 30 Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego, członek: Komisji ds. Badań i Analiz Naukowych PTK, Komisji ds. Szkoleń, Specjalizacji i Umiejętności PTK, Komisji Historycznej PTK, Komitetu Heart Imagers of Tomorrow w EACVI ESC (2022-2024), Komitetu ds. Komunikacji w ESC (2022-2024), zarządu Klubu 30 PTK; koordynatorka ds. European Exam in Core Cardiology (EECC) w Polsce; ambasadorka ds. echokardiografii w Sekcji Obrazowania Sercowo-Naczyniowego w Europejskim Towarzystwie Kardiologicznym (EACVI ESC).

97. Arkadiusz Pączka, wiceprzewodniczący Federacji Przedsiębiorców Polskich, sekretarz Rady Dialogu Społecznego, członek: Rady Programowej Współpracy Rozwojowej przy Ministrze Spraw Zagranicznych, Zespołu ds. deregulacji i dialogu gospodarczego przy Ministrze Rozwoju i Technologi, Rady Przedsiębiorców ds. Prezydencji w Kancelarii Prezesa Rady Ministrów, Zespołu problemowego ds. prezydencji Rady Dialogu Społecznego.

98. Izabela Marcewicz-Jendrysik, ekonomistka i menedżerka; dyrektor Narodowego Instytutu Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji im. prof. E. Reicher w Warszawie.

99. Andrzej Depko, dr n. med., spec. neurologii i seksuologii; kierownik Poradni Seksuologicznej i Patologii Współżycia w Samodzielnym Wojewódzkim Zespole Publicznych Zakładów Psychiatrycznej Opieki Zdrowotnej w Warszawie; konsultant krajowy w dziedzinie seksuologii; przewodniczący Państwowej Komisji Egzaminacyjnej w dziedzinie seksuologia oraz Zespołu ekspertów do opracowania i aktualizacji programu specjalizacji w dziedzinie psychoseksuologii, a także Zespołu ekspertów do opracowania i aktualizacji programu specjalizacji w dziedzinie seksuologii; członek Zespołu ekspertów do opiniowania jednostek organizacyjnych ubiegających się o akredytację do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie psychoseksuologii; kierownik studiów podyplomowych „Seksuologia kliniczna", prowadzonych przez Centrum Kształcenia Podyplomowego WUM; wykładowca seksuologii sądowej w Krajowej Szkole Sądownictwa i Prokuratury.

100. Bożena Janicka, lekarz, spec. medycyny rodzinnej; prezes Porozumienia Pracodawców Ochrony Zdrowia.

Kapituła konkursu na str. 28

Pełne wersje wywiadów z laureatami dostępne na www.pulsmedycyny.pl.

Legenda awans na liście · spadek na liście · to samo miejsce co przed rokiem · nowa osoba na liście

SYSTEM OCHRONY ZDROWIA

LISTA 100 2024

Kapituła plebiscytu w kategorii Medycyna

prof. Monika Adamczyk-Sowa
— kierownik Katedry i Kliniki Neurologii Wydziału Nauk Medycznych w Zabrzu Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach;

Aleksander Biesiada
— wiceprezes Polskiego Towarzystwa Medycyny Rodzinnej;

prof. Piotr Chłosta
— kierownik Katedry i Kliniki Urologii Uniwersytetu Jagiellońskiego Collegium Medicum w Krakowie oraz Oddziału Klinicznego Urologii i Urologii Onkologicznej w Szpitalu Uniwersyteckim w Krakowie;

prof. Dominika Dudek
— kierownik Katedry Psychiatrii Uniwersytetu Jagiellońskiego Collegium Medicum, prezes Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego;

prof. Grzegorz Dzida
— Katedra i Klinika Chorób Wewnętrznych Uniwersytetu Medycznego w Lublinie, członek Zarządu Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego;

prof. Piotr Eder
— zastępca kierownika Oddziału Klinicznego Gastroenterologii, Chorób Wewnętrznych, Metabolicznych i Dietetyki Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Poznaniu, członek Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Gastroenterologii;

prof. Robert Flisiak
— kierownik Kliniki Chorób Zakaźnych i Hepatologii Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku, członek Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Hepatologicznego;

prof. Krzysztof Giannopoulos
— dyrektor Centrum Wsparcia Badań Klinicznych Uniwersytetu Medycznego w Lublinie, kierownik Zakładu Hematoonkologii Doświadczalnej UM w Lublinie, prezes Polskiego Towarzystwa Hematologów i Transfuzjologów;

prof. Marcin Grabowski
— kierownik I Katedry i Kliniki Kardiologii Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, członek Zarządu Głównego i rzecznik prasowy Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego;

prof. Piotr Jankowski
— kierownik Katedry i Kliniki Chorób Wewnętrznych i Gerontokardiologii Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego w Szpitalu im. prof. W. Orłowskiego w Warszawie;

prof. Marcin Moniuszko
— rektor Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku, kierownik Kliniki Alergologii i Chorób Wewnętrznych UM w Białymstoku;

prof. Joanna Narbutt
— kierownik Kliniki Dermatologii, Dermatologii Dziecięcej i Onkologicznej, Uniwersytetu Medycznego w Łodzi;

dr hab. Barbara Radecka, prof. UO
— kierownik Kliniki Onkologii oraz ordynator Oddziału Onkologii Klinicznej Opolskiego Centrum Onkologii, zastępca ds. lecznictwa dyrektora OCO w Opolu;

prof. Piotr Rutkowski
— kierownik Kliniki Nowotworów Tkanek Miękkich, Kości i Czerniaków Narodowego Instytutu Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie — Państwowego Instytutu Badawczego w Warszawie, przewodniczący Polskiego Towarzystwa Onkologicznego;

prof. Tomasz Stompór
— kierownik Katedry Chorób Wewnętrznych Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego w Olsztynie oraz Kliniki Nefrologii, Hipertensjologii i Chorób Wewnętrznych UWM, członek Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Nefrologicznego;

prof. Agnieszka Szuster-Ciesielska
— Katedra Wirusologii i Immunologii Instytutu Nauk Biologicznych Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie;

prof. Andrzej Tykarski
— kierownik Katedry i Kliniki Hipertensjologii Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu;

prof. Mieczysław Walczak
— kierownik Kliniki Pediatrii, Endokrynologii, Diabetologii, Chorób Metabolicznych i Kardiologii Wieku Rozwojowego Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie, konsultant krajowy w dziedzinie endokrynologii i diabetologii dziecięcej, przewodniczący Zarządu Polskiego Towarzystwa Endokrynologii i Diabetologii Dziecięcej;

prof. Mirosław Wielgoś
— kierownik Kliniki Położnictwa i Perinatologii Państwowego Instytutu Medycznego MSWiA w Warszawie, konsultant krajowy w dziedzinie perinatologii;

Małgorzata Konaszczuk
— redaktor naczelna „Pulsu Medycyny";

Dorota Dyś
— kierownik Działu Realizacji Bonnier Healthcare Polska;

Jarosław Szymański
— dyrektor zarządzający Bonnier Healthcare Polska.

LISTA 100 2024

Kapituła plebiscytu w kategorii System ochrony zdrowia

prof. Waldemar Banasiak
— kierownik Ośrodka Chorób Serca Wojskowego Szpitala Klinicznego we Wrocławiu, konsultant krajowy w dziedzinie kardiologii;

Michał Byliniak
— dyrektor generalny Związku Pracodawców Innowacyjnych Firm Farmaceutycznych Infarma;

dr Grzegorz Cessak
— prezes Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych;

Arkadiusz Grądkowski
— prezes Ogólnopolskiej Izby Gospodarczej Wyrobów Medycznych Polmed;

prof. Marcin Czech
— prezes Zarządu Polskiego Towarzystwa Farmakoekonomicznego;

Tomasz Dybek
— prezes Krajowej Rady Fizjoterapeutów;

dr Jarosław Fedorowski, prof. UMW
— prezes Polskiej Federacji Szpitali;

dr Małgorzata Gałązka-Sobotka
— dziekan Centrum Kształcenia Podyplomowego oraz dyrektor Instytutu Zarządzania w Ochronie Zdrowia Uczelni Łazarskiego;

prof. Michał Grąt
— kierownik Kliniki Chirurgii Ogólnej, Transplantacyjnej i Wątroby UCK WUM, konsultant krajowy w dziedzinie transplantologii klinicznej;

dr Jerzy Gryglewicz
— ekspert rynku medycznego i wykładowca Instytutu Zarządzania w Ochronie Zdrowia Uczelni Łazarskiego;

Krzysztof Kopeć
— prezes Polskiego Związku Pracodawców Przemysłu Farmaceutycznego — Krajowi Producenci Leków;

Dorota Korycińska
— prezes Zarządu Ogólnopolskiej Federacji Onkologicznej oraz Stowarzyszenia Neurofibromatozy Polska;

Jacek Krajewski
— prezes Federacji Porozumienie Zielonogórskie;

Anna Kupiecka
— prezes Fundacji OnkoCafe — Razem Lepiej;

dr Maria Libura
— kierownik Zakładu Dydaktyki i Symulacji Medycznej Collegium Medicum z Centrum Symulacji Medycznej, Uniwersytet Warmińsko-Mazurski w Olsztynie;

Mariola Łodzińska
— prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych;

Marek Tomków
— prezes Naczelnej Rady Aptekarskiej;

dr hab., prof. SGH Barbara Więckowska
— kierownik Zakładu Innowacji w Ochronie Zdrowia Szkoły Głównej Handlowej;

Małgorzata Konaszczuk
— redaktor naczelna „Pulsu Medycyny";

Emilia Grzela
— zastępca redaktor naczelnej „Pulsu Medycyny";

Katarzyna Lisowska
— zastępca redaktor naczelnej „Pulsu Medycyny".

NOVARTIS

to jedna z wiodących firm farmaceutycznych na świecie, której misją jest zmiana oblicza medycyny. W swoich działaniach odpowiada na kluczowe wyzwania zdrowotne w obszarze m.in. chorób cywilizacyjnych, takich jak schorzenia sercowo-naczyniowe, choroby onkologiczne, neurologiczne, reumatologiczne czy choroby rzadkie.
Firma dostarcza leki, które były postrzegane w kategorii „science fiction”, a dzisiaj pozwalają walczyć z chorobami kiedyś uznawanymi za śmiertelne lub niemożliwe do leczenia.

FA-11349478