

**POLSKO-SZWAJCARSKIE  
FORUM DIALOGU**

BIULETYN

**W KIERUNKU LEPSZEJ  
OPIEKI ZDROWOTNEJ  
– ROLA DANYCH UZYSKANYCH  
W PRAKTYCE (RWE)**

14\_06\_2019



Schweizerische Eidgenossenschaft  
Confédération suisse  
Confederazione Svizzera  
Confederaziun svizra

Ambasada Szwajcarii w Polsce

 **Swiss**  
Chamber Poland

# SPIS TREŚCI

Edytoriał	3
IX Polsko-Szwajcarskie Forum Dialogu pod patronatem Ministra Zdrowia	4
Cyfryzacja w sektorze zdrowia: szansa i kwestia zaufania	6
Real World Data (RWD) – możliwości i wyzwania na podstawie doświadczeń Szwajcarii	8
e-Zdrowie: rola RWE – status quo i przyszłość	10
RWE – wyzwania i szanse. Uwolnienie potencjału danych i lepsza opieka nad pacjentami	16
Polsko-Szwajcarskie Forum Dialogu	24

# EDYTORIAŁ



Szanowni Państwo,  
Rok 2019 jest wyjątkowy dla współpracy polsko-szwajcarskiej – równo sto lat temu nawiązane zostały stosunki dyplomatyczne między naszymi krajami, a w Bernie otwarto Ambasadę Rzeczypospolitej Polskiej. Wraz z upływem lat, współpraca ta rozwijała się zarówno pod kątem politycznym, jak również gospodarczym. Dziś na terenie Polski działa około 200 szwajcarskich firm, które zatrudniają ponad 45 tysięcy pracowników.

Od 21 lat również Polsko-Szwajcarska Izba Gospodarcza dba, aby nie tylko budować, ale również utrzymywać te relacje na jak najlepszym poziomie, wspierając przedsiębiorców z obu krajów. Cieszymy się, że jesteśmy częścią systemu, który już od wieku działa sprawnie, skutecznie i z wielką korzyścią dla Polski i Szwajcarii.

Jednym z naszych kluczowych projektów realizowanych w Polsce jest platforma wymiany doświadczeń pomiędzy ekspertami polskimi i szwajcarskimi z obszaru zdrowia – Forum Dialogu. W tym roku spotkaliśmy się po raz dziewiąty, aby rozmawiać o kolejnych wyzwaniach, jakie stawia przed nami opieka zdrowotna.

Tegoroczna edycja umożliwiła szeroką dyskusję na temat wykorzystania rzeczywistych danych z praktyki klinicznej (RWE) w leczeniu oraz bezpośredniej opiece nad pacjentami. Prelegenci z Polski i Szwajcarii wymienili się doświadczeniami w wykorzystaniu RWE oraz jego rzeczywistej wartości. Na całym świecie eksperci oraz środowiska pacjentów wśród znaczących czynników wpływających na poprawę jakości w ochronie zdrowia wskazują coraz częściej właśnie dane rzeczywiste uzyskane z praktyki klinicznej (RWE).

Zapraszam do zapoznania się z relacją z IX Polsko-Szwajcarskiego Forum Dialogu.

**LUKAS SCHIFFERLE,**  
RADCA HANDLOWY AMBASADY SZWAJCARII  
**ULRICH SCHWENDIMANN,**  
DYREKTOR POLSKO-SZWAJCARSKIEJ  
IZBY GOSPODARCZEJ

# IX Polsko-Szwajcarskie Forum Dialogu pod patronatem Ministra Zdrowia

Dziewiąte Polsko-Szwajcarskie Forum Dialogu było okazją do szerokiej dyskusji na temat wykorzystania rzeczywistych danych z praktyki klinicznej (RWE) w leczeniu oraz bezpośredniej opiece nad pacjentami. Zainicjowane przez Ambasadę Szwajcarii oraz Polsko-Szwajcarską Izbę Gospodarczą spotkanie zgromadziło grono znakomitych ekspertów z Polski i Szwajcarii, którzy wymienili się doświadczeniami w wykorzystaniu RWE oraz jego rzeczywistej wartości.

Po raz kolejny, Forum Dialogu odbyło się pod patronatem honorowym Ministra Zdrowia Łukasza Szumowskiego. Udział w spotkaniu wzięli: Doris Fiala, członek parlamentu szwajcarskiego, przewodnicząca szwajcarskiej komisji kontroli, nadzoru parlamentarnego, przewodnicząca FDP Women, Członek zarządu w ProCivis; dr Marta Polkowska, Kierownik Działu

Refundacji, Wydział Oceny Technologii Medycznych; Anna Romańczyk, Główny Specjalista w Departamencie e-Zdrowia, Ministerstwo Zdrowia; dr med. Adrian Jaggi, Dyrektor projektu Ehealth w Santésuisse, Swiss Health Insurer Association – Szwajcarskie Stowarzyszenie Ubezpieczeń Zdrowotnych; Bartosz Poliński, Prezes Zarządu Fundacji Onkologicznej ALIVIA; dr inż. Agnieszka Sznyk, Prezes Zarządu Instytutu Innowacji i Odpowiedzialnego Rozwoju; Avi Matan, General Manager Novartis Oncology; Katarzyna Stadnicka, Scientific Director Roche Pharma International Foundation Medicine, Roche Polska; prof. nadzw. dr hab. n. med. Iwona Ługowska, Kierownik Oddziału Badań Wczesnych Faz, Centrum Onkologii-Instytut w Warszawie. Moderatorem wydarzenia był dr Jakub Gierczyński, MBA, ekspert systemu ochrony zdrowia.



*To ważne, aby wspólnie mówić nie tylko o problemach, ale także wypracowywać rozwiązania, które mogą wpłynąć na poprawę jakości opieki zdrowotnej. Właśnie to wspólne określenie celu i jego realizacji nadaje wyjątkowości Forum Dialogu tworząc szanse na powstanie szerokiego planu i może przyczynić się do osiągnięcia efektu, który zaspokoi rosnące potrzeby pacjentów.*

JÜRIG BURRI, AMBASADOR SZWAJCARII W POLSCE



*Dyskusja o innowacji w ochronie zdrowia jest elementem postępującej integracji Polski w Europie i z Europą. Dla polskiej nauki oznacza to możliwość szerokiej współpracy naukowej z zespołami z innych krajów i udział w badaniach, do których inaczej nie mielibyśmy dostępu. Mam nadzieję, że te zdobycze współczesnej nauki, doświadczenie szwajcarskich producentów, którzy działają na skalę międzynarodową, poprawią sytuację również polskich chorych w bardzo wielu obszarach medycyny, a zwłaszcza w dziedzinie chorób onkologicznych, które u nas zbierają największe żniwo.*

ALEKSANDER POCIEJ, SENATOR RZECZPOSPOLITEJ POLSKIEJ

# Cyfryzacja w sektorze zdrowia: szansa i kwestia zaufania

## DORIS FIALA

CZŁONEK PARLAMENTU SZWAJCARSKIEGO,  
PRZEWODNICZĄCA SZWAJCARSKIEJ KOMISJI  
KONTROLI/NADZORU PARLAMENTARNEGO,  
PRZEWODNICZĄCA FDP WOMEN,  
CZŁONEK ZARZĄDU W PROCIVIS

## PERSPEKTYWA SZWAJCARSKA



Przed systemami opieki zdrowotnej stoi ogromne wyzwanie związane m.in. ze zmianami demograficznymi zachodzącymi w Europie. Mają one szczególny wpływ na efektywność i wydajność systemu, których spadek jest bardzo wyraźnie zauważalny właśnie w Szwajcarii. Należy więc szukać rozwiązań, które mogą zatrzymać wzrost kosztów opieki zdrowotnej.

Takie działania wdraża już parlament szwajcarski, przyjmując przepisy dotyczące elektronicznej dokumentacji medycznej, która ma wpłynąć na podniesienie nie tylko efektywności systemu opieki zdrowotnej, ale również jego skuteczności. Wprowadzenie systemu przesyłania danych medycznych wymaga też znacznych nakładów finansowych – kwota ta szacowana jest na ponad 320 milionów franków szwajcarskich. Tymczasem rząd federalny zabezpieczył na ten cel 30 milionów franków szwajcarskich.

Wysoka decentralizacja kraju sprawia, że konieczne jest również określenie odpowiedzialności za wprowadzaną nową infrastrukturę i bezpieczeństwo pozyskiwanych danych. Według przyjętych przepisów, zobligowane do wdrożenia systemu e-dokumentacji w Szwajcarii są szpitale, jednak zaledwie 25% z nich jest się w stanie wywiązać z tego zadania do kwietnia 2020 r. i stworzyć interfejs do automatycznego przekazywania danych. Brakuje ponadto włączenia w system e-dokumentacji lekarzy pierwszego kontaktu oraz pacjentów.

Szwajcaria jest przykładem kraju, który jest na dobrej ścieżce, jeżeli chodzi o zmiany w kierunku e-dokumentacji medycznej, jednak w realizowanych planach jest jeszcze dużo brakujących elementów. Ich uzupełnienie jest niezbędne do skutecznego funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej w nowej formule.

# Real World Data (RWD) – możliwości i wyzwania na podstawie doświadczeń Szwajcarii

DR MED. ADRIAN JAGGI

DYREKTOR PROJEKTU  
EHEALTH W SANTÉSUISSE,  
SWISS HEALTH INSURER ASSOCIATION  
SZWAJCARSKIE STOWARZYSZENIE  
UBEZPIECZEŃ ZDROWOTNYCH

PERSPEKTYWA SZWAJCARSKA



Jakość opieki zdrowotnej w Szwajcarii, jest na bardzo wysokim poziomie – jej utrzymanie związane jest jednak z wysokimi kosztami. Wzrosły one do poziomu 82,5 miliarda franków szwajcarskich. Szansą na ich ograniczenie może być praca nad jakością danych RWE. Kluczem do sukcesu nie jest samo posiadanie danych, a przede wszystkim wykorzystywanie i wyciąganie wniosków na ich podstawie. W wielu szpitalach dane kliniczne są bardzo zaawansowane, ale brakuje podejścia na poziomie krajowym.

Ograniczenie hospitalizacji i zwiększenie liczby przyjęć w trybie ambulatoryjnym lub jednodniowych hospitalizacji może wygenerować oszczędności rzędu nawet 15 %. Szwajcarskie ministerstwo zdrowia przyjęło już plan obejmujący 38 działań, zakładający m.in., że wytyczne muszą być przygotowywane w oparciu o dowody oparte na

danych wysokiej jakości. Niezbędne jest jednak zredukowanie nieefektywnych usług, świadczeń, ale trzeba je dokładnie zweryfikować, do czego konieczne jest posiadanie odpowiednich danych.

W 2006 r. w Szwajcarii uchwalono narodową strategię dotyczącą e-zdrowia, nie ma w niej jednak mowy o efektywności, a jedynie o wymianie informacji medycznych. Nie wszyscy pracownicy ochrony zdrowia mają aktualnie obowiązek wprowadzania danych do dokumentacji medycznej, dlatego jest ona niekompletna.

Mówienie o cyfryzacji związane jest jednak nie tylko z danymi, ale również z procesami. Należy wprowadzić rozwiązania, które będą nie tylko umożliwiły ich zbiór, ale także przekazanie ich w formie czytelnych informacji i wniosków.

# e-Zdrowie: rola RWE – status quo i przyszłość

## PANEL DYSKUSYJNY

### NAJWAŻNIEJSZE ZAGADNIENIA Z DYSKUSJI

#### MODERATOR:

- **DR JAKUB GIRECZYŃSKI, MBA, EKSPERT SYSTEMU OCHRONY ZDROWIA**

#### UCZESTNICY:

- **DORIS FIALA**  
CZŁONEK PARLAMENTU SZWAJCARSKIEGO,  
PRZEWODNICZĄCA SZWAJCARSKIEJ KOMISJI KONTROLI/  
NADZORU PARLAMENTARNEGO,  
PRZEWODNICZĄCA FDP WOMEN, CZŁONEK ZARZĄDU W PROCIVIS
- **DR MARTA POLKOWSKA**  
KIEROWNIK DZIAŁU REFUNDACJI, WYDZIAŁ OCENY  
TECHNOLOGII MEDYCZNYCH
- **ANNA ROMAŃCZYK**  
GŁÓWNY SPECJALISTA W DEPARTAMENCIE E-ZDROWIA,  
MINISTERSTWO ZDROWIA
- **AVI MATAN**  
GENERAL MANAGER NOVARTIS ONCOLOGY



**AVI MATAN**  
GENERAL MANAGER  
NOVARTIS ONCOLOGY



**DR MARTA POLKOWSKA**  
KIEROWNIK DZIAŁU REFUNDACJI,  
WYDZIAŁ OCENY  
TECHNOLOGII MEDYCZNYCH

#### MODERATOR:

**JAK WYGLĄDA ELEKTRONICZNA DOKUMENTACJA  
PACJENTA W POLSCE I W JAKIM KIERUNKU IDĄ  
PRACE NAD JEJ ROZWOJEM?**

#### ANNA ROMAŃCZYK

Informatyzacja jest priorytetem działań Ministerstwa Zdrowia, świadczy o tym m.in. rozwój platformy e-Zdrowie, w której dostępne jest internetowe konto pacjenta. Znajdziemy tam świadczenia wykonane w ramach publicz-

nego systemu płatnika i recepty wystawione przez lekarza. Kolejnym krokiem będzie wprowadzenie e-Skierowania.

Do systemu e-Recepty podłączonych jest już 99% aptek, dzięki temu od jesieni zeszłego roku wystawionych zostało ponad milion e-Recept.

Prowadzone są również prace umożliwiające elektroniczną wymianę dokumentacji pacjenta. Z moich informacji wynika, że ten system zostanie uruchomiony do 2021 r. Jest to jednak zależne od rozwoju całego systemu i wymaga czasu.

MODERATOR:

**W IZRAELU STWORZONO NA BAZIE SIECI INFORMATYCZNEJ FUNKCJONUJĄCY MODEL PRZESYŁANIA DANYCH. JAKIE MA PAN DOŚWIADCZENIE ZWIĄZANE Z POSTĘPEM INFORMATYZACJI W PROCESIE LECZENIA?**

AVI MATAN

Państwa na całym świecie mierzą się z podobnymi problemami związanymi z systemami opieki zdrowotnej, takimi jak kwestie budżetowe, ale przede wszystkim brak wydajności. Minister Zdrowia w Polsce powiedział: chcemy zwiększyć budżet i środki, ale przede wszystkim chcemy, aby system był bardziej wydajny, a w rezultacie – skuteczny. Niektóre reformy mogą nie być przyjemne, ale system powinien być w pierwszej kolejności skuteczny, a dopiero wtedy należy dołożyć do niego więcej środków.

Kwestia digitalizacji i elektronicznej dokumentacji medycznej jest niezwykle istotna. Przedstawię to na przykładzie Izraela. Populacja Izraela i Szwajcarii jest podobna – 8,5 mln obywateli. Wydatki na służbę zdrowia w przeliczeniu na obywatela to ok 7% PKB, co w porównaniu z innymi krajami Europy Zachodniej, gdzie wynoszą one ok 8-10% PKB, a w USA nawet więcej. Jeżeli spojrzymy jednak na raporty OECD, Izrael ma jeden z najbardziej wydajnych systemów opieki zdrowotnej na świecie.

W Izraelu działają trzy organizacje zajmujące się opieką zdrowotną, Health Maintenance Organization (w dosłownym tłumaczeniu Organizacja Utrzymywania Zdrowia). Jedną z największych jest Clalit Health Services i ma ponad 4,5 mln ubezpieczonych pacjentów, zapewniając leczenie ponad 60% populacji Izraela. Jest to drugie największe HMO na świecie. 12 lat temu organizacja przeszła cyfrową transformację. Obecnie cała dokumentacja z 20 szpitali i ponad 1000 klinik znajduje się

w jednym zdigitalizowanym systemie – diagnostyka, testy, zdjęcia laboratoryjne.

Izrael znany jest z wykorzystania zaawansowanej technologii, więc algorytmy i sztuczna inteligencja są używane do pozyskiwania dowodów medycznych z tych danych. Jednym przyciskiem można sprawdzić zgodność leczenia. W onkologii, gdy zgodność jest poniżej 50- 60%, spada skuteczność leczenia.

Poprawa wydajności systemu jest związana z doborem odpowiedniej sekwencji leczenia. Na przykład, w wielu chorobach onkologicznych w każdej z linii leczenia – pierwszej, drugiej, czy trzeciej, istnieje możliwość zastosowania np. 7 różnych terapii. Zastanawiamy się wtedy, która sekwencja jest najlepsza i właśnie tu Real World Evidence wraz ze sztuczną inteligencją i możliwościami komputeryzacji może dostarczyć odpowiedź na to pytanie. HMO jest nie tylko dostawcą usług medycznych, ale także płatnikiem, który widząc skuteczność leczenia może zdecydować o jego finansowaniu.

Niezwykle ważne w całym procesie są partnerstwa publiczno-prywatne, gdzie duże firmy farmaceutyczne kooperują z HMO i realizują wiele badań. Pozwala to łatwiej ocenić przebieg leczenia poszczególnych pacjentów.

MODERATOR:

**TO POKAZUJE, ŻE WSPÓŁPRACA MOŻE SIĘ ODBYWAĆ W RAMACH JEDNEGO SYSTEMU – DLA NAS JEST TO JEDNAK BARDZO TRUDNE. MOŻEMY INFORMATYZOWAĆ SZPITALA, ALE NIE MAMY WTEDY PRZEPŁYWU DANYCH Z OPIEKI SPECJALISTYCZNEJ I Z OPIEKI PODSTAWOWEJ. TO JEST BARDZO WAŻNE I ZOSTAŁO ZAPREZENTOWANE NA MODELU OPIEKI W IZRAELU. TO CHYBA MARZENIE AGENCJI, ŻEBY MIEĆ DO DYSPOZYCJI NARZĘDZIA POKAZUJĄCE**

**OCENĘ EFEKTÓW ZDROWOTNYCH. JAK AGENCJA WIDZI OBECNIE WPROWADZANE TECHNOLOGIE Z ZAKRESU E-ZDROWIA WŁĄCZANYCH DO KOSZYKA E-ŚWIADCZEŃ? JAKIE SĄ MOŻLIWOŚCI OCENIANIA DANYCH RZECZYWISTYCH W POLSCE ORAZ JAKIE DOŚWIADCZENIA MA AGENCJA Z NARZĘDZIAMI I MODELAMI Z ZAKRESU E-ZDROWIA?**

DR MARTA POLKOWSKA

W Wydziale Oceny Technologii Medycznych zajmujemy się oceną efektywności nowych terapii, które ubiegają się o refundację w Polsce. Ocenianiem jest skuteczność zarówno kliniczna jak i praktyczna w oparciu o badania obserwacyjne. Bazujemy na publikacjach naukowych i badaniach opublikowanych w międzynarodowych czasopismach. Pod kątem formalno-prawnym jest już ustawa o refundacji z 2012 r., która wprowadziła konieczność oceny skuteczności klinicznej i praktycznej, czyli bazującej na Real World Evidence. Zaktualizowaliśmy wytyczne oceny technologii medycznych w 2016 r. i do definicji analizy klinicznej włączono zapis, że należy prowadzić systematyczny przegląd zarówno badań klinicznych, rejestracyjnych leku, jak i rejestrów klinicznych badań obserwacyjnych dla tych technologii.

Badania kliniczne są projektowane tak, aby wykazać określoną statystycznie skuteczność względem stosowanego dotychczas komparatora. Natomiast badania obserwacyjne są prowadzone wśród dużo szerszej populacji pacjentów, zmagającymi się z różnymi chorobami współistniejącymi, które mogą wpływać na efektywność tej terapii, więc badania te pomagają zwalidować efektywność wykazaną w badaniach rejestracyjnych leków.

Poza tym w badaniach obserwacyjnych mamy do czynienia z tzw. rzeczywistą populacją pacjentów, którzy przyjmują również inne leki, mają choroby współistnieją-

ce, występuje zjawisko polipragmatyzacji, a w związku z tym mogą wystąpić działania niepożądane, które dotychczas nie zostały zaobserwowane w badaniach klinicznych. Z tego względu agencja podchodzi ze szczególną uwagą do tego typu danych, ocenia ich jakość i wiarygodność. Real World Data (dane rzeczywiste) wykorzystujemy nie tylko do oceny efektywności klinicznej, rozumianej jako bezpieczeństwo terapii, korzystamy z rejestrów takich jak WHO Uppsala, gdzie zbierane są dane porejestracyjne dla leku, korzystamy z informacji z PSURów (ang. periodic safety update report; okresowy raport o bezpieczeństwie), gdzie mamy pełną informację dotyczącą szerokiej populacji pacjentów.

W przypadku danych epidemiologicznych – korzystamy z rejestrów klinicznych, które pozwalają nam na ocenę, jaka jest epidemiologia, jaka jest zachorowalność na dane choroby, a to ma szczególne znaczenie w kontekście naszej pracy do oceny populacji docelowej, a przez to także wpływu na budżet płatnika poprzez objęcie nowej technologii refundacją. Często korzystamy z danych Narodowego Funduszu Zdrowia – są to dane bardzo wartościowe, jednak jesteśmy świadomi ich ograniczeń. Baza ta nie została zaprojektowana i przeznaczona do zbierania i analizowania danych klinicznych, tylko do celów rozliczeniowych. Pozyskujemy z nich dane, ale są one oceniane z dużą dozą niepewności.

Badania kliniczne czasami nie są wystarczające do podjęcia decyzji o refundacji leku ze względu na pewną niekompletność danych, np. ze względu na ich wcześniejsze zakończenie. I tu z pomocą przychodzi Real World Evidence – badania obserwacyjne długoterminowe, które pozwolą np. na tworzenie mechanizmów dzielenia ryzyka opartych o efektywność. Tam gdzie pojawia się niepewność związana z efektywnością leków, mogą być wdrożone instrumenty dzielenia ryzyka oparte o dane.

## SESJA PYTAŃ I ODPOWIEDZI

### PROF. WITOLD RUŻYŁŁO, KARDIOLOG

JAK W SZWAJCARII I IZRAELU WYGLĄDA STOSUNEK LICZBY ŁÓŻEK SZPITALNYCH DO POPULACJI? W POLSCE MAMY ZBYT WIELE ŁÓŻEK. NA KTÓRE TRACIMY ŚRODKI ZAMIAST SKUPIĆ SIĘ NA ROZWOJU LECZENIA AMBULATORYJNEGO.

### DORIS FIALA

To pytanie nie tylko o koszty, lecz także o jakość. W przypadku operacji kardiologicznych liczba przeprowadzanych zabiegów przekłada się na zdobywane przez lekarzy doświadczenie. Doświadczenie ma ogromny wpływ na jakość, ma też wpływ na cenę, więc liczba łóżek szpitalnych nie może być wyznacznikiem.

W zdecentralizowanym systemie Szwajcarii funkcjonuje 26 kantonów i brakuje scentralizowanych ośrodków eksperckich, ale nie ma konieczności, aby każdy z kantonów wykonywał wszystkie rodzaje zabiegów. Sama rozmowa o kosztach nie przekona społeczeństwa. Ważny jest nacisk na jakość usług medycznych, współpraca pomiędzy szpitalami, budowa nowych placówek, a digitalizacja to bez wątpienia przyszłość opieki zdrowotnej. Po mojej ostatniej podróży do Izraela stwierdzam wielką różnicę w mentalności naszych dwóch narodów: gdy start-up upadnie to próbuje ponownie i nadal otrzymują wsparcie od banków. W Szwajcarii ludzie, którym się nie udało czują się przegrani i nie mają woli do spróbowania ponownie. W przypadku centralizacji i centrum decyzyjnego w jednym miejscu – nie ma zachęty do podjęcia inicjatyw przedsiębiorczych.

### DR ADRIAN JAGGI

Koszty szpitalne w systemie zdrowotnym Szwajcarii są uznane za jedne z najwyższych. Poczyniono regulacje dotyczące niektórych interwencji i zabiegów, które powinny być wykonywane w placówkach ambulatoryjnych, nie w szpitalach. Jest to praktykowane od niedawna. Koszty w sektorze szpitalnym spadają, co potwierdza słuszność decyzji. Problemem jest decentralizacja – utworzony komitet złożony z dyrektorów kantonów, którzy zajmują się wysoko wyspecjalizowanymi interwencjami, których nie wykonuje się w każdym szpitalu.

### AVI MATAN

Straty w hospitalizacji są ogromne – to był problem również Izraela. Zmieniono system, w którym dużą zachętą do hospitalizacji były pieniądze i tym się głównie kierowały szpitale. Był to problem na dużą skalę. Podniesiono kwalifikacje lekarzy ogólnych, którzy potrafili zająć się wieloma schorzeniami. Hospitalizacja zmniejszyła się również dzięki telemedycynie. Dzięki specjalnym sensorom pacjent mógł być poddany elektrokardiografii czy testom czynności płuc i dzięki eksper-



tom w Call Center, którzy potrafią to analizować, można zapobiec wystąpieniu pacjenta do szpitala, co jak wiemy jest bardzo kosztowne.

Niestety wiele osób straciło pracę ze względu na przekierowanie środków. Fundusze zostały przekazane do bardziej wyspecjalizowanych ośrodków. Innowacje są kosztowne, a system wymaga modernizacji. Samo dofinansowanie nie jest i nie będzie nigdy rozwiązaniem problemu.



# RWE – wyzwania i szanse. Uwolnienie potencjału danych i lepsza opieka nad pacjentami

## PANEL DYSKUSYJNY

### NAJWAŻNIEJSZE ZAGADNIENIA Z DYSKUSJI

#### MODERATOR:

- **DR JAKUB GIRECZYŃSKI**, MBA, EKSPERT SYSTEMU OCHRONY ZDROWIA

#### UCZESTNICY:

- **DR MED. ADRIAN JAGGI**  
DYREKTOR PROJEKTU EHEALTH W SANTÉSUISSE, SWISS  
HEALTH INSURER ASSOCIATION SZWAJCARSKIE  
STOWARZYSZENIE UBEZPIECZEŃ ZDROWOTNYCH
- **BARTOSZ POLIŃSKI**  
PREZES ZARZĄDU FUNDACJI ONKOLOGICZNEJ ALIVIA
- **DR INŻ. AGNIESZKA SZNYK**  
PREZES ZARZĄDU INSTYTUTU INNOWACJI  
I ODPOWIEDZIALNEGO ROZWOJU
- **KATARZYNA STADNICKA**  
SCIENTIFIC DIRECTOR ROCHE PHARMA INTERNATIONAL  
FOUNDATION MEDICINE, ROCHE POLSKA

- **AVI MATAN**  
GENERAL MANAGER NOVARTIS ONCOLOGY
- **PROF. NADZW. DR HAB. N. MED. IWONA ŁUGOWSKA**  
KIEROWNIK ODDZIAŁU BADAŃ WCZESNYCH FAZ, CENTRUM  
ONKOLOGII-INSTYTUT W WARSZAWIE

#### MODERATOR:

#### CO ZNACZY REAL WORLD EVIDENCE – UWOLNIENIE POTENCJAŁU DANYCH I LEPSZA OPIEKA NAD PACJENTEM, Z PERSPEKTYWY PACJENTA?

#### BARTOSZ POLIŃSKI

Kwestia zbierania danych jest ważna i może być kluczem do osiągnięcia przełomu w leczeniu w przyszłości. Prowadziliśmy badanie dotyczące pacjentów chorych na raka płuca, gdzie pacjenci zgłaszali swoje symptomy po wykonanej operacji za pomocą aplikacji mobilnej na telefonie komórkowym. Okazało się, że te osoby żyły średnio 7 miesięcy dłużej niż pacjenci, którzy nie korzystali z tej aplikacji. To doskonały przykład, że dane RWE mogą być konkretnym benefitem dla pacjentów i ratować życie.

Z perspektywy organizacji pacjentów zbieranie danych z systemów może dotyczyć nie tylko pacjentów i sytuacji medycznych, ale samego systemu ochrony zdrowia. W Fundacji Alivia już 9 lat temu zauważyliśmy, że tych danych brakuje. Pacjent jest zagubiony i nie może podjąć racjonalnej decyzji nt. ścieżki leczenia, ponieważ nie wie,

które szpitale leczą, jakie są wyniki tego leczenia, a zatem także jego jakości. Strategicznie zaczęliśmy tworzyć programy, które wyjdą naprzeciw tym problemom.

Udało się uruchomić 3 projekty, w tym „Kolejkoskop”, który zbiera dane nt. czasu oczekiwania do badań m.in. rezonansu magnetycznego, tomografii i badań PET CT. To są dane od samych pacjentów, którzy dzwonią do przychodni i pytają, na kiedy mogą zostać umówieni. Później okazuje się, że te dane nie zgadzają się z danymi opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia, ponieważ fundusz zbiera dane deklaracyjne, a my zbieramy dane bezpośrednio od pacjentów.

Ponad 30 tys. pacjentów co miesiąc korzysta z portalu, aby się dowiedzieć, gdzie może szybko wykonać badanie. Pomaga to rozwijać działania rzecznicze, przekazywać te dane do NFZu, ministerstwa zdrowia, aby skrócić czas oczekiwania, który czasami sięga nawet kilkuset dni.

Kolejny projekt, Onkomapa, powstał dzięki wsparciu szwajcarskiemu. Umożliwia on pacjentom ocenę ośrodków onkologicznych i lekarzy. Niestety brakuje danych na temat jakości leczenia w tych ośrodkach. Pacjenci zostawiają swoje opinie, wskazówki i rady dla innych.

Najnowszy projekt to monitorowanie poziomu dostępności innowacyjnych terapii onkologicznych. Sprawdzamy jakie leki są rekomendowane w leczeniu chorób onkologicznych w 20 obszarach terapeutycznych, które najczęściej są przyczyną śmierci Polaków. Sprawdzamy, które z tych leków są w wytycznych ESMO, czyli towarzystwa naukowego, które przygotowuje wskazówki, jak najlepiej leczyć raka z aktualną wiedzą medyczną i czy te terapie są refundowane w Polsce, czy nie. Te informacje są dostępne dla pacjentów na portalu i dla władz. Pomiary są robione cyklicznie i możemy monitorować zmiany.

MODERATOR

**W JAKI SPOSÓB TE DANE SĄ ODBIERANE PRZEZ OSOBY PODEJMUJĄCE DECYZJE, URZĘDY? CZY SĄ UWAZANE ZA WIARYGODNE, CZY NIE?**

BARTOSZ POLIŃSKI

Mógłbym tu powiedzieć wiele gorzkich słów. W przypadku projektu Onkomapa wystaliśmy ankieterów do 40 największych ośrodków onkologicznych w Polsce. Z ¾ tych ośrodków nasi ankieterzy zostali wyproszeni, nie mieli tam wstępu. Po negocjacjach, udało nam się tylko w połowie porozmawiać z pacjentami. Ośrodki kliniczne boją się oceny. Gdy wyniki splotyły drogą internetową to okazało się, że pacjenci nie odbierają tego systemu tak źle. Przykładem jest świetna współpraca w ramach projektu Kolejkoskop. Po kilku latach zgłosił się do nas NFZ, który zauważył, że dane zamieszczone na jego stronach nie zgadzają się z naszymi i poproszono nas o tworzenie zestawień, na podstawie których może podejmować różne działania w stosunku do tych ośrodków. Dzięki temu dane deklaratywne zaczęły być znacznie lepszej jakości.

To świetny przykład współpracy pomiędzy organizacjami pozarządowymi, a instytucjami centralnymi.

Chcemy, aby dane były wykorzystywane nie tylko przez pacjentów, ale przez same ośrodki onkologiczne, aby mogły skupić się na poprawie jakości swoich usług. Dzisiaj jeszcze się to nie dzieje.

MODERATOR

**CZY W POLSCE DYSPONUJEMY DANymi, Z KTÓRYCH MOŻNA WYCIĄGAĆ WNIOSKI I CZY POPRAWA RAPORTOWANIA WPŁYNIE NA UZYSKIWANIE DANYCH RZECZYWISTYCH?**

AGNIESZKA SZNYK

Pewne dane posiadamy, ale ich jakość pozostawia wiele do życzenia. Trzeba poprawić raportowanie. Tylko dzięki odpowiednim informacjom i danym możemy podejmować właściwe decyzje zarządcze na poziomie państwa, ale też na poziomie szpitala. Nie da się zarządzać ochroną zdrowia bez real evidence.

Z naszych raportów wynika, jak wielu informacji wciąż brakuje. Z zebranych danych staramy się dostarczać wskazówki decydentom i managerom szpitali, jak poprawić i zoptymalizować system. Analizując ścieżkę pacjenta w raku płuca i raku jajnika, wyłonił się przerażający obraz skomplikowania ścieżki, a także dezorientacji pacjenta. Próbując naszkicować scenariusz krytycznej ścieżki leczenia po uwzględnieniu czasu oczekiwania na podstawie wywiadów z pacjentami i ośrodkami, otrzymaliśmy wynik pokazujący, że ten okres jest bardzo długi.

Pokazuje to utratę czasu, który jest największą wartością w ochronie zdrowia, i dla pacjenta, i dla płatnika. Kluczowa jest optymalizacja systemu, byśmy nie tracili

również pieniędzy, które można przeznaczyć na inne cele. Innym przykładem jest raport w obszarze okulistyki na temat kosztów pośrednich dwóch schorzeń związanych z retinopatią cukrzycową: schorzenie AMD dotyczące ludzi starszych, zwykle na emeryturze- w tym przypadku lek dostępny jest w refundacji oraz DME- schorzenie osób młodych, poniżej 45 r.ż.. Ta choroba kończy się ślepotą i lek na nią nie podlega refundacji. Chorzy nie mogą pracować, nie przynoszą wkładu do gospodarki, więc brak tu logiki w decyzji. Ponośzone są znaczne straty gospodarcze.

MODERATOR

**PAŃSTWA RAPORT NA TEMAT NIEWYDOLNOŚCI SERCA WYKAZUJĄCY STRATY RZĘDU 4 MILIARDÓW ZŁOTYCH KOSZTÓW POŚREDNICH, RAKA PIERSI 3 MILIARDY, BĘDZIE ARGUMENTEM DLA PŁATNIKA, ABY WDRAŻAĆ PEWNE DZIAŁANIA. CHCIAŁBYM RÓWNIEŻ PANIĄ ZAPYTAĆ, CZY OPRACOWYWANE PRZEZ PAŃSTWA DANE SĄ BRANE POD UWAGĘ?**

AGNIESZKA SZNYK

Jeszcze nie są brane pod uwagę przy decyzjach ministerstwa, ale cieszy nas, że głos mówiący o kosztach pośrednich i ich faktycznego wpływu na gospodarkę, jest słyszany. W województwie dolnośląskim analizowaliśmy koszty występowania poszczególnych nowotworów. Przeanalizowaliśmy koszty bezpośrednie 10 wybranych jednostek chorobowych jeżeli chodzi o nowotwory, a także koszty pośrednie i ich wpływ na gospodarkę. Obecnie w województwie jest prowadzony pilotaż sieci onkologicznej wprowadzający nowe mierniki i zbierający dane w sposób uporządkowany, którego efek-

tów jesteśmy bardzo ciekawi. Współpracujemy głównie z ekonomistami, specjalistami od zarządzania i próbujemy trochę tę grupę ekspertów włączyć do systemu ochrony zdrowia, co nie jest łatwym zadaniem.

MODERATOR

**PANI POSEŁ FIALA WSPOMINAŁA, ŻE LEKARZE W SZWAJCARII MAJĄ DUŻĄ SWOBODĘ W PODEJMOWANIU WŁASNYCH DECYZJI, ŻE CIĘŻKO IM NARZUCIĆ PEWNE STANDARDY ORAZ FORMALNOŚCI. WYDAJE SIĘ, ŻE W POLSCE JEST BARDZO PODOBNI. JAK TO WYGLĄDA W OŚRODKACH, W KTÓRYCH PANI PRACUJE, KIEROWANYM PRZEZ PANIĄ ODDZIAŁ BADAŃ WCZESNYCH FAZ I Z PERSPEKTYWY NAJWIĘKSZEGO CENTRUM ONKOLOGICZNEGO W POLSCE? CZY MAMY TAKĄ ŚWIADOMOŚĆ, ŻE IDZIEMY W KIERUNKU EFEKTYWIZACJI NASZYCH DZIAŁAŃ, MIERZENIA TYCH KORZYŚCI, KTÓRE PRZYNOSZĄ NOWE ROZWIĄZANIA W MEDYCYNIE, ALE RÓWNIEŻ Z UWZGLĘDNIENIEM DIAGNOSTYKI, PROFILOWANIA PACJENTA, PERSONALIZACJI MEDYCYNY?**

PROF. IWONA ŁUGOWSKA

Padła informacja o okresie oczekiwania do rozpoczęcia leczenia, który jest zbyt długi i nie do przyjęcia. Ja też jestem częściowo za to odpowiedzialna. Pacjent jest informowany, że do rozpoczęcia badania klinicznego musi wykonać serię badań diagnostycznych i kontrolnych. Dlatego, żeby skrócić ten czas korzystam z Kolejkoskopu, zalecając pacjentowi wizytę w innym mieście celem szybszego wykonania badania.

Trendy dotyczące onkologii kreuje przemysł farmaceutyczny, bo tam jest innowacja, opcje terapeutyczne, sztuczna inteligencja i real world data. Leczę pacjentów i chciałabym mieć nowe możliwości dla tych chorych, a jednocześnie mam informacje o nowych terapiach, które są alternatywą. Obecnie onkologia to immunoterapia, jeszcze chemioterapia, ale też leki ukierunkowane molekularne. Immunoterapia to wspomaganie naszego układu immunologicznego lekami po to, aby to układ immunologiczny zwalczył nowotwór.

Druga gałąź medycyny to leki ukierunkowane molekularnie. Jeżeli określimy target i mamy lek, leczenie jest efektywne. Leków celowanych jest coraz więcej. W ciągu ostatnich 4 lat zarejestrowano ich bardzo dużo i nie wszystkie są dostępne w Polsce. Jest to ograniczone do zdefiniowanych programów lekowych, ale pacjent powinien wiedzieć jakie ma opcje – być może pacjent będzie chciał sfinansować swoje leczenie lekiem, który przeszedł badania kliniczne.

W części przedklinicznej leki są sprawdzane na modelach zwierzęcych, a następnie są prowadzone badania kliniczne 1 fazy, którymi się zajmuję. Są one obciążone ogromnym ryzykiem dla pacjenta, ponieważ nie ma gwarancji, że organizm człowieka zareaguje podobnie jak organizm myszy czy małpy. Są to bardzo trudne i wymagające badania, gdzie konieczna jest precyzja czasowa. Wykorzystywana jest duża ilość fiolek z krwią, pobranych w konkretnym punkcie czasowym, które wysyłane są następnie na farmakokinetykę. Jest to faza, w której uzyskujemy informacje odnośnie bezpieczeństwa. W drugiej fazie badana jest odpowiedź na leczenie, a następnie jeśli nowa terapia odnosi się do leków obecnie stosowanych – czy nastąpiła poprawa. Leki ukierunkowane molekularnie to są właśnie mutacje wystę-

pujące u pacjenta z różną częstością. Czasami jest to 50% pacjentów, a czasem 3-7%. Trudno przewidzieć, który z pacjentów będzie miał mutacje. W przypadku leków celowanych problemem jest proces pozyskiwania pacjentów z konkretnymi mutacjami. Gdyby każdy pacjent przynosił ze sobą na wizytę także opis badania genetycznego, o wiele łatwiej byłoby stwierdzić, jakie leczenie dla tego pacjenta jest optymalne. Gdyby było to dostępne w ramach leczenia standardowego, to moglibyśmy pacjentowi zaproponować udział w badaniu klinicznym.

Centrum Onkologii rocznie odnotowuje 600 tys. wizyt, więc ta ogromna ilość danych jest źródłem niesamowitych informacji – doskonały przykład Real World Evidence. W Oddziale Badań Wczesnych Faz realizujemy nasze nowe terapie, które możemy zastosować także u osób z chorobami rzadkimi. W bazie jednej jednostki szpitalnej może być tylko 5-10 pacjentów. Na podstawie tak małych danych nie jesteśmy w stanie wiele wnioskować. Publikacje na temat leczenia choroby Ewinga, która atakuje młode osoby, dotyczą 20-40 osób. Dlatego też inicjatywa Unii Europejskiej utworzenia sieci leczenia nowotworów rzadkich, pozwoli nam lepiej zastosować dane kliniczne.

Na przykładzie badania klinicznego, które otworzyliśmy w ostatnim czasie, widać 52 kryteria włączenia pacjenta do badania, np. pacjent ma mieć wynik Hemoglobiny 9. Jeżeli ma 8,9 to znaczy, że nie jest kandydatem do badania klinicznego, ale jest kandydatem do leczenia standardowe-



go. To co różni te 2 źródła informacji związane z badaniami klinicznymi i real world evidence to jest fakt, że w przypadku pierwszym jest to wyselekcjonowana grupa chorych, w przypadku drugim jest to szeroka populacja pacjentów. W badaniu klinicznym obowiązuje stały schemat postępowania. W ścieżce standardowej modyfikujemy leczenie, ręcznie wprowadzając dane do systemów informatycznych. Badając pacjenta i jego problemy kliniczne jednocześnie, musimy zaplanować diagnostykę i na sam koniec uzupełnić kartę DiLO, SMPT i notatkę. Systemy obejmujące te informacje nie są zintegrowane. Bez połączenia systemów musimy uzupełniać tę samą informację w różnych systemach informatycznych. Ważne jest to, że badanie kliniczne

się w pewnym momencie kończy, a pacjent jest pod naszą wieloletnią obserwacją.

Stworzyliśmy bazę danych GIST, na podstawie której publikujemy wyniki leczenia i są to nasze publikacje na ten temat. Aktualizacja naszych rekomendacji jest bardzo dynamiczna i mieliśmy pomysł stworzenia systemu wspomaganie decyzji klinicznych, a jednocześnie zbiera informacje evidence based data, a z drugiej strony – podpowiada lekarzowi, co można zastosować w terapii. Stworzyliśmy strukturę systemu wspomaganie decyzji klinicznych.

Pozwoliła nam ona zaplanować sposób postępowania u chorych w sposób zdigitalizowany i rozbudować to na dwie gałęzie leczenia operacyjnego bądź systemowego.

Okazało się, że jest to dość skomplikowane dla systemu informatycznego i było to duże wyzwanie, ale udało się stworzyć taką aplikację i można ją pobrać ze strony PTHO, a lekarze korzystają z niej bardzo chętnie.

MODERATOR

**JAKĄ ROLĘ W TYM CAŁYM PROCESIE UWOLNIENIA POTENCJAŁU DANYCH I LEPSZEJ OPIEKI NAD PACJENTAMI BĘDZIE MIAŁA DIAGNOSTYKA? CZY MOŻEMY SOBIE POZWOLIĆ NA STOSOWANIE LEKÓW, KTÓRE NIE BĘDĄ DZIAŁAŁY U DANEGO PACJENTA, A INNY PACJENT NIE DOSTANIE TEGO LEKU, KTÓREGO POTRZEBUJE? JAKIE JEST DOŚWIADCZENIE POLSKIE I MIĘDZYNARODOWE?**

DR KATARZYNA STADNICKA

Jako pacjent wolalabym być leczona terapią, która będzie skuteczna i przyniesie mi ulgę, a nie tylko działania niepożądane. Pani profesor fantastycznie zarysowała rewolucyjne zmiany w onkologii. W tej chwili możemy pozyskać coraz więcej informacji na temat chorego. Rozwój nauki i technologii przyniósł nam świadomość, że każdy chory na raka jest inny. Wiemy już, że nowotwory są chorobą genową i każdy z nas ma trochę inny genom i trochę inny nowotwór. Wiedza ta bardzo prosto łączy się z real world data i z tym, o czym mówiliśmy wcześniej. Nie jesteśmy w stanie wykonać badań klinicznych w dużych grupach, które wezmą pod uwagę indywidualne cechy każ-

dego chorego. Natomiast duża baza danych, pochodząca z realnego leczenia, stanowi potężną bazę informacji nt. chorych, ich genomu, ale też tego, na co są narażeni.

Wiemy, że nie wszyscy chorzy odpowiadają na leczenie, co można by wyszukać w odpowiednio dużej bazie dobrej jakości danych i znaleźć przyczynę. I to jest styk między bazami danych, realną opieką zdrowotną, a stymulowaniem nauki. Nauka na poziomie uniwersyteckim, badania podstawowe, będą potrafiły znaleźć hipotezy – przyczynią się do badań nad nowymi lekami i nowymi możliwościami leczenia. To jest zadanie dla polskiego i międzynarodowego przemysłu farmaceutycznego oraz współpracy różnych przemysłów. Z kolei postęp i tworzenie nowych leków powoduje, że kolejni chorzy mogą mieć leczenie bardziej celowane i dopasowane do nich, właśnie na podstawie informacji z dokładnej diagnostyki. W tej chwili podejście do leczenia onkologicznego się bardzo zmienia. Kilka lat temu profesor Jassem mówił o leczeniu chorych jak o wysypywaniu różnych składników do garnka i obserwowaniu co z tego wyniknie. Diagnostyka genomu chorego nie jest bardzo tania, ale w porównaniu z kosztami leczenia nieskutecznego jest tania. Wykonuje się ją przed leczeniem lub po zakończonym leczeniu celowanym, także w celu informacji przy nawrotach. Prawidłowa diagnostyka stanowi ułamek kosztów leczenia i postępowania z chorym, nie mówiąc o stratach społecznych, o utraconym zdrowiu chorego. Matematyka jest bardzo prosta. Badanie genomowe jest stosunkowo



DR KATARZYNA STADNICKA

SCIENTIFIC DIRECTOR ROCHE

PHARMA INTERNATIONAL FOUNDATION

MEDICINE, ROCHE POLSKA

nowe i 15 lat temu było dramatycznie drogie. W tej chwili koszty z roku na rok się obniżają, bo technologie są coraz bardziej powszechne i wiele firm oferuje takie badania. Jesteśmy coraz bliżej łatwej dostępności i rozsądnych cen.

MODERATOR

**JAK MOŻNA WSPOMÓC METODOLOGIE ZBIERANIA DANYCH RZECZYWISTYCH?**

AVI MATAN

Spójrzmy na to z szerszej perspektywy – potencjał jest ogromny dla każdej ze stron. Pacjenta, płatnika, lekarzy itp., ale jednym z głównych pytań jest – jak regulator

postrzeża te dane. Prawda jest taka, że jeszcze jesteśmy na wczesnym etapie znajomości tych instytucji i tematu. Korzyści są oczywiste, dane rzeczywiste są na dobrą sprawę używane wszędzie – umiejscowienie produktów w sklepach, w reklamach Google. Dlatego wielkimi graczami w branży medycznej w przyszłości nie będą firmy farmaceutyczne, tylko firmy technologiczne jak Google, Amazon, Microsoft, które na dobrą sprawę już się tym zajmują, robiąc ogromne inwestycje.

Google właśnie opracował algorytm AI, jak diagnozować retinopatię cukrzycową, który ma taką samą skuteczność jak certyfikowana rada lekarska. Dlatego odpowiadając na pytanie, przeszkodą w staniu się wiarygodnym wobec rządów i ministerstw zdrowia jest nie tylko jakość danych (w imię zasady garbage in, garbage out) oraz harmonizacja (jednolite standardy w całej branży), dodatkowo dochodzą kwestie poufności danych, wreszcie istotna jest transparentność. W normalnych badaniach klinicznych monitorowane jest wszystko, dlatego istotna jest też transparentność danych – co to za dane, jak są zbierane. Można jeszcze dodać, że istotna jest reputacja real world evidence, która jeszcze nie istnieje.

Novartis stara się wchodzić we współpracę z firmami technologicznymi. Kilka lat temu pracowaliśmy z IBMem, Watson Health, gdzie badano dane pacjentek z rakiem piersi i próbowano dostosować najlepsze leczenie poprzez algorytm i sekwencje. Widzimy wiele możliwości współpracy firm farmakologicznych z firmami technologicznymi, które są specjalistami w dużych zbiorach danych – obsłudze i analizie – tych umiejętności brakuje w branży farmaceutycznej. Gdy zadzieją się te wszystkie kroki, ustawodawca będzie podchodził do danych z większą dozą zaufania i będzie opierał swoje decyzje także na nich.



# Polsko-Szwajcarskie Forum Dialogu

Polsko-Szwajcarskie Forum Dialogu to inicjatywa wspierana przez firmy LifeScience, która ma na celu inspirować dyskusję o kształcie i kierunku reform w polskiej ochronie zdrowia i przyczynić się do wypracowania modelu relacji między interesariuszami, opartego na prowadzeniu otwartego dialogu, zgodnie z doświadczeniami szwajcarskimi.

W ramach Polsko-Szwajcarskiego Forum Dialogu do tej pory odbyło się dziewięć spotkań:

## ILE RYNKU, ILE PAŃSTWA W OCHRONIE ZDROWIA? KONKURENCJA MIĘDZY PŁATNIKAMI

### – DOŚWIADCZENIE SZWAJCARSKIE. (2011)

- Dr Eugen David, Członek Komisji Bezpieczeństwa Społecznego i Zdrowia Rady Kantonów, były Prezes jednej z największych kasy chorych w Szwajcarii,
- Dr Thomas Zeltner, wieloletni Minister Zdrowia w Szwajcarii,
- Marek Balicki, były Minister Zdrowia,
- Dr Andrzej Sośnierz, były Prezes NFZ.

## PROFILAKTYKA I PROMOCJA ZDROWIA – NOWE PERSPEKTYWY DLA PAŃSTWA I SAMORZĄDU (2011)

- Dr med. Ignazio Cassis, lekarz, Członek Komisji Zdrowia Zgromadzenia Federalnego Szwajcarii,
- Dr Thomas Mattig, Prezes Fundacji Health Promotion Switzerland,
- Bolesław Samoliński, Konsultant Krajowy ds. Zdrowia Publicznego,
- Witold Tomaszewski, Główny Inspektorat Sanitarny.

## DIALOG JAKO NAJLEPSZY SPOSÓB NA OSIĄGNIĘCIE OPTIMALNYCH ROZWIĄZAŃ W SYSTEMIE OCHRONY ZDROWIA (2012)

- Dr Thomas Zeltner, wieloletni Minister Zdrowia w Szwajcarii,
- Thomas Cueni, Sekretarz Generalny szwajcarskiego stowarzyszenia branżowego Interpharma,
- Prof. Witold Ortowski, Główny Doradca Ekonomiczny PwC.

## POLITYKA SENIORALNA W EUROPIE NA PRZYKŁADZIE DOŚWIADCZEŃ SZWAJCARII. WYZWANIA MIĘDZYRESORTOWE W OPIECE SENIORALNEJ W POLSCE. (2013) – WE WSPÓŁPRACY Z SEJMOWĄ KOMISJĄ ZDROWIA POD PRZEWODNICTWEM

### POSEŁ BEATY MAŁECKIEJ-LIBERY

- Hans Groth, Prezes World Demographic&Ageing Forum,
- Dr med. Ignazio Cassis, lekarz, Członek Komisji Zdrowia Zgromadzenia Federalnego Szwajcarii.

## JAK WDROŻYĆ STRATEGIĘ WALKI Z RAKIEM? WYZWANIA, PRZED KTÓRYMI STOI POLSKA. SZWAJCARSKIE DOŚWIADCZENIA – IMPLEMENTACJA REFORM SYSTEMOWYCH, ROLA DIALOGU MIĘDZY INTERESARIUSZAMI (2014) – WE WSPÓŁPRACY Z PARLAMENTARNYM ZESPOŁEM DS. ONKOLOGII POD PRZEWODNICTWEM POSEŁ ALICJI DĄBROWSKIEJ ORAZ POLSKIM TOWARZYSTWEM ONKOLOGICZNYM

- Prof. Jakob Passweg, Prezes Szwajcarskiej Ligi do Walki z Rakiem, ordynator Kliniki Hematologii Uniwersytetu Medycznego w Bazylei,
- Prof. Jacek Jassem, Przewodniczący Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Onkologicznego, Kierownik Kliniki Onkologii i Radioterapii Uniwersytetu Medycznego w Gdańsku,
- Prof. Dr Beat Seiler, Dyrektor Medyczny Helsana, największej kasy chorych w Szwajcarii.

## JAK W POLSCE LECZYMY RAKA? DOSTĘPNOŚĆ NOWOCZESNEGO LECZENIA ONKOLOGICZNEGO (2015)

- Prof. Francesco de Lorenzo, Prezes Europejskiej Koalicji Chorych na Raka,
- Martina Weiss, Szefowa Działu Zakupów Leków i Usług Medycznych największej szwajcarskiej kasy chorych Helsana,
- Bartosz Poliński, Prezes Fundacji Alivia.

## PACJENT W CENTRUM SKOORDYNOWANEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ (2017)

- Dr n. med. Zbigniew Król, Wiceminister Zdrowia,
- Dr med. Ignazio Cassis, Członek Parlamentu Konfederacji Szwajcarskiej,
- Prof. dr hab. n. med. Mirosław Wysocki, Dyrektor Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego, Krajowy Konsultant w dziedzinie Zdrowia Publicznego,
- Prof. dr med. Gregor Zünd, profesor chirurgii, Przewodniczący Komitetu Wykonawczego Szpitala Uniwersyteckiego w Zurychu,
- Prof. dr hab. Ewelina Nojszewska, Szkoła Główna Handlowa w Warszawie.

## OPIEKA ZDROWOTNA OPARTA NA WYNIKACH LECZENIA PACJENTÓW DROGĄ DO INNOWACJI W OCHRONIE ZDROWIA (2018)

- Dr Małgorzata Gałzka-Sobotka, Dyrektor Centrum Kształcenia Podyplomowego w Uczelni Łazarzkiego,
- Dr Gerhard Pfister, Deputowany do Szwajcarskiej Rady Narodowej, członek Komisji Zdrowia i Spraw Społecznych, Przewodniczący Polsko-Szwajcarskiej Grupy Parlamentarnej,
- Prof. dr med. Beat Müller, Dyrektor Medyczny, Uniwersytet Medyczny w Aarau,
- Dr n. med. Grzegorz Juszczyk, Dyrektor Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego Państwowy Zakład Higieny
- Prof. dr hab. n. med. Tadeusz Pieńkowski, Prezes Towarzystwa do Badań nad Rakiem Piersi,
- Beata Ambroziewicz, Prezes Poliej Unii Organizacji Pacjentów „Obywatele dla Zdrowia”.

---

## W KIERUNKU LEPSZEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ – ROLA DANYCH UZYSKANYCH W PRAKTYCE (RWE) (2019)

- Doris Fiala, Członek Parlamentu Szwajcarskiego, Przewodnicząca Szwajcarskiej Komisji Kontroli, Nadzoru Parlamentarnego, Przewodnicząca FDP Women, Członek Zarządu w Proclivis,
- Dr Marta Polkowska, Kierownik Działu Refundacji, Wydział Oceny Technologii Medycznych,
- Anna Romańczyk, Główny Specjalista w Departamencie e-Zdrowia, Ministerstwo Zdrowia,
- Dr med. Adrian Jaggi, Dyrektor projektu Ehealth w Santésuisse, Swiss Health Insurer Association – Szwajcarskie Stowarzyszenie Ubezpieczeń Zdrowotnych,
- Bartosz Poliński, Prezes Zarządu Fundacji Onkologicznej ALIVIA,
- Dr inż. Agnieszka Sznyk, Prezes Zarządu Instytutu Innowacji i Odpowiedzialnego Rozwoju,
- Avi Matan, General Manager Novartis Oncology,
- Katarzyna Stadnicka, Scientific Director Roche Pharma International Foundation Medicine, Roche Polska,
- Prof. nadzw. dr hab. n. med. Iwona Ługowska, Kierownik Oddziału Badań Wczesnych Faz, Centrum Onkologii-Instytut w Warszawie,
- Prof. dr hab. n. med. Tadeusz Pieńkowski, Prezes Towarzystwa do Badań nad Rakiem Piersi,
- Beata Ambroziewicz, Prezes Poliej Unii Organizacji Pacjentów „Obywatele dla Zdrowia”.

## ORGANIZATORZY

---

## PATRONAT HONOROWY

---

## PARTNERZY DZIEWIĄTEJ EDYCJI POLSKO-SZWAJCARSKIEGO FORUM DIALOGU

---