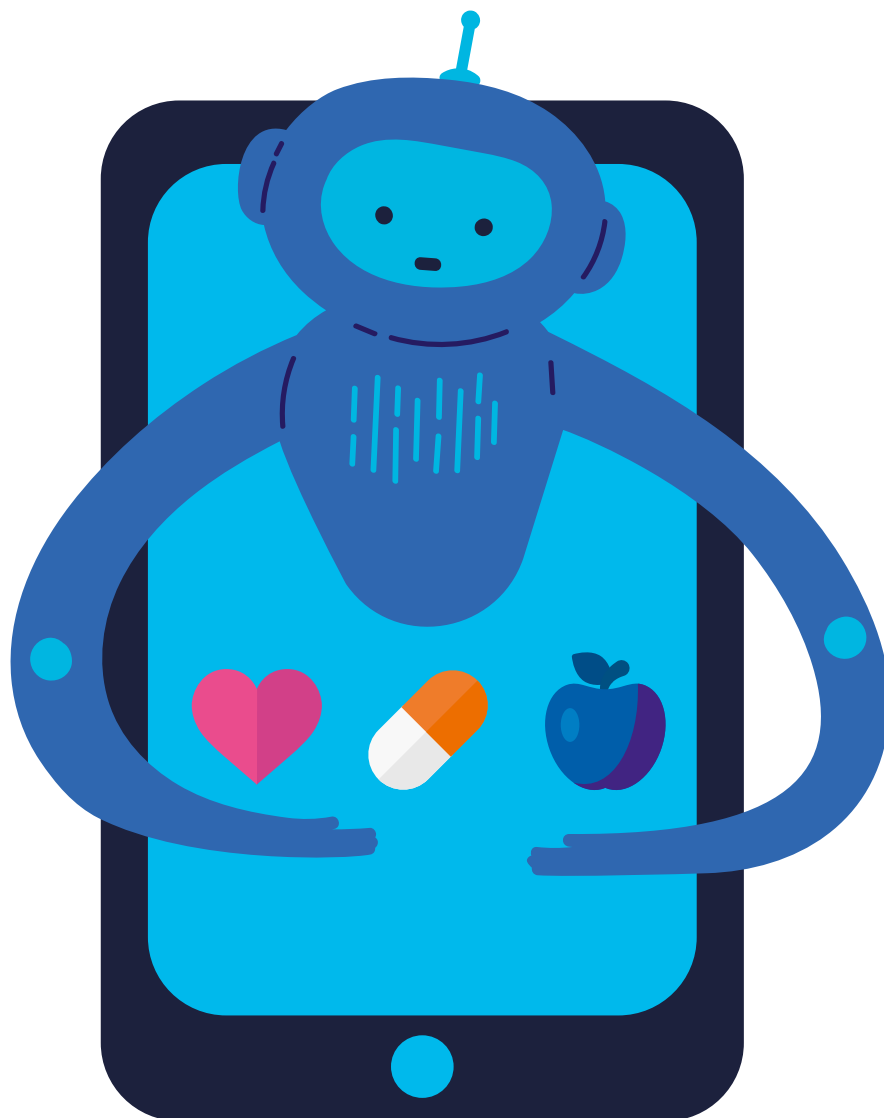




CHAT PO DYPLOMIE

Google prezentuje
medyczną wersję ChatGPT.
Czy AI zacznie teraz
diagnostować pacjentów?

EDM 2027

Najpóźniej za 5 lat 99%
podmiotów wdroży EDM.
Wnioski ze strategii
Centrum e-Zdrowia.

MENEDŻER E-/ZDROWIA

Kompetencje, wyzwania
i zarobki dyrektorów
placówek medycznych.

ODDZIAŁ DOM

Dlaczego Brytyjska Służba
Zdrowia inwestuje
w wirtualne szpitale?

Zeskanuj kod, aby pobrać
BEZPŁATNY PORADNIK
„OPIEKA KOORDYNOWANA”



Ann Mond Johnson
Amerykańskie
Stowarzyszenie
Telemedycyny

Maciej Malenda
Doctor.One



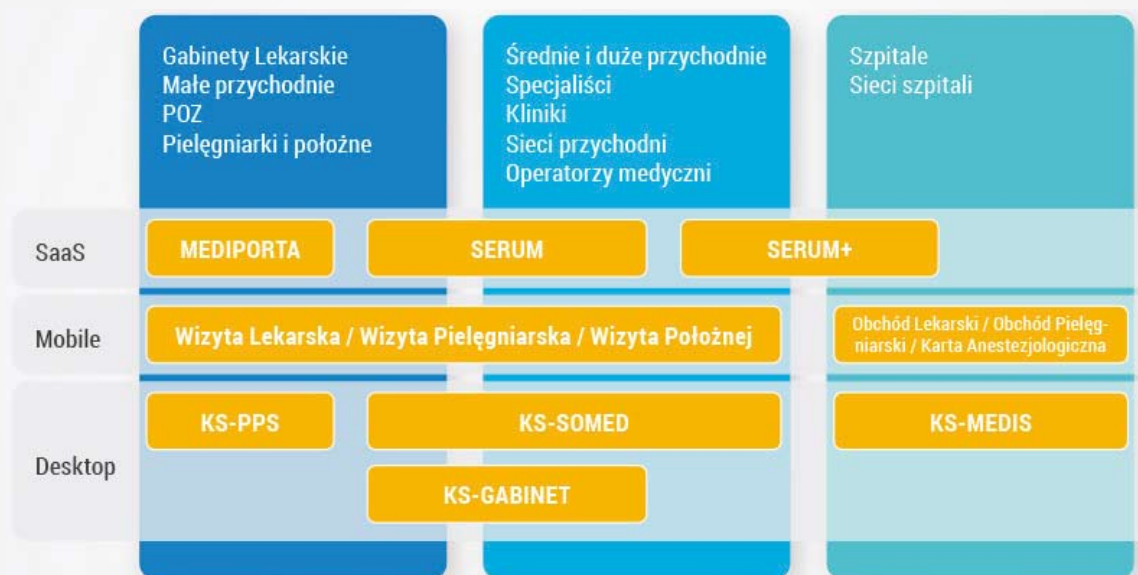
Zarządzaj obiegiem EDM z KS-EDM Suite

- ✓ Indeksuj i udostępniaj Elektroniczną Dokumentację Medyczną
- ✓ Raportuj Zdarzenia Medyczne
- ✓ Sprawniej i szybciej realizuj szczepienia przeciw COVID-19 i grypie
- ✓ Chronić dane przed ich uszkodzeniem lub utratą.

wejdź na:
edm.kamsoft.pl

KS-EDM SUITE KAMSOFT SA

Nie masz jeszcze systemu do wytwarzania EDM?
Wybierz oprogramowanie dopasowane do Twojej placówki medycznej.



AI gotowa na zdrowie

Sztuczna inteligencja wchodzi szturmem do naszego życia, czego przykładem jest ChatGPT. Zmiany czekają też ochronę zdrowia, bo medyczne modele AI są coraz dokładniejsze.



ARTUR OLESCH
Redakcja Czasopisma
OSOZ Polska
OSOZ World

✉ redakcja@osoz.pl

Więcej informacji na
blog.osoz.pl



Zaledwie po dwóch miesiącach od premiery, ChatGPT zyskał 100 mln użytkowników. Tik-Tokowi, dotychczasowemu liderowi, osiągnięcie takiej liczby zajęło 9 miesięcy. To efekt imponujących możliwości modeli językowych (tzw. konwersacyjna AI) oraz praktycznego zastosowania chatu. ChatGPT pozwala uzyskiwać w kilka sekund odpowiedzi, których przygotowanie z pomocą Google zajęłoby kilkanaście minut. I do tego w spójnej formie i stylu językowym, którym posługuje się człowiek. Modele AI są na tyle doskonałe, że mogą tworzyć nowe treści na podstawie dostępnej wiedzy, w tym wiersze, przepisy kulinarne, muzykę i obrazy.

W ochronie zdrowia trwają prace nad podobnymi modelami, które m.in. pozwolą pacjentom precyzyjnie oceniać stan zdrowia, uzyskiwać oparte na najnowszej wiedzy naukowej zalecenia zdrowotne, a lekarzom i pielęgniarkom – „zadawać” elektronicznej dokumentacji medycznej pytania, zamiast szukać informacji ręcznie.

Medyczna wersja ChatGPT, czyli Med-PaLM

Z początkiem 2023 roku, Google i DeepMind zaprezentowały napędzany sztuczną inteligencją chatbot o nazwie Med-PaLM. Celem systemu jest generowanie precyzyjnych i bezpiecznych odpowiedzi na pytania dotyczące zagadnień medycznych i zdrowotnych.

Nowe narzędzie bazuje na tzw. dużym modelu językowym (ang. Large Language Models, LLM). LLM to modele przetwarzania języka naturalnego przez sztuczną inteligencję. Ich zadaniem jest rozumienie zapytań i generowanie odpowiedzi tekstowych w prostym języku. W przypadku Med-PaLM, zbiory danych, na których bazują odpowiedzi, dotyczą wyłącznie medycyny i pochodzą z np. badań naukowych.

Med-PaLM został przeszkolony na siedmiu zestawach pytań-odpowiedzi obejmujących profesjonalne egzaminy medyczne oraz badania i zapytania dotyczące kwestii zdrowotnych zarejestrowanych w Internecie. Z opublikowanego przez Google i DeepMind badania „Large Language Models Encode Clinical Knowledge” („Duże modele językowe przekazują wiedzę kliniczną”) wynika, że model po udoskonaleniu może być zastosowany do celów klinicznych.

Na razie naukowcy przyznają, że chociaż Med-PaLM działa „zachęcająco”, nadal nie dorównuje precyzji lekarzy. Na 140 pytań ocenianych w badaniu, 92,9% odpowiedzi klinicystów zgadzało się z wiedzą naukową. W przypadku modelu AI, było to tylko 61,9%.

W 16,9% odpowiedzi generowanych przez Med-PaLM zaobserwowano nieprawidłowe pobieranie informacji (w przypadku człowieka to mniej niż 4%). Podobne dysproporcje występowały w przypadku nieprawidłowego toku wyciągania wniosków (10% vs. 2%) oraz nieodpowiedniej lub nieprawidłowej treści odpowiedzi (18,7% vs. 1,4%).

Jednak algorytmy AI uczą się w szybkim tempie. ChatGPT-3, czyli obecna wersja modelu, czerpie wiedzę z łącznie 175 mld parametrów zebranych z ok. 10 mln stron internetowych. Kolejne wersje mają mieć moc setki razy większą. A to pozwoli m.in. na generowanie filmów wideo. Podobnego tempa można spodziewać się w medycynie.

5 zastosowań modeli językowych w medycynie

- **Medycyna oparta na faktach.** Lekarz będzie mógł szybko wyszukać nowe badania naukowe przydatne z punktu widzenia leczenia pacjenta. Wystarczy powiedzieć: „wyszukaj najnowsze badania na temat leczenia zakażenia enterokokami opornymi na wankomycynę u pacjenta w 70 r.ż. z cukrzycą”. Odpowiedź będzie można uszczegółowić pytając o konkretne zalecenia. Lekarze będą mogli pytać wprost o aktualne zalecenia lekarskie, skuteczność terapii i możliwe powikłania, a odpowiedzi uzyskać w przeciagu kilku sekund.
- **Szukanie odpowiedzi w EDM.** Lekarz uzyska informacje, których manualne szukanie trwałoby nawet kilka godzin. Przykładowo: „sprawdź wyniki poziomu leukocytów z ostatnich 5 lat i pokaż je na osi czasu” albo „sprawdź, czy z punktu widzenia kartoteki pacjenta i aktualnego sposobu leczenia ukażały się ostatnio nowe badania naukowe” lub „który lek dla pacjentów z parametrami jak u pacjenta X wykazuje największą skuteczność”.
- **Zasięganie drugiej opinii.** Dla lekarzy POZ, medyczne modele AI będą pełnić funkcję pierwszej konsultacji specjalistycznej. Podobnie jak już AI interpretuje zdjęcia diagnostyki obrazowej, nowe modele wspomogą diagnozę skomplikowanych przypadków klinicznych oraz chorób rzadkich. Miejsce leczenia nie będzie istotne – pacjent zyska opiekę o takiej samej jakości, niezależnie od tego, czy będzie to nowoczesne centrum medyczne dużego szpitala uniwersyteckiego, czy mały gabinet zlokalizowany na wsi.
- **Wstępna diagnoza.** To, że model Med-PaLM jest rozwijany przez Google, nie jest przypadkiem. Google to dziś największy na świecie... poradnik medyczny. Do wyszukiwarki trafia średnio 70 000 zapytań związanych ze zdrowiem na minutę. Niestety, odpowiedzi często wprowadzają w błąd, bo opierają się na popularności, a nie wiarygodności treści. Google wie, że rośnie mu konkurencja ze strony tzw. symptom checkerów, czyli systemów AI opartych na wiedzy medycznej.
- **Personalni doradcy zdrowotni.** „Jakie suplementy diety powinny stosować osoby z moją chorobą X w wieku Y przy stosowaniu leków Z?” Chatboty zdrowotne w formie aplikacji i robotów będą obserwowały nasze codzienne życie, analizowały dane, porównywały je z wiedzą w Internecie i korygowały niezdrowe zachowania, podpowiadały, jak lepiej zadbać o kondycję psycho-fizyczną, jak się prawidłowo odżywiać i uprawiać sport. Do tego nie trzeba będzie wiedzieć, o co pytać – to chatboty będą aktywnie podpowiadały, prowadziły i doradzały.

Za kilka lat, medyczne modele AI staną się zaufanymi asystentami lekarzy, uwalniając ich od klawiatur i szukania wiedzy pośród gigabajtów danych. Tempo rozwoju AI robi wrażenie: w styczniu 2023, ChatGPT zdał amerykański egzamin medyczny (U.S. Medical Licensing Examination), odpowiadając poprawnie na 60 proc. pytań. ●

„Przedstaw mi najważniejsze zmiany w parametrach zdrowia pacjenta z ostatnich 5 lat oraz sprawdź, czy w ostatnim półroczu pojawiły się nowe wytyczne i leki stosowane w leczeniu głównego rozpoznania.”

Po zastosowaniu leku A 3 lata temu, wyniki badań B i C powróciły do normy. Jednak widać powolny spadek poziomu D. W takim przypadku, opublikowane miesiąc temu w czasopiśmie E badania sugeruje przepisanie leku F dla poprawy komfortu życia i uniknięcia powikłań.



Zwiększ bezpieczeństwo danych w swojej **aptece**



włącz **RepoCloud**
i **CopyCloud** już dziś!

- ✓ Zminimalizuj ryzyko utraty danych
- ✓ Zapewnij ciągłość działania apteki
- ✓ Odzyskaj dane po awarii bez straty



AKTUALNOŚCI

- 8 W KADRZE
CES 2023: przełomowe innowacje dla zdrowia
- 10 WAŻNE PYTANIE
Co konkretnego wynika z nowej strategii Centrum e-Zdrowia?
- 13 RYNEK ZDROWIA W PIGUŁCE
To będzie trudny rok w zdrowiu, bo rok wyborczy
- 16 RADAR ZDROWOTNY
Alergia, grypa i przeziębienie w marcu 2022

INNOWACJE

- 18 APLIKACJE MEDYCZNE
Multi-funkcyjny pomocnik pacjenta: VisiMed
- 19 NOWOŚCI/WYNAZKI
Spotify wchodzi do zdrowia, badania z jednej kropli krwi
- 22 INFOGRAFIKA
Cyfrowe przyspieszenie

RAPORT

- 24 OPIEKA KOORDYNOWANA
Jak wdrożyć opiekę koordynowaną w POZ. Rozmowy z ekspertami, praktyczne porady, infografiki i odpowiedzi.



»Telemedycyna ma największy sens w połączeniu ze zdalnym monitorowaniem zdrowia pacjenta.«

Ann Mond Johnson | Amerykańskie Stowarzyszenie Telemedycyny | str. 34

ROZMOWY

- 34 Ann Mond Johnson: Technologia pomaga zaopiekować się pacjentami w sposób, o jakim nie śniłismy
- 36 Maciej Malenda: System zdrowia produkuje wizyty, tracąc z oczu pacjenta

ZARZĄDZANIE

- 38 BEZPIECZEŃSTWO DANYCH
To najczęstsza przyczyna kary nałożonej przez UODO. Jak jej uniknąć?
- 41 MENEDŻER ZDROWIA
Menedżer zdrowia. Zarobki, kompetencje i perspektywy zawodowe

TRANSFORMACJA

- 44 E-ZDROWIE NA ŚWIECIE
Przegląd międzynarodowej prasy
- 46 RAPORT
Raport największych zagrożeń dla świata. Wśród nich kryzys systemów zdrowia
- 49 LABORATORIUM TECHNOLOGII
Czy będzie spójna regulacja terapii cyfrowych w Europie?

OSOZ WORLD

- 52 WHAT'S NEXT
DayOne's Roadmap For Startups Looking To Collaborate With Pharma

WEBINARIY

- 54 SZKOLENIA
Nowe szkolenia w OSOZ TUTOR

PORADNIK MENEDŻERA STOMOZ

- 56 Przegląd roku 2022 z perspektywy menedżerów

STATYSTYKI

- 61 FELIETON
Rok 2022 w farmacji i prognoza na 2023
- 65 RANKINGI PEX
Firmy i produkty (grudzień 2022)
- 66 MONITOR EPIDEMIOLOGICZNY
Mapy zdrowotne kraju (grudzień 2022)
- 70 MONITOR FARMACJI
Rynek farmaceutyczny (grudzień 2022)
- 77 MONITOR RYNKU LEKÓW
Sprzedaż testów ciążowych w aptekach



»System ochrony zdrowia przypomina na call center lub linię produkcyjną.«

Maciej Malenda |
Doctor.One | str. 36

25%

Taki procent wszystkich wydatków na zdrowie w USA jest marnowanych w efekcie nieefektywności administracyjnej. To 935 mld USD rocznie.

440 mln

Do 2024 r. na całym świecie zostanie sprzedanych prawie 440 milionów urządzeń ubieralnych (wearables) o zastosowaniach zdrowotnych/wellness.

40–50

Tyle łóżek na wirtualnych oddziałach na 100 000 mieszkańców planuje udostępnić brytyjska służba zdrowia w tym roku. Chodzi o pacjentów monitorowanych w domu, którymi opiekują się mobilne zespoły medyczne.

OSTATNIE WYDANIE DRUKOWANE
CZASOPISMA OSOZ



Świeże newsy i praktyczna wiedza. Teraz online

Od 2023 roku, czasopismo OSOZ będzie dostępne tylko w wersji elektronicznej, jako blog.osoz.pl oraz w formie e-wydań do pobrania jako PDF. Dla wygody czytelników, większej dostępności i dobra naszej Planety. I do tego nadal bezpłatnie.

Zapraszamy na blog.osoz.pl

W SKRÓCIE

3,5 mln na loterię „Profilaktyka 40 Plus”



Z programu „Profilaktyka 40 PLUS” skorzystało dotąd jedynie 7,5% uprawnionych (1,5 mln z 20 mln). Chodzi o bezpłatne badania profilaktyczne dostępne dla osób powyżej 40. roku życia. Ministerstwo Zdrowia chcąc poprawić zainteresowanie programem uruchomiło loterię z pulą nagród 3 500 000 zł. Do podobnej zachęty MZ sięgnęło podczas kampanii szczepień przeciwko COVID-19. Wówczas w loterii wzięło udział 4 mln 371 tys. osób, a łączna wartość nagród sięgnęła 22 mln zł.

ZUS sprawdzi „recepty na żądanie”



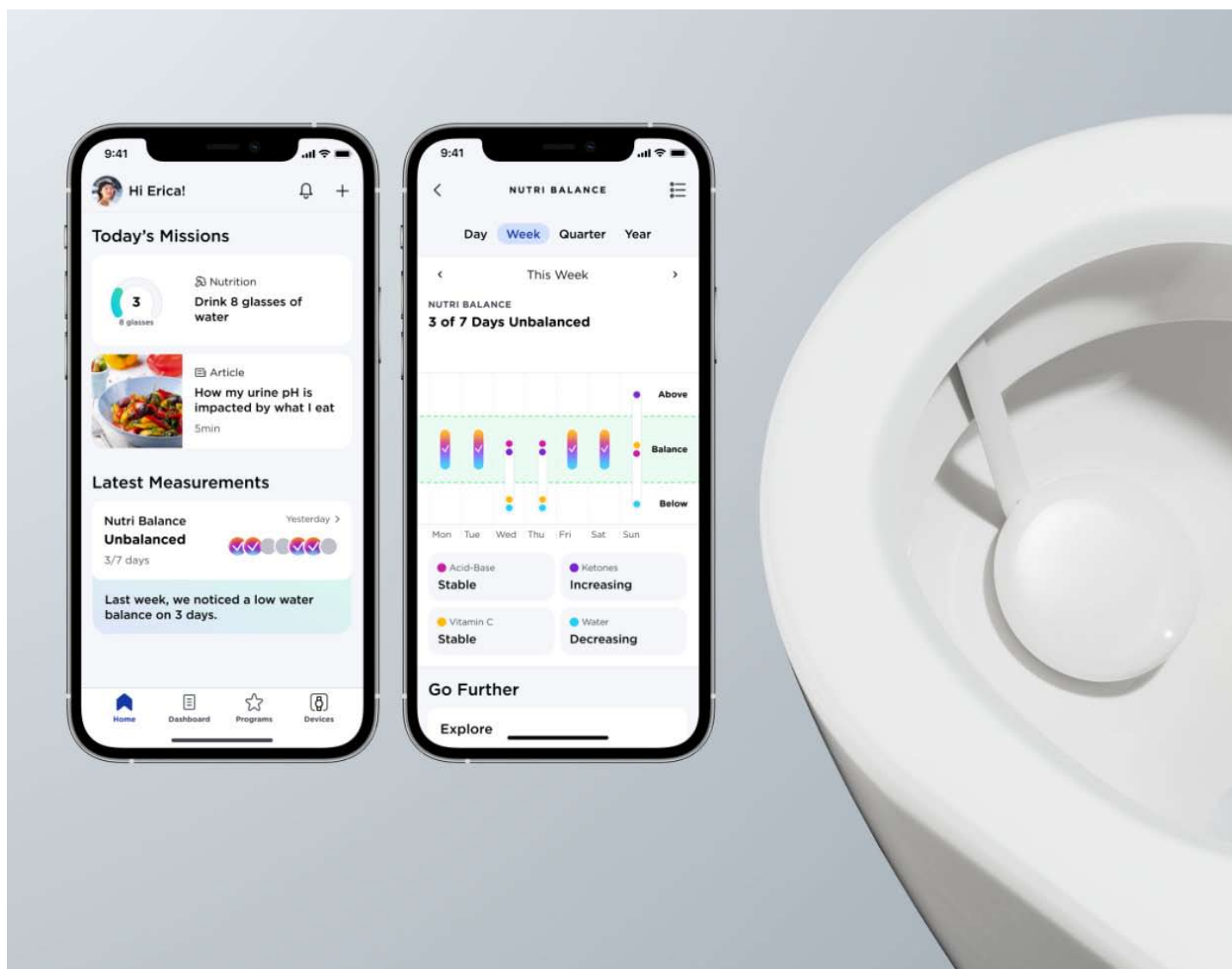
Recepta za 65 zł, a zwolnienie lekarskie za 99 zł. Wystarczy wypisać formularz online i zapłacić – nie milkną echa prowokacji Dziennika Gazety Prawnej, która ujawniła handel e-receptą i e-ZLA w sieci. ZUS zapowiedział kontrole, a NIL zwraca uwagę na nadużywanie przepisów i nieetyczne zachowanie.

Dr Dariusz Samborski, członek prezydium NRL, w rozmowie z DGP zaznaczył, że w związku z nadużyciami nie należy ograniczać teleporad: „Absolutnie dostrzegamy sensowność teleporad, natomiast bezwzględnie przepisy należy doprecyzować i uszczelnić system.”

Robot z AI operuje kręgosłup w Tarnowie



W Klinice Neurochirurgii Szpitala Wojewódzkiego im. św. Łukasza w Tarnowie przeprowadzono pierwsze zabiegi kręgosłupa z użyciem robota MazorX, jedynego takiego w Polsce i jednego z 16 w Europie.





CES 2023: przełomowe innowacje dla zdrowia

Pierwsze mini-laboratorium moczu, monitoring faz snu i samoladujący się tracker zdrowia – spośród setek premier największej na świecie wystawy technologii konsumenckich CES 2023 wybraliśmy trzy najciekawsze.

Badanie moczu w domu zamiast laboratorium

Withings, francuska firma specjalizująca się w inteligentnych wagach i zegarkach oraz technologiach zdrowotnych, zaprezentowała pierwsze domowe laboratorium moczu U-Scan. Czujnik wyglądający jak kostka toaletowa, umieszczany w muszli klozetowej śledzi takie parametry jak: stężenie LH, ciężar właściwy oraz pH moczu. To na początek, bo firma zapowiada, że wkrótce pojawią się czujniki do profesjonalnych badań moczu klasy medycznej. Urządzenie potrafi rozpoznać czy ma do czynienia ze zwykłą wodą do spłukiwania, czy z moczem, a do tego skojarzyć użytkownika toalety z pobraną próbką. Na podstawie wyników badań, aplikacja U-Scan Nutri Balance sprawdza indywidualne cechy metabolizmu, sugerując zmiany w diecie i przyjmowaniu płynów, a także udzielając wskazówek dotyczących aktywności fizycznej. Urządzenie będzie kosztować 499,95 euro (jeden czujnik U-Scan oraz wkład na trzy miesiące badań).

Maska wykrywająca zaburzenia snu

Chociaż wiele inteligentnych zegarków oferuje pomiar cykli snu, wiarygodność wyników pozostawia dużo do życzenia. Powód? Obliczenia opierają się na prostych parametrach jak puls, częstość oddechu oraz ruchy ciała, a nie bezpośrednio na tzw. szybkich ruchach gałek ocznych, dokładnie opisujących fazy REM. Rozwiązaniem jest Soma Sleep, inteligentna maska na oczy do spania z kompozytowymi czujnikami z nanorurek węglowych cienkich jak papier. Precyzja wyników pomiarów odpowiada profesjonalnym laboratoriom snu. Co ważne, maska oferuje naturalne warunki pomiaru, czyli własne łóżko. Wyniki można przestać lekarzowi, aby ocenić stopień zaburzeń snu. Mała, bezpieczna bateria wystarcza na 8 godzin. SomaSleep będzie dostępna w sprzedaży w grudniu 2023 w cenie 199 dolarów.

Zamień dowolny zegarek w smartwatcha

Nie chcesz rozstawać się ze swoim ulubionym zegarkiem, ale brakuje Ci w nim tego, co oferują nowe smartwatche? BHeart rozwiązał ten problem w sprytny sposób opracowując bransoletę, którą można połączyć z klasycznymi zegarkami. Do wyboru są trzy wersje wykonane z metalu w odcieniu srebra, złota lub czerni. Czujniki umieszczono w dolnej części opaski. Wystarczy wymienić bransoletę, aby mierzyć te same parametry, co dedykowane opaski fitness i smartwatche: aktywność fizyczną, tętno, jakość snu itd. BHeart ma jeszcze jedną zaletę – samoladującą się baterię za pomocą ruchów ręki, światła otoczenia i ciepła ciała ludzkiego (technologia BMotion). Oczywiście jest też specjalna aplikacja, gdzie dane z bransolety są zbierane i analizowane. BHeart będzie dostępny w sprzedaży od kwietnia 2023 roku w cenie ok. 100 dolarów. Niska cena jest częścią strategii producenta, któremu zależy, aby urządzenie było szeroko dostępne.

Zdjęcia: Withings, Soma Sleep, BHeart



Co konkretnego wynika z nowej strategii Centrum e-Zdrowia?

Po konsultacjach społecznych, Centrum e-Zdrowia opublikowało strategię na lata 2023–2027. 93-stronicowy dokument zawiera dużo ogólnych deklaracji, ale wśród nich są też ważne z punktu widzenia świadczeniodawców plany. Przykładowo, cel 99% placówek sprawozdających zdarzenia medyczne do systemu e-zdrowia czy przejście na ICD-11.

– Strategia Centrum e-Zdrowia określa długofalowe cele i pokazuje, jak instytucja zamierza je zrealizować. Pomoże jej wykorzystywać swoje mocne strony, pracować nad słabymi, optymalizować działania i rozwią-

zać się. W efekcie przełoży się to na tworzenie jeszcze lepszych e-usług, odpowiadających potrzebom wszystkich interesariuszy: pacjentów, podmiotów leczniczych i farmaceutycznych, dostawców oprogramowania medycznego oraz organów administracji publicznej – pisze o dokumencie CeZ.

Wiele miejsca poświęcono wewnętrznej organizacji Centrum: misji, wizji, wartościom jak otwartość na nowe potrzeby interesariuszy, innowacyjność, współpraca z wszystkimi podmiotami rynku, ciągłe doskonalenie.

Do tego opisano, jakie obszary obejmują rozwiązania tworzone przez CeZ: promocja zdrowia i profilaktyka; diagnostyka, leczenie i rehabilitacja; kształcenie kadr medycznych; nadzór epidemiologiczny; zarządzanie produktami leczniczymi i kreowanie polityki lekowej; prowadzenie badań i monitoringu.



»Do 2027 roku CeZ planuje przeprowadzić 300 nowych szkoleń dla pracowników ochrony zdrowia. 532 już zrealizowano.«

13 celów CeZ w nowej odsłonie

Największą część dokumentu zajmuje opis 4 obszarów strategicznych. Wczytując się w nie dokładnie, można natrafić na ciekawe plany Centrum na kolejne 5 lat. Oto najważniejsze z nich:

Perspektywa interesariuszy

- **Wzmocnienie współpracy w oparciu o dialog z interesariuszami:** warsztaty dla różnych grup, w tym m.in. UserKon-y dla lekarzy (pierwsza edycja odbyła się w styczniu), projectathonów i „godzin dla dostawców”; możliwość zgłoszenia przez organizacje pacjentów pomysłu na nowe e-rozwiązanie lub funkcjonalność itd.
- **Wdrażanie nowych e-usług w obszarze ochrony zdrowia.** Tutaj pojawia się lista konkretnych projektów zaplanowanych na kolejne lata: **system e-Krew** (centralny system gospodarowania zasobami krwi i jej składnikami); **system e-Transplant** z zastosowaniem innowacyjnych algorytmów dla usprawnienia przebiegu procesów związanych z medycyną transplantacyjną; system **e-Hemofilia** (monitorowanie i nadzorowanie stosowania produktów leczniczych wydawanych w ramach Narodowego Programu Leczenia

Chorych na Hemofilię i Pokrewne Skazy Krwotoczne); **system dla chorób rzadkich** (monitorowanie zachorowalności i leczenia chorób rzadkich).

Oprócz tego, CeZ zapowiada stworzenie **systemu do gromadzenia i analizowania danych genetycznych**, które w powiązaniu z danymi z systemu e-zdrowie (P1) umożliwią prowadzenie analiz celem wdrożenia działań zmierzających do optymalizacji procesu diagnostyczno-terapeutycznego pacjenta. CeZ chce też zbudować centralne repozytorium danych dla wybranych podmiotów leczniczych.

Strategia obejmuje rozwój Systemu Monitorowania Kształcenia Pracowników Medycznych, portalu pacjent.gov.pl, aplikacji IKP, centralnej e-rejestracji, usługi teleporad i rozszerzenie zakresu dokumentów w Elektronicznej Dokumentacji Medycznej (EDM).

- **Wsparcie procesu podejmowania decyzji w oparciu o dane e-zdrowia** z wykorzystaniem narzędzi sztucznej inteligencji i rozwiązań z dziedziny Big Data. Planowane jest stworzenie Rejestru Produktów Specjalnych, zgodnie z potrzebą Głównego Inspektora Farmaceutycznego, ograniczenie zdarzeń nieporządkanych, poprawa interoperacyjności danych.
- **Centrum kompetencji e-zdrowia**, czyli podnoszenie umiejętności cyfrowych pracowników ochrony zdrowia i pacjentów. W planach jest realizacja projektu dotyczącego podnoszenia kwalifikacji i kompetencji studentów ostatnich lat studiów wyższych medycznych.

CeZ chce też udzielać wsparcia w zakresie cyberbezpieczeństwa m.in. poprzez zespół ds. reagowania na incydenty, a także uczestniczyć w międzynarodowym projekcie dotyczącym budowy Europejskiej tożsamości cyfrowej (The EU Digital Identity Wallet). Mieszkańcy i przedsiębiorstwa w Unii będą mogli w ten sposób weryfikować swoją tożsamość lub potwierdzić niektóre informacje osobowe. Planowane jest Wdrożenie Zintegrowanego Modelu Analitycznego oraz udział w projektach transgranicznych inicjowanych przez Komisję Europejską.

Perspektywa procesów wewnętrznych

- Zwiększenie poziomu dojrzałości procesowej, projektowej oraz portfolio
- Transformacja cyfrowa procesów wewnętrznych
- Dialog wewnętrzny

W tym obszarze opisano zwiększanie dojrzałości prowadzenia projektów przez Centrum e-Zdrowia, tworzenie raportów, wydawanie cyklicznego newslettera czy wewnętrzne szkolenia.

Perspektywa rozwoju

- **Wzmocnienie obszaru cyberbezpieczeństwa.** CeZ planuje m.in. program wzmocnienia cyberbezpieczeństwa dla sektora ochrony zdrowia.

- **Budowa spójnej architektury e-zdrowia.** Architektura dla kluczowych usług e-zdrowia ma być oparta na chmurze danych.
- **Standaryzacja usług e-zdrowia.** Od stycznia 2023 r. Polska jest (ponownie) członkiem organizacji SNOMED International. Podstawą rozwoju semantyki będzie terminologia SNOMED CT. W planach jest także przejście z ICD-10 na ICD-11. CeZ chce nadal rozwijać Polską Implementację Krajową HL7 CDA.
- **Zwiększenie poziomu jakości świadczenia usług.**

Perspektywa zasobów

- **Rozwój oraz dywersyfikacja kluczowych kompetencji.** Powstanie m.in. Akademia AI, aby wdrażać rozwiązania sztucznej inteligencji w polskim systemie zdrowia. CeZ chce mocniej współpracować z jednostkami naukowymi.
- Wzrost atrakcyjności Centrum e-Zdrowia jako pracodawcy.

Kiedy, co i ile?

CeZ zrezygnowało w swojej strategii z kalendarza działań, umieszczając wszystkie nowe i te kontynuowane plany oraz działania w perspektywie 5-letniej. Kilka szczegółów pojawia się jednak w rozdziale opisującym mierniki sukcesu.

I tak dowiadujemy się, że do 2027 ma powstać 15 nowych e-usług w mojeIKP, co roku odbywać się będzie 12 spotkań z dostawcami rozwiązań IT. UserKonnów, czyli warsztatów z użytkownikami będzie razem 5 (jedno rocznie).

Zaskakująco, dla aplikacji mojeIKP przyjęto jedynie cel „wzrostu” z obecnych 16,4 mln kont IKP i 3,5 mln zainstalowanych aplikacji, nie określając docelowego poziomu.

CeZ chce zrealizować łącznie 832 szkolenia, co nie jest wiele zakładając, że do grudnia 2022 roku przeprowadzono ich już łącznie 532. Zaplanowano 150 szkoleń dla kadry zarządzającej placówek medycznych. Możemy się też spodziewać 20 kampanii informacyjnych, 6 newsletterów na rok. 50 podmiotów otrzyma wsparcie w obszarze cyberbezpieczeństwa sektorowego, a czas reakcji na cyberzagrożenie ma spaść z 2 godzin do poniżej 60 minut.

I jeden z najambitniejszych planów: odsetek placówek, które raportują zdarzenia medyczne do P1 ma wzrosnąć do 99% w 2027 roku.

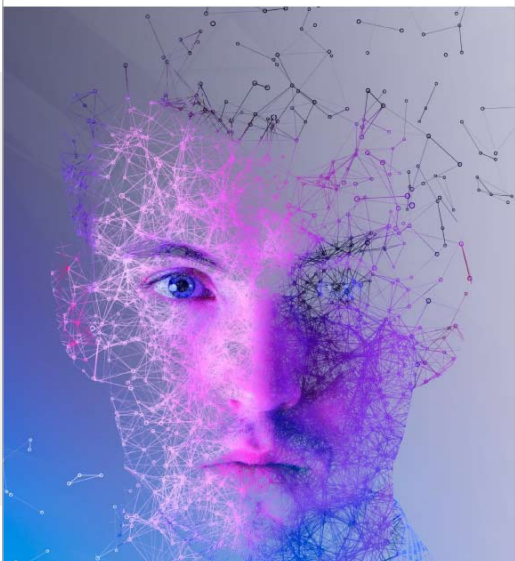
Już raczej z ciekawostek: CeZ chce też zmniejszyć odsetek odejść swoich pracowników (19% obecnie) i „dążyć do zrównoważenia zasobów ludzkich w organizacji” – w tej chwili na stanowiskach menedżerskich jest tylko 14% kobiet. Ma też wzrosnąć zatrudnienie z obecnych 352 osób. Możemy się spodziewać min. 96 postów rocznie na platformie LinkedIn.

Ostateczna wersja strategii różni się w kilku miejscach od tej opublikowanej z końcem roku 2022 i poddanej konsultacjom społecznym. Przykładowo, w nowym dokumencie mówi się o wsparciu w obszarze cyberbezpieczeństwa sektorowego (zespół reagowania na incydenty), a w poprzedniej wersji była mowa o utworzeniu CSIRT sektorowego (wykreślono słowo CSIRT, czyli odniesienie do konkretnego zespołu, tak jak przykładowo CSIRT GOV prowadzony przez Szefa Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego). Lista zmian pomogłaby w transparentnym śledzeniu wyników konsultacji społecznych ważnej, jakby nie było, strategii dla sektor zdrowia. ●

Strategia
Centrum e-Zdrowia

na lata 2023-2027

ceZ

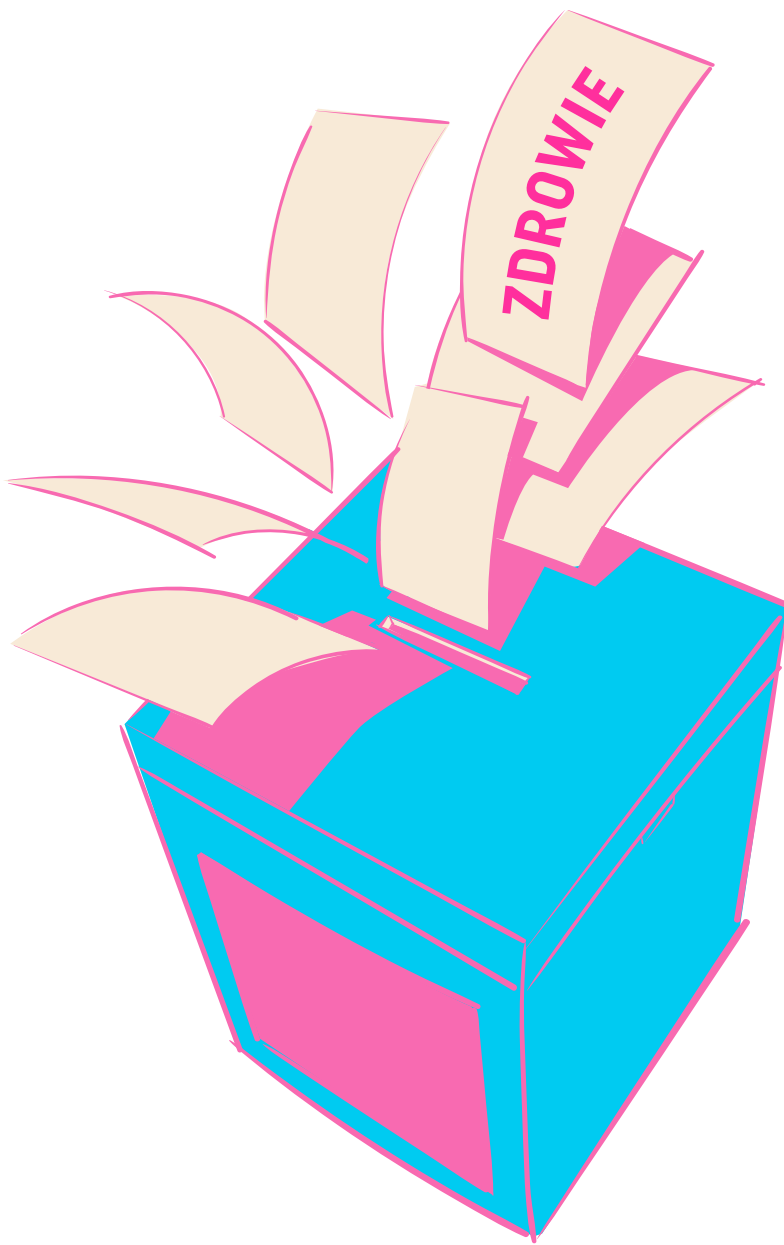


Strategia Centrum e-Zdrowia na lata 2023-2027

Centrum e-Zdrowia

Aby pobrać raport,
wejdź na stronę
<http://bit.ly/3DvIYn9>
lub zeskanuj kod





To będzie trudny w zdrowiu rok, bo rok wyborczy

Ochrona zdrowia wymaga spokojnych działań, ale przed nami rok wyborczy i wzajemne obrzucanie się błotem przez polityków oraz wyciąganie z kapelusza nowych pomysłów na zdrowie. Zwykle niestety – jak pokazuje historia ostatnich trzech dekad – pomysłów populistycznych. Oczywiście można się spodziewać deklaracji oddłużania szpitali, większej centralizacji/decentralizacji, zmian w finansowaniu. I co jakiś czas mówienia o tych złych, pazernych lub leniwych medykach. Rok wyborczy to też tradycyjnie zamrożenie działań, które są potrzebne, ale mogą być wykorzystane przez politycznych oponentów. Będzie za to więcej wręczania czeków w świetle reflektorów.

ALEKSANDRA KUROWSKA
redaktor naczelna Cowzdrowiu.pl

System

Sejm uchwalił ustawę o Krajowej Sieci Onkologicznej. Po pilotażu jej autorzy i zwolennicy twierdzą, że znacząco poprawi sytuację pacjentów onkologicznych, m.in. dzięki koordynacji działań między placówkami. A przeciwnicy wskazują, że z pilotażu nie opublikowano rzetelnego sprawozdania i sieć pogłębi chaos. Prawda leży pewnie gdzieś po środku. Co do założeń, Krajowa Sieć Onkologiczna ma zapewnić kompleksową opiekę onkologiczną w całym kraju, a poszczególne etapy leczenia będą przebiegać według jednolitych standardów.

Sieć będzie składać się z różnych kategorii placówek, które w razie potrzeby będą przekazywać sobie pacjentów. Będą też ich wzajemnie konsultować. Priorytetem ma być to, by pacjenci byli leczeni podobnie, niezależnie czy są z dużej aglomeracji, czy małego powiatu i mieli podobne szanse na powrót do zdrowia. Sieć miała wystartować od początku tego roku, ale prace się

»W ramach konkursu, szpitale onkologiczne mają otrzymać 2,5 mld zł dofinansowania z Funduszu Medycznego.«

przedłużyły i na razie – do końca marca – potrwa jeszcze pilotaż. A potem wejdzie w całym kraju.

Profilaktyka wciąż kuleje, a MZ sięga po rozwiązanie wykorzystane przy promocji szczepień przeciwko COVID-19, czyli loterię. Z 20 mln uprawnionych do skorzystania z darmowego pakietu badań w ramach programu „Profilaktyka 40 Plus” skorzystało niewiele ponad 1,5 mln osób.

Czy loteria poprawi statystyki? Zobaczmy. Pula nagród to 3,5 mln zł, a jeden los można otrzymać za samo wypełnienie ankiety przez Internetowe Konto Pacjenta.

Finanse

Prezydent podpisał na początku lutego tegoroczną ustawę budżetową.

Sejm odrzucił kilkadziesiąt poprawek Senatu m.in. dotyczące zwiększenia budżetu Narodowego Funduszu Zdrowia o 6,5 mld zł, aby zrekompensować funduszowi zaprzestanie finansowania z budżetu państwa m.in. ratownictwa medycznego, procedur takich jak przeszczepy czy leczenie osób z hemofilią.

Nie przeszła też senacka propozycja dodania z budżetu 2 mld zł na leczenie nowotworów u dzieci, 700 mln zł na psychiatrię dziecięcą i 500 mln zł na in vitro. Pośłowie jak w poprzednich latach zdrowotne poprawki utracili, i też jak w poprzednich latach przywracali zapisy usunięte przez senatorów w sprawie dopłat z budżetu do TVP i publicznego radia. Na ten rok media dostaną aż 2,7 mld zł. Presja senatorów ma jednak jakiś sens. Przypomnijmy, że ich batalia, by pieniądze dla TVP przeznaczyć na leczenie onkologiczne i chorób rzadkich spowodowała utworzenie – teoretycznie z inicjatywy prezydenta – Funduszu Medycznego.

Może nie działa on tak jak się spodziewano, ale umożliwił sfinansowanie już niektórych terapii czy zwiększenie dostępu do świadczeń medycznych dla dzieci. W lutym premier Mateusz Morawiecki zapowiedział konkurs dla szpitali onkologicznych, które otrzymają aż 2,5 mld zł dofinansowania z Funduszu Medycznego.

Pracownicy medyczni

Wiele kontrowersji budzą prace nad ustawą o jakości, a zwłaszcza kwestie zgłaszania działań niepożądanych. Związki zawodowe, a także samorządy mówią o tym, że nowe rozwiązania problemów nie rozwiążą, a wręcz zachęcają do donosicielstwa. Jak tłumaczą medycy, w wielu przypadkach zdarzenie niepożądane to nie tylko efekt błędu lekarza czy pielęgniarki, ale kumulacja wielu niedociągnięć, braków np. w sprzęcie, awarii, niedoborów kadrowych.

Często to kwestie systemowe na poziomie centralnym lub organizacyjne na poziomie placówki – uważają medycy. Proponowali rozwiązanie, które zwalniałoby z odpowiedzialności przy zgłoszeniu problemu, o ile nie był działaniem celowym. Dzięki temu zgłoszeń byłoby o wiele więcej i można by wypracowywać rozwiązania, by problemy się nie powtarzały. Jednak resort sprawiedliwości przeforsował swoje rozwiązania.

Leki i apteki

Przeglądy lekowe mają być szerzej dostępne. Podsumowano efekty pilotażu. Wstępne wyniki pokazały, że w pilotażu udało się osiągnąć spadek wielolekowości ze średniego poziomu 16,3 produktów wykorzystywanych przed przeglądem lekowym do 13,7 produktów po przeglądzie.

W czasie konferencji prasowej wiceminister Maciej Miłkowski mówił o tym, że Ministerstwo Zdrowia chce, by Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji przygotowała projekt świadczenia i jego wycenę. Nieoficjalnie mówi się o 170 zł. Do końca lutego koordynatorzy pilotażu mają dać ostateczne sprawozdania, z których MZ i AOTMiT skorzystają m.in. przy określeniu, dla której populacji przegląd lekowy może znaleźć się w koszyku świadczeń gwarantowanych. Konieczna będzie też nowelizacja ustawy o świadczeniach gwarantowanych.

Naczelna Izba Aptekarska oraz Polskie Towarzystwo Farmaceutyczne wychodzą z inicjatywą uruchomienia nowej usługi aptecznej. Przygotowali założenia usługi

Wyniki pilotażu przeglądów lekowych

Dr hab. Agnieszka Neumann-Podczaska, prof. UMP, koordynator pilotażu przeglądów lekowych: Pilotaż objął 5 placówek aptecznych i 850 pacjentów (557 kobiet i 293 mężczyzn, w tym 772 pacjentów powyżej 60. roku życia). Zażywali oni średnio 16 preparatów dziennie. W wyniku pilotażu, udało się średnio odjąć więcej niż dwa preparaty. Zmniejszyła się liczba problemów lekowych, takich jak zbędna lub niewłaściwa terapia oraz liczba interakcji i stanów nieleczonych. Z wstępnych analiz farmakoekonomicznych wynika, że znacząco obniżyły się także koszty zakupu leków zarówno dla pacjenta, jak i dla systemu.

Ministerstwo Zdrowia chce, aby przegląd lekowy trafił do koszyka świadczeń gwarantowanych w tym roku. Nieoficjalnie mówi się o wycenie na poziomie ok. 170 zł.

735,7 mln EUR na program EU4Health

Komisja Europejska przyjęła budżet flagowego programu wparcia działań z dziedziny zdrowia – EU4Health. W tym roku najwięcej środków, bo aż 358,4 mln EUR przeznaczonych zostanie na stworzenie nowej agencji Gotowości i Reagowania w Sytuacjach Kryzysowych HERA (Health Emergency Preparedness and Response). Celem nowego organu jest zapobieganie, wykrywanie i szybkie reagowanie na kryzysy w zdrowiu. HERA powstaje w efekcie pandemii COVID-19, kiedy to działania krajów UE były nieskoordynowane i chaotyczne. W przypadku wystąpienia sytuacji kryzysowej HERA zapewni rozwój, produkcję i dystrybucję leków, szczepionek i innych medycznych środków zaradczych – takich jak rękawiczki i maski – których często brakowało w pierwszej fazie COVID-19.

26 mln EUR przeznaczono na Europejską Przestrzeń Danych Zdrowotnych (EHDS). Ma ona umożliwić wymianę i przetwarzanie danych wtórnych do np. celów naukowych.

„Nowy lek”, która ma poprawić przestrzeganie zaleceń terapeutycznych wśród pacjentów.

Projekt nowelizacji ustawy refundacyjnej został w styczniu przyjęty przez Stały Komitet Rady Ministrów. To ten akt prawny, który poza wieloma zmianami dla producentów leków zawiera też np. zapisy o wyższej marży ze sprzedaży leków refundowanych. Skorzystać miałyby i apteki, i hurtownie. Branża farmaceutyczna apeluje, by marże były jedyną rzeczą, która w projekcie powinna zostać, a reszty chcą odrzucenia. MZ ma zaś świadomość, że jeśli nie przepchnie projektu przez rząd i parlament w szybkim tempie, to bliżej wyborów może zostać zamrożony.

Z kolei projekt ustawy dotyczący inspekcji farmaceutycznej przeszedł już konsultacje społeczne i niedługo mamy poznać jego nową wersję.

Kadry

Minister Zdrowia Adam Niedzielski 1 lutego 2023 powołał Aleksandrę Wilczyńską na stanowisko wiceprezesa URPL do spraw Produktów Biobójczych. Wcześniej w Urzędzie Rejestracji Leków była dyrektorką Departamentu Rejestracji i Oceny Dokumentacji Produktów Biobójczych.

Dużo emocji wzbudziły pogłoski o odejściu ze stanowiska wiceministra zdrowia Macieja Miłkowskiego, które po raz kolejny się nie potwierdziły. Stanowisko szefa Rady Przejrzystości stracił prof. Rafał Niżankowski. Rada zajmuje się opiniowaniem kandydatów do refundowanych leków, ale też wyrobów medycznych. MZ nieoficjalnie za powód wskazywało niewykazany konflikt interesów, sam zainteresowany oraz część ekspertów uważa, że chodzi o konflikt wokół sfinansowania testów COMBO na obecność grypy, COVID-19 i RSV. Niżankowski miał ocenić te testy źle i wskazywać na niską jakość wyników z badań przy ich wykorzystaniu. Rząd tak czy inaczej i tak testy wprowadził.

Diagnozy laboratoryjnej wybrali nową szefową samorządu. Monika Pintał-Ślimak w II turze pokonała dotychczasową prezes Alinę Niewiadomską. Sebastian Goncerz został przewodniczącym Porozumienia Rezydentów OZZL oraz Porozumienia Rezydentów (bywało, że mieli osobnych przewodniczących).

Porozumienie Chirurgów Skalpel wybrało nową przewodniczącą organizacji Aleksandrę Szymankiewicz, która zastąpiła Renatę Florek-Szymańską. ●

OTWARTY SYSTEM OCHRONY ZDROWIA

OSOZ

Wydawca:
KAMSOF S.A.
40-235 Katowice, ul 1 Maja 133
tel. +48 32 209-07-05
fax +48 32 209-07-15
e-mail: czasopismo@osoz.pl

Redaktor naczelny:
Artur Olesch



Jesteśmy partnerem
European Connected
Health Alliance

Zespół redakcyjny:
Zygmunt Kamiński,
Agnieszka Golec,
Aleksandra Kurowska,
Katarzyna Płoskonka,
Bożena Wojnarowicz-Głuszek.

Współpracownicy:
Jarosław Frąckowiak,
Monika Grabska,
Ann Mond-Johnson,
Maciej Malenda,
Agnieszka Mastalerz-Migas,
Grzegorz Mródz,
Łukasz Stopa,
Karolina Suścik,
Tomasz Zieliński.

Skład i łamanie: Piotr Chamera

Druk: INFOMAX, Katowice

Nakład: 1500 egzemplarzy

Przedruk, kopiowanie, skracanie, wykorzystanie tekstów (lub ich fragmentów) publikowanych w czasopiśmie OSOZ bez zgody wydawcy KAMSOF S.A. jest zabronione.

Redakcja nie odpowiada za treść reklam, ogłoszeń i artykułów sponsorowanych.

Redakcja zastrzega sobie prawo do skracania zamieszczanych materiałów. Niezamówionych materiałów nie zwracamy.



Pobierz aplikację OSOZNews
i czytaj bezpłatnie
mobilne wydania czasopisma.





ALERGIA

SPRAWDZALNOŚĆ
POPRZEDNIEJ
PROGNOZY

95%

■ PONIŻEJ NORMY
■ NORMA
■ WYSOKI
■ BARDZO WYSOKI



WOJEWÓDZTWO	PROGNOZA KOSZTÓW ALERGII (MARZEC 2023)	TREND W STOSUNKU DO LUTY 2023
Dolnośląskie	948	↗
Kujawsko-pomorskie	746	↗
Łódzkie	966	↗
Lubelskie	804	↗
Lubuskie	830	↗
Małopolskie	1 042	↗
Mazowieckie	1 235	↗
Opolskie	702	↗
Podkarpackie	756	↗
Podlaskie	724	↗
Pomorskie	1 001	↗
Śląskie	882	↗
Świętokrzyskie	773	↗
Warmińsko-mazurskie	718	↗
Wielkopolskie	1 010	↗
Zachodniopomorskie	958	↗



GRYPA I PRZEZIĘBIENIE

SPRAWDZALNOŚĆ
POPRZEDNIEJ
PROGNOZY

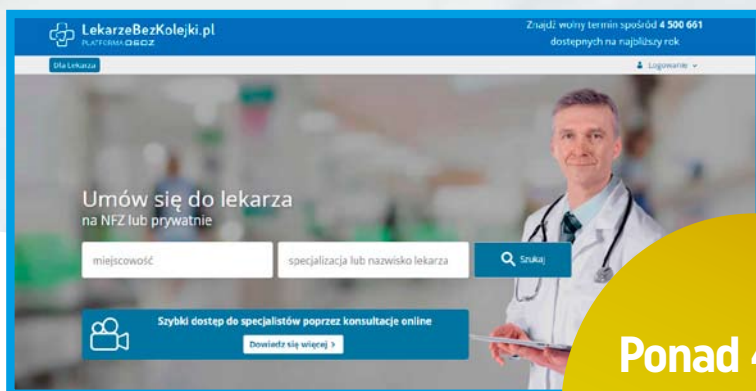
62%

■ PONIŻEJ NORMY
■ NORMA
■ WYSOKI
■ BARDZO WYSOKI



WOJEWÓDZTWO	PROGNOZA KOSZTÓW GRYPY I PRZEZIĘBIENIA (MARZEC 2023)	TREND W STOSUNKU DO LUTY 2023
Dolnośląskie	12 044	↗
Kujawsko-pomorskie	10 420	↗
Łódzkie	11 230	↗
Lubelskie	10 015	↗
Lubuskie	11 418	↗
Małopolskie	12 132	↗
Mazowieckie	14 522	↗
Opolskie	9 446	↗
Podkarpackie	8 865	↗
Podlaskie	9 457	↗
Pomorskie	11 096	↗
Śląskie	9 081	↗
Świętokrzyskie	9 642	↗
Warmińsko-mazurskie	9 321	↗
Wielkopolskie	13 462	↗
Zachodniopomorskie	12 154	↗

Umów się do lekarza za pomocą **kilku kliknięć** - odwiedź serwis



**Ponad 4,5 mln
wolnych terminów
na najbliższy rok**

➤ **Sprawdź najbliższy termin**

Umów poradę zdalną lub osobistą do lekarza na NFZ lub prywatnie.

➤ **Szybki dostęp do specjalistów z całej Polski**

Ponad 4,5 mln wolnych terminów.

➤ **Wygodnie z domu**

- Skorzystaj z porady zdalnej;
- Zamów e-Recepty na kontynuację leczenia;
- Płać on-line za wizytę.

➤ **Zawsze pod ręką**

Pobierz bezpłatną aplikację VisiMed i umawiaj się do lekarza gdziekolwiek jesteś!





VisiMed

To jedna z najpopularniejszych aplikacji dla pacjentów w Polsce. A do tego wysoko oceniana – w sklepie z aplikacjami Apple otrzymała notę 4,7/5 na podstawie prawie 2000 opinii.

VisiMed to przewodnik pacjenta po systemie zdrowia. Dzięki aplikacji można wyszukać wolny termin u lekarza, umówić się na wizytę, zamówić receptę na kontynuację leczenia, prowadzić dzienniczek zdrowia i dzielić się danymi z lekarzem; wyszukiwać apteki, które mają potrzebny lek i zarezerwować go. Ogromną zaletą jest integracja z systemami gabinetowymi – zalecone przez lekarza dawkowanie jest automatycznie przesyłane do aplikacji, a system będzie przypominał o regularnym zażywaniu leków.

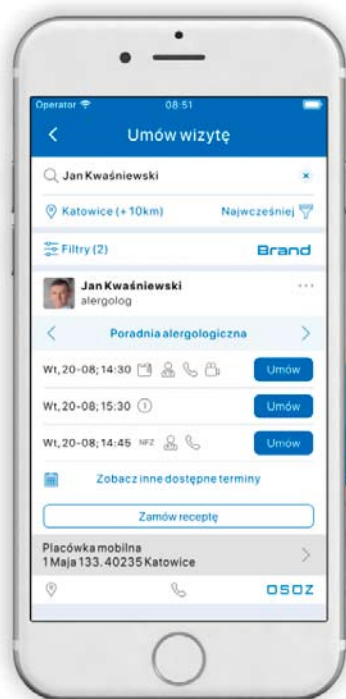
Inną ciekawą funkcją jest opcja „Zapytaj Farmaceutę”. Pozwala ona skontaktować się z farmaceutą, np. w razie wątpliwości dotyczących sposobu zażycia leku. Jedną z flagowych funkcjonalności jest sprawdzanie dostępności leków w aptekach. System weryfikuje informacje z ponad 10 400 aptek. Pacjent może zobaczyć, czy apteka w najbliższej okolicy ma dany lek, a jeżeli tak, zarezerwować go online i potem już tylko odebrać w aptece, bez obawy, że już go nie będzie, gdy dotrze do apteki. Kolejnym ułatwieniem jest organizacja recept. Wersja elektroniczna recepty jest od razu widoczna w aplikacji – w aptece wystarczy wyświetlić kod recepty, aby szybko ją zrealizować. Przez aplikację można też zamówić recepty na kontynuację leczenia,

umówić się na telekonsultację, zrealizować ją, a w przypadku wizyty prywatnej – od razu opłacić. Jest też dzienniczek zdrowia, czyli pomiary parametrów w jednym miejscu. Kobiety mogą skorzystać z Dzienniczka Cyklu. A do tego ciekawe poradniki, jak np. instrukcja i dokumentacja samobadania piersi i jąder.

Interfejs apki jest bardzo przejrzysty. Na ekranie głównym widać od razu najważniejsze informacje, jak np. kolejne wizyty, dawkowanie leku, recepty.

Liczba funkcji aplikacji VisiMed wystarczyłaby na kilka aplikacji. Ale wystarczy jedna, multi-utalentowana apka.

iOS | Android | PL
Bezpłatna





Założyciel Spotify Daniel Ek chce zrewolucjonizować ochronę zdrowia

Jego nowy startup otworzył w Sztokholmie super-nowoczesną klinikę podstawowej opieki zdrowotnej.

Spotify (433 mln użytkowników w 2022 roku) to przykład rewolucji w przemyśle muzycznym i demokratyzacji dostępu do muzyki. Daniel Ek ma jednak jeszcze jedną pasję – ochronę zdrowia. W jednym z wywiadów przyznał, że sporo jego uwagi pochłania wyzwanie naprawy – jak sam to określił – „zepsutego” systemu zdrowia.

Jak się okazuje, swoje plany wdraża już w życie, unikając na razie rozgłosu – jak podaje portal Sifted. Chodzi o startup o nazwie HJN Sverige, który z końcem 2022 roku otworzył w Sztokholmie nową klinikę o nazwie Atrium. Ma ona przede wszystkim skupić się na profilaktyce zdrowotnej i oferować pełną diagnostykę w jednym miejscu. Taki kierunek jest zgodny z postulatami ekspertów medycyny o konieczności przejścia z medycyny naprawczej na zapobiegawczą.

Z dokumentów złożonych w szwedzkim rejestrze firm wynika, że HJN Sverige i siostrzana firma HJN Proaktiv Hälsovård (Proaktywna Opieka Zdrowotna), oprócz prowadzenia przychodni będzie sprzedawać „produkty i usługi w zakresie diagnostyki, jak również realizować badania i monitoring zdrowia”. Wynika z tego, że docelowo klinika będzie oferowała kontrolę stanu zdrowia w ramach kompleksowej opieki profilaktycznej, sięgając do urządzeń ubieralnych oraz usług realizowanych online i na miejscu w przychodni.

Nowością w Atrium ma być pełne „skanowanie ciała” z pomocą nowej generacji urządzenia – wynika z nieoficjalnych doniesień. Ma ono działać jak skanery znane z lotnisk, umożliwiając badanie ciśnienia krwi, nieprawidłowości w przepływie krwi, chorób skóry, zapewniając precyzyjną diagnostykę medyczną. Rozpoczęto już nabór ochotników do badania mającego przetestować skuteczność innowacji. Z informacji Sifted wynika też, że planowane są kolejne programy badawcze dotyczące obrazowania zdrowia skóry i serca.

Apetyt na rewolucję w ochronie zdrowia jest duży. Według danych Dealroom, od początku 2020 roku fundusze typu Venture Capital (VC) zainwestowały w europejskie firmy biotechnologiczne prawie 18 mld USD, czyli mniej więcej tyle samo, ile razem w ciągu sześciu lat przed 2020. Pandemia otworzyła oczy na możliwości technologii medycznych i konieczność ich zastosowania w obliczu kryzysu systemu zdrowia. Atrium nie jest pierwszą próbą zrewolucjonizowania opieki zdrowotnej. W USA od kilku lat działa klinika Forward opierająca się na podobnej idei holistycznej opieki wspartej najnowocześniejszymi technologiami.

Daniel Ek zainwestował także w inne szwedzkie startupy med-tech, takie jak Werlabs (badania krwi) oraz Kry (cyfrowa opieka zdrowotna). Rzecznik prasowy HJN powiedział, że Atrium to tylko mały kawałek tego, co firma planuje. Czy Ek powtórzy sukces Spotify w ochronie zdrowia?



Wystarczy jedna kropla krwi, aby przeprowadzić tysiące badań

Wykorzystując nową technikę zwaną multi-omicznym mikropróbkowaniem, naukowcom ze Stanford Medicine udało się zmierzyć parametry tysięcy cząsteczek i to zaledwie z jednej kropli krwi. Metoda może oznaczać prawdziwy przełom w medycynie – pacjent mógłby pobrać próbkę w domu i wysłać ją do laboratorium.

Nowe podejście łączy narzędzie używane do samodzielnego nakłuwania palca z technologiami „multi-omicznymi”, które potrafią analizować parametry białek, tłuszczów, produktów ubocznych metabolizmu oraz markerów zapalnych. W przeciwieństwie do testów palcowych na cukrzycę, które mierzą tylko jeden rodzaj cząsteczek (glukozę), multi-omiczne pobieranie próbek daje dane o tysiącach różnych cząsteczek jednocześnie. Innowacja opiera się na technologii zwanej spektrometrią masową, sortującej cząsteczki na podstawie ich masy i ładunku elektronicznego.

Badania z jednej kropli krwi to marzenie wielu firm technologicznych. Stoi za nimi obietnica przeniesienia laboratoriów do domów pacjentów, a to generuje zupełnie nowy rynek o niebagatelnej wartości (oczywiście jednocześnie zagrażając pozycji tradycyjnych laboratoriów). Jednak wyzwanie nie jest łatwe, o czym przekonał się już startup Theranos. Jego założycielka, Elizabeth Holmes, obiecywała opracowanie urządzenia o rozmiarach małego pudełka, które byłoby w stanie wykonać szereg badań na podstawie jednej kropli krwi. Całość okazała się oszustwem, na które nabrała się prasa i inwestorzy. Holmes została skazana w 2022 roku na 11 lat więzienia.

Stanford to jednak poważna instytucja, a naukowcy otwarcie mówią, że badania nadal muszą być przeprowadzane w laboratorium. W pilotażowym teście, naukowcy byli w stanie zmierzyć poziom 128 białek, 1461 metabolitów i 776 lipidów z każdej mikro-próbki. Okazało się, że w porównaniu z tradycyjnym badaniem krwi, wyniki były podobne dla zdecydowanej większości cząsteczek.

Metoda może być stosowana w różnych celach. Po pierwsze, do śledzenia indywidualnej odpowiedzi systemu metabolicznego na spożywane pokarmy. Badanie jest w stanie wykryć stężenie we krwi związków zawartych w posiłkach, a tym samym – reakcję organizmu na potrawę (odpowiedź immunologiczna, insulinooporność). Taka informacja mogłaby posłużyć do personalizacji diety. Po drugie, do ciągłego monitorowania stanu zdrowia w domu oraz indywidualnej reakcji na leki. Obecnie, w ramach badań profilaktycznych pacjenci wykonują badania krwi sporadycznie, przykładowo raz w roku. Pomiędzy tymi badaniami można przeoczyć ważne fakty dotyczące zdrowia. Monitorowanie multi-omiczne może też wychwycić niezauważalne reakcje immunologiczne świadczące o rozwoju infekcji lub stanu zapalnego.

Naukowcy planują już rozszerzenie badań pilotażowych, aby sprawdzić, czy metoda może być wykorzystana do wczesnego diagnozowania chorób. Pacjenci z grup ryzyka wykonywaliby badania podobne do badania poziomu glukozy we krwi, aby na bieżąco monitorować stan zdrowia i to bez konieczności podróży do kliniki.

Dr Michael Snyder, autor badania i dyrektor Centrum Genomiki i Medycyny Personalizowanej ma nadzieję, że w ten sposób nawet zdrowe osoby będą wykonywać badania w domu w regularnych odstępach czasu – co miesiąc, co tydzień, a może nawet raz dziennie – aby poznać „osobisty molekularny odcisk palca”. Subtelne zmiany mogłyby sygnalizować początek choroby na długo przed pierwszymi objawami i wykryciem problemu z pomocą tradycyjnych sposobów.

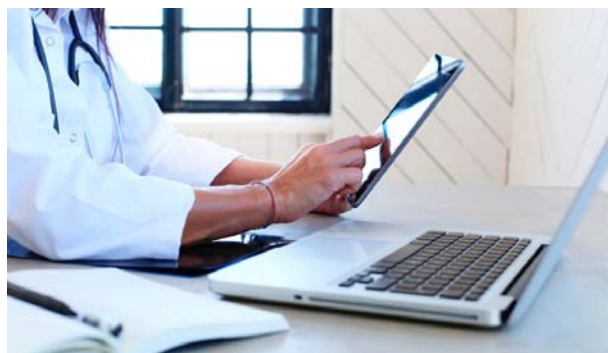
Ta metoda mogłaby też dać bardziej wiarygodne wyniki, bo badanie wykonywane byłoby kilkakrotnie. Przy jednokrotnym pobraniu krwi nigdy nie wiadomo, czy pacjent zastosował się np. do zalecenia „bycia na czczo”. Badanie krwi w warunkach domowych oznaczałoby nową erę profilaktyki.



Nowa Akademia CeZ

Centrum e-Zdrowia odświeżyło stronę Akademii CeZ. Można na niej znaleźć listę wszystkich szkoleń prowadzonych przez CeZ oraz we współpracy z NFZ czy Naczelną Izbą Lekarską. Na razie można obejrzeć nagrania z dwóch konferencji: „Perspektywy e-Zdrowia” (cykliczne wydarzenie organizowane razem z Ministerstwem Zdrowia) i „Pacjent w świecie usług e-zdrowia”.

Celem Akademii jest podnoszenie poziomu kompetencji oraz wiedzy na temat cyfrowych usług i systemów IT w ochronie zdrowia.



Dofinansowanie dla POZ na IT i sprzęt do 31 marca

Ministerstwo Zdrowia przedłużyło termin składania wniosków do projektu e-Usługi POZ, który obejmuje zakup lub rozbudowę systemu IT oraz sprzętu informatycznego.

Pozyskane środki można m.in. przeznaczyć na przygotowania do wdrożenia Elektronicznej Dokumentacji Medycznej (EDM). Ministerstwo Zdrowia zwraca też uwagę, że jeżeli Placówka POZ raportuje zdarzenia medyczne (ZM), ale nie przekazuje indeksów EDM, wówczas też kwalifikuje się do objęcia wsparciem w ramach projektu. O szczegółach piszemy na blogu OSOZ (blog.osoz.pl).



Pomysły pacjentów na e-zdrowie

1 lutego w CeZ odbyło się spotkanie z przedstawicielami organizacji pacjenckich, które zainaugurowało projekt „Pacjent w centrum e-zdrowia”. W jego ramach organizacje pacjentów mogą zgłosić pomysł i koncepcję usprawnienia procesu działania Systemu e-Zdrowie (P1) oraz wdrożenia nowych e-usług dla pacjentów.

Projekt ma charakter ciągły. W formularzu zgłoszenia należy opisać cele i korzyści z realizacji pomysłu, konieczne do jego wdrożenia zmiany prawne, ryzyka oraz interesariuszy, na które pomysł będzie miał wpływ.

Dokument dostępny jest na stronie:
www.cez.gov.pl/pl/page/zglos-pomysl

CYFROWE PRZYSPIESZENIE

Nowy raport Deloitte „Globalne perspektywy dla sektora zdrowia 2023 (Global Health Care Sector Outlook)” opisuje m.in. szybko rosnącą rolę opieki wirtualnej i digitalizacji w ochronie zdrowia. Bez nich trudno będzie zapewnić zrównoważony rozwój sektora.

TELEZDROWIE DZIAŁA

Interakcje z pacjentami na odległość udowodniły swoją wartość. Nowe technologie mogą pomóc obniżyć koszty, koordynować opiekę, zwiększyć dostępność usług, odciążyć personel medyczny w placówkach medycznych.

PILNE INWESTYCJE

Kolejne fale pandemii, braki personelu medycznego, zmiany demograficzne i rosnące koszty opieki wymuszają zmianę dotychczasowego modelu opieki. Nakłady na systemy do telekonsultacji rosły dynamicznie w ostatnich 3 latach.

POTRZEBNA EDUKACJA

Wielu lekarzy nie wie, jak wykorzystać nowe technologie w swojej pracy, obawiając się utraty więzi międzyludzkich. Jednak dobrze zorganizowana opieka hybrydowa pozwala jeszcze lepiej zaopiekować się pacjentem.

EDM TO PODSTAWA

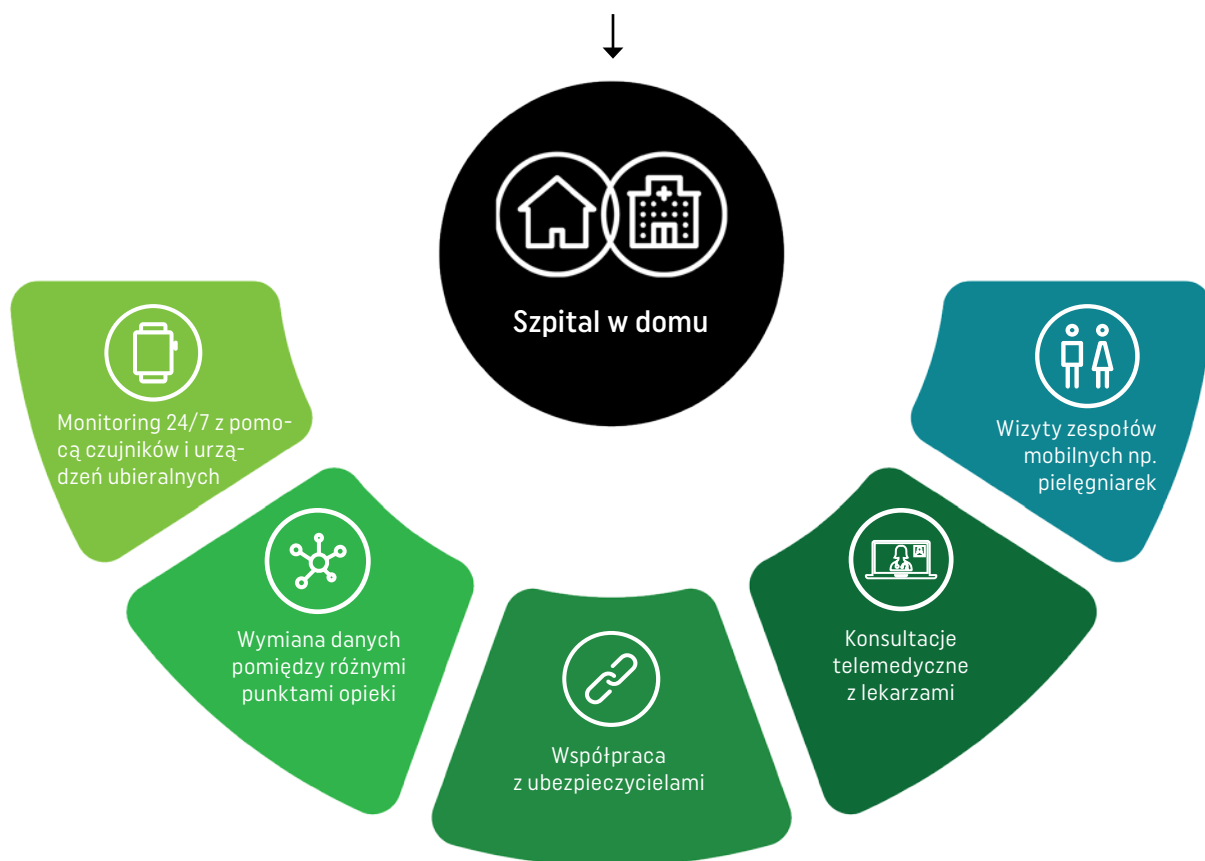
Aby płynnie realizować teleopiekę i koordynować usługi medyczne świadczone przez różnych lekarzy, należy wdrożyć w całym systemie zdrowia Elektroniczną Dokumentację Medyczną. Otwiera ona drogę do innych e-usług medycznych.

MODELE HYBRYDOWE

Telekonsultacje pozwalają rozwinąć nowe sposoby świadczenia usług. Przykładem są „wirtualne oddziały” albo „szpitale w domu”, łączące świadczenia realizowane na miejscu z monitorowaniem pacjentów w domu i pomocą 24/7.

NARESZCIE PROFILAKTYKA

W tradycyjnych modelach zdrowia nie ma na nią czasu albo jest trudna do zorganizowania. Ale dzięki nowym technologiom wiele usług profilaktycznych i zbieranie danych można zautomatyzować, aby nie obciążać dodatkowo lekarzy.



75%

pacjentów oczekuje spersonalizowanej, łatwo dostępnej opieki zdrowotnej

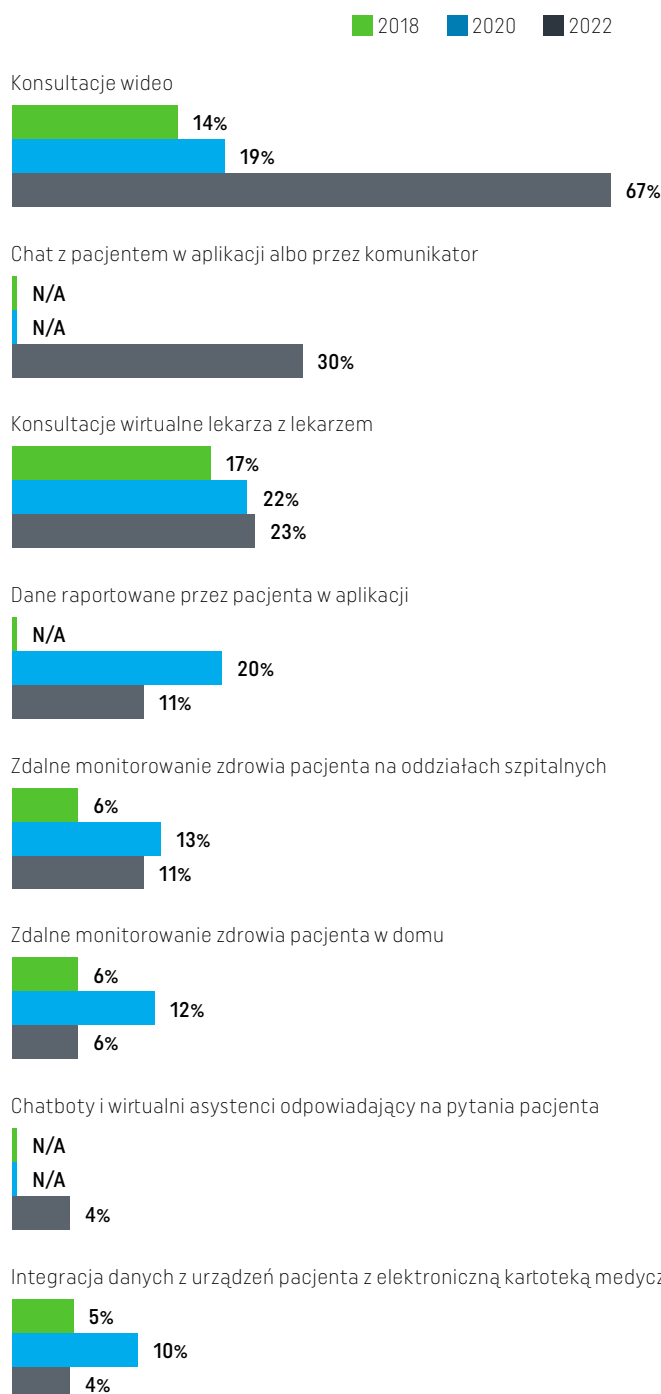
25%

wydatków na opiekę zdrowotną w USA (935 mld USD) jest marnotrawionych w efekcie nieefektywności administracyjnej

42%

lekarzy zgłasza problem wypalenia zawodowego. Do 2035 roku niedobory kadr medycznych wzrosną do 12,1 mln osób

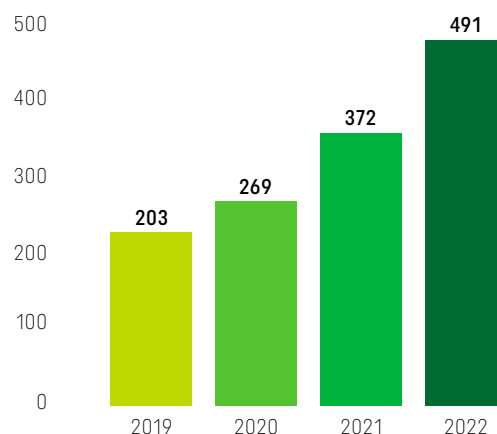
Wzrost zastosowania rozwiązań telezdrowia w latach 2018, 2020 i 2022



Z jakich funkcji zdrowotnych najczęściej korzystają użytkownicy smartwatchy?



Globalne wydatki na aplikacje mobilne w dziedzinie zdrowia psychicznego i dobrego samopoczucia (2019–2022, mln USD)



Źródło: Deloitte, 2023 Global Health Care Outlook

OPIEKA KOORDYNOWANA

W PODSTAWOWEJ OPIECE ZDROWOTNEJ

PRZEWODNIKI
PO CYFROWEJ
OCHRONIE
ZDROWIA

BLOG.OSOZ.PL

Pobierz cały raport
OPIEKA KOORDYNOWANA

Zeskanuj kod QR lub wejdź na stronę:
blog.osoz.pl/opieka_koordynowana



NOWOŚCI CYFRYZACJI
OCHRONY ZDROWIA

BLOG 
OSOZ

START

5 kroków do wdrożenia
Opieki Koordynowanej w POZ.

PODSTAWY

Umowa z NFZ, budżet
powierzony, IPOM, usługi,
zadania koordynatora.

OPINIA EKSPERTA

Wywiad z dr n. med.
Agnieszką Mastalerz-Migas.

RADY LEKARZA

Procedura wdrożenia
według Tomasza Zielińskiego.

ŚCIEŻKA PACJENTA

INFOGRAFIKA: etapy
opieki koordynowanej.

OBŚŁUGA IT

14 zadań, których realizację
wspiera oprogramowanie.

CYFRYZACJA

Wywiad z Grzegorzem Mródziem,
Prezesem KAMSOFT S.A.

POMYSŁY MENEDŻERA

Wywiad z dr Pawłem Żukiem.

NOWE NARZĘDZIA

Komunikacja i logistyka
w aplikacji mobilnej VisiMed.

PARTNEREM SERII JEST
KAMSOFT S.A.

Czasopismo OSOZ Polska przygotowało 41-stronicowy raport „Opieka Koordynowana w POZ”.
We wnętrzu znajdziecie Państwo porady praktyków, wskazówki
jak przystąpić do programu i zorganizować proces koordynacji usług.

Raport można pobrać bezpłatnie pod adresem **blog.osoz.pl/opieka_koordynowana**.

Prezentujemy trzy wybrane materiały z raportu.



Ryczałt to szklany sufit dla jakości i efektywności opieki nad pacjentem

Opieka koordynowana będzie rozszerzana o nowe obszary, a docelowo obowiązkowa – mówi prof. UMW Agnieszka Mastalerz-Migas, pełnomocnik Ministra Zdrowia ds. wdrożenia opieki koordynowanej, konsultant krajowa w dziedzinie medycyny rodzinnej.

W skrócie:

- Model opieki oparty na stawce kapitacyjnej wyczerpał się. Lekarze pracują coraz więcej, ale nie przekłada się to na efekty i zadowolenie pacjenta.
- Za dodatkowymi pieniędzmi musi teraz iść dodatkowa jakość. W pierwszym roku na OK przeznaczono ponad 1 mld zł.
- Stawka za poradę kompleksową wynosi 170 zł, a roczny ryczałt na pacjenta – 190 zł. Przy odpowiedniej skali i płynnej organizacji, OK może stać się istotną pozycją w budżecie.
- Ponadto, stary mnożnik stawki kapitacyjnej 3.2 będzie zmieniony na dodatek kwotowy.
- Aby rozwiązać problem z dostępem do specjalistów, być może trzeba będzie rozważyć dopuszczenie w określonych przypadkach zdalnej opieki.
- Zespół ds. opieki koordynowanej ma w planach m.in. dopracowanie Indywidualnego Planu Opieki Medycznej. Priorytetem jest m.in. informatyczne wsparcie koordynacji i poszerzenie zakresu OK oraz profilaktyka.

»Czekają nas dyskusje o premiach za jakość i efektywność.«

Jak ocenia Pani zainteresowanie OK w POZ?

Jest większe niż się spodziewano. Z danych Narodowego Funduszu Zdrowia wynika, że już ponad 600 podmiotów złożyło wnioski o aneksy do umowy z NFZ, podpisano blisko 350 umów. To ok. 10% wnioskujących świadczeniodawców.

Lepsza opieka nad pacjentem chorym przewlekle jest podstawowym argumentem za opieką koordynowaną. Ale czy taki model opłaca się placówkom medycznym, które muszą dbać o stabilną sytuację finansową?

Przez lata przyzwyczailiśmy się do funkcjonowania w warunkach stawki kapitałowej. Ten model jest tak mocno zakorzeniony, że wielu podmiotom trudno przejść do modelu mieszanego, uwzględniającego finansowanie zadaniowe.

W systemie opartym na ryczałcie, wszyscy dostają takie samo finansowanie, niezależnie od tego, jak realizowana była opieka. Taki model ma swoje plusy, bo dla płatnika jest wygodny, prosty w obsłudze i przewidywalny. Tak samo dla świadczeniodawcy – ryczałt jest płacony niezależnie od nakładu pracy, jakości i zaangażowania. Dla obu stron, sytuacja „win-win”, która przez lata się sprawdzała.

Jednak ta formuła wyczerpuje się. Są podmioty, które mają pomysł na opiekę nad pacjentem, a wówczas ryczałt to za mało. W przypadku opieki koordynowanej, płatnik kładzie na stół konkretne pieniądze – w pierwszym roku ponad 1 mld zł – ale wymagając więcej. Aby

po nie sięgnąć, konieczna jest zmiana myślenia i funkcjonowania. Wkrótce pójdziemy o krok dalej, bo czekają nas dyskusje o premiach za jakość i efektywność.

To naprawdę nie są małe pieniądze. Przykładowo, stawka za wizytę kompleksową to 170 zł. Są to środki, które w całości pozostają w POZ. Z kolei bazowa roczna stawka kapitałowa za pacjenta to ok. 190 zł. Moim zdaniem, 170 zł to całkiem dużo za jedną poradę. Wyzwaniem pozostaje organizacja całego systemu i efekt skali, aby po pewnym czasie opieka koordynowana stała się zauważalną pozycją w budżecie podmiotu.

Do tego stary mnożnik stawki kapitałowej 3.2 będzie zmieniony na dodatek kwotowy, uwzględniający wielochorobowość pacjenta niezależnie od wieku. To będzie duży plus dla placówek ze starszą i schorowaną populacją pacjentów.

Jakie argumenty powinny wziąć pod uwagę placówki, które nadal wahają się, czy wejść do OK?

Inne argumenty przekonają lekarza z 40-letnim stażem, którego otwartość na zmiany jest mniejsza. Będzie on oczekiwał prostego procesu organizacji oraz rozliczenia opieki koordynowanej. Z kolei dla młodszych lekarzy rodzinnych istotne będzie poczucie sprawczości i wpływu na to, co się dzieje z pacjentem – opieka holistyczna, skoordynowana i kompleksowa to istota medycyny rodzinnej. Dla świadczeniodawcy liczy się, czy taki model przyniesie dochód i jaki wysiłek organizacyjny się z nim wiąże. Stąd tak ważne jest pokazanie aspektu finansowego i wytłumaczenie całego procesu.

OK to dla personelu medycznego i podmiotu nowy standard pracy zespołowej i porządkowania organizacji opieki nad pacjentem. Często mówię, że pracujemy tak szybko, że nie nadążamy ładować taczek, czyli pracujemy nieefektywnie. I mimo, że zapewniamy dostępność do opieki, nie przekłada się to ani na satysfakcję pacjenta, ani personelu medycznego. Wszyscy są zmęczeni i sfrustrowani.

Trzeba powiedzieć stop i zacząć robić rzeczy po nowemu – opiekować się pacjentem chorym przewlekle nie czekając, aż jego stan zdrowia będzie tak zły, że sam do nas przyjdzie z zaostrzeniem choroby przewlekłej, ale też ustalić mu plan opieki, żeby miał poczucie, że ktoś czuwa nad jego chorobą i nie jest zostawiony sam sobie.

Jestem realistką i zdaję sobie sprawę, że opieka koordynowana to nie wszystko – musimy zapewnić dostępność pacjentom zgłaszającym się w ostrych stanach i z wielu innych przyczyn. A to wymaga żonglerki organizacyjnej, aby pogodzić przypadki pilne z profilaktyką, szczepieniami, opieką kompleksową, przedłużaniem recept i szeregiem działań, które codziennie realizuje POZ.

I na koniec: można założyć, że jest tak źle, że lepiej nic nie zmieniać, robić swoje, starając się przetrwać. Ale moim zdaniem to ślepa uliczka, prowadząca z czasem do głębokiej frustracji i trzeba działać na rzecz zmian, w ramach możliwości, które mamy. A OK jest właśnie taką nową szansą, choć wymagającą czasu i cierpliwości.

»Wprowadzenie dodatku kwotowego będzie dużym plusem dla placówek ze starszą i schorowaną populacją pacjentów.«

A tej brakuje, zwłaszcza, że na efekty OK przyjdzie poczekać.

Politycy chcieliby widzieć szybki efekt, świadczeniodawcy są nieufni. A OK to projekt na lata. Na razie jest fakultatywna, ale przyjdzie czas, że stanie się obligatoryjna. Kiedy? To kwestia otwarta. Trzeba zobaczyć, jakie będzie tempo przystępowania podmiotów do programu, jakie będą wnioski z ewaluacji.

Duże placówki mające w swojej strukturze lekarzy specjalistów bez większego problemu wdrożą OK. Jednak problem z tym mają mniejsze placówki, często poza dużymi miastami. Dlatego monitorujemy wdrażanie opieki koordynowanej i będziemy się zastanawiać, jak rozwiązać istniejące bariery. Przykładowo, być może trzeba będzie rozważyć szerszy zakres realizacji wizyt w formule zdalnej. Moim daniem OK powinna być też poszerzona o kolejne obszary, ponad te cztery uruchomione na start.

O tych kwestiach dyskutujemy, nie da się wszystkiego idealnie zaplanować od początku, bo OK to proces. Upłynie co najmniej kilka lat, zanim będziemy mogli powiedzieć, że mamy sprawnie działającą, dostępną dla każdego opiekę koordynowaną w podstawowej opiece zdrowotnej.

W tej chwili NFZ refunduje konsultacje zdalne pacjenta z dietetykiem i lekarza POZ ze specjalistą w formie mini-konsylium. A co z konsultacjami pacjenta ze specjalistami?

Obecne stanowisko NFZ jest takie, że powinna to być konsultacja stacjonarna.

Moim zdaniem, pierwszorazowa porada, gdy lekarz musi poznać pacjenta, powinna być w formule stacjonarnej. W kolejnych etapach można zastanowić się nad konsultacjami zdalnymi, ale określając jasno wskazania. To zwiększyłoby dostęp. Będziemy o tym na pewno dyskutować, kiedy po pierwszym półroczu przeprowadzimy bilans programu.

»Cyfryzacja jest kluczowa.

Nie ma koordynacji opieki bez pełnej informacji o pacjencie.«

Jako przewodnicząca zespołu ds. wdrożenia opieki koordynowanej i pełnomocnik Ministra Zdrowia w tym zakresie, jakie zmiany będzie Pani rekomendowała, aby udoskonalić program?

Do dokończenia jest kilka wątków, w tym zmiana formuły profilaktyki w POZ. W międzyczasie pojawił się temat centralnej rejestracji na profilaktykę. Ważnym tematem jest rozszerzenie opieki koordynowanej, na pewno trzeba porozmawiać o tym, co opieka koordynowana ma do zaoferowania w pediatrii. Tak aby koordynator mógł też pracować z pacjentami poniżej 18 roku życia, pomagając umawiać, np. na szczepienia i bilanse zdrowia.

Będziemy dopracowywać szczegóły Indywidualnego Planu Opieki Medycznej. Chodzi o to, aby był zawsze dostępny na platformie P1, a pacjent mógł go udostępnić specjalistom, z którymi się konsultuje. Cała cyfryzacja jest bardzo ważna – nie ma koordynacji opieki bez pełnej informacji o pacjencie. Stąd obecność dwóch członków Centrum e-Zdrowia w zespole, aby obudować i wzmacniać informatycznie proces koordynacji.

Do tego dochodzi zwiększenie roli położnej w profilaktyce. Kilka tematów zostało zainicjowanych podczas pracy ostatniego zespołu i wymaga dokończenia. Będziemy monitorować cały proces i wyjaśniać pojawiające się wątpliwości. ●



60+ stron o cyfryzacji ochrony zdrowia.

Nowe e-wydania czasopisma OSOZ Polska możesz pobrać na

blog.osoz.pl



Pierwsze kroki z OK w POZ

Tomasz Zieliński, lekarz medycyny rodzinnej i wiceprezes Federacji Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia „Porozumienie Zielonogórskie”, radzi, na co zwrócić uwagę podczas wdrażania opieki koordynowanej.

Wyzwanie 1.

Specjaliści i umowa z NFZ

Jeżeli podejmiemy decyzję o wejściu w opiekę koordynowaną, to musimy pozyskać do współpracy lekarzy odpowiednich specjalności i dietetyka oraz zapewnić realizację badań, które są określone w rozporządzeniu „koszykowym” wprowadzającym opiekę koordynowaną.

Do wyboru są dwie metody współpracy: zatrudnienie specjalistów albo współpraca z podwykonawcą, który udostępni nam swoje zasoby. Podobnie w kwestii diagnostyki – możemy mieć swój sprzęt (np. Holter RR czy spirometr), ale możemy część lub wszystkie badania zlecać podwykonawcy.

Kolejny etap to złożenie wniosku z ofertą do NFZ. To wymaga wprowadzenia danych o lekarzach specjalistach, dietetyku i sprzęcie do badań dodatkowych na Portalu Świadczeniodawcy lub SZOI i potem wypełnienia oferty w aplikacji ofertowej udostępnionej przez NFZ.

Po złożeniu oferty do NFZ czekamy na jej rozpatrzenie, ewentualnie wprowadzamy poprawki, jeśli coś zrobiliśmy błędnie. Po zaakceptowaniu naszego wniosku, NFZ przygotowuje aneks rozszerzający naszą umowę o opiekę koordynowaną.

Wyzwanie 2.**Powołanie koordynatora i planowanie budżetu**

Koordinacja obejmuje dwa elementy:

- Osobę koordynatora
- Budżet powierzony opieki koordynowanej

Koordinator to nowa osoba w zespole POZ lub nowa funkcja dla osób już będących w naszym zespole. Jego rolą jest dopilnowanie procesu koordynacji w taki sposób, żeby pacjent miał zrealizowane wszystkie świadczenia zalecone w Indywidualnym Planie Opieki Medycznej (IPOM) przez lekarza POZ.

Koordinator umówi, przypomni i podpowie pacjentowi, co dalej. Dzięki temu lekarz wchodząc w koordynację nie powinien mieć większego obciążenia biurokracją i czynnościami administracyjnymi. A pacjent ma mieć przewodnika, do którego zawsze może zwrócić się o pomoc, zapytać o techniczną stronę realizacji IPOM-u.

Budżet powierzony opieki koordynowanej to środki, które NFZ przeznacza na realizację świadczeń dla pacjenta z chorobami przewlekłymi. Zakres świadczeń niezbędnych danemu pacjentowi ustala lekarz POZ zgodnie z zapisami rozporządzenia „koszykowego” oraz wiedzą medyczną. Środki te są ograniczone, więc lekarz musi racjonalnie nimi gospodarować.

Wyzwanie 3.**IPOM, czyli Indywidualny Plan Opieki Medycznej**

Centralną pozycję w koordynacji ma porada kompleksowa. Z założenia jest to porada wykonywana raz w roku u pacjenta chorującego przewlekłe na przynajmniej jedną z chorób podlegających koordynacji. Taka porada ma być taką dokładniejszą, podczas której – oprócz standardowo wykonywanych elementów, czyli wywiadu, badania pacjenta, oceny dotychczasowej diagnostyki i leczenia, wydania zaleceń i jeśli potrzebne to skierowań – lekarz opracowuje IPOM.

W IPOM-ie zawarte są elementy ze standardowej porady, ale zebrane w jeden dokument. IPOM jest wskazówką dla pacjenta, co ma robić przez najbliższy rok. Jednocześnie stanowi wytyczną dla koordynatora, w czym ma pomóc pacjentowi. ●

» Jeśli stan zdrowia pacjenta jest stabilny, IPOM jest aktualizowany co roku podczas porady kompleksowej.«

**Poznaj przepisy i zacznij powoli**

Na początku bardzo ważne jest, aby dobrze poznać zapisy prawne i wytyczne, które się pojawiają. Następnie powinno się ustalić role w zespole POZ, sposób komunikacji pomiędzy członkami zespołu oraz przygotować narzędzia informatyczne wspierające proces, w tym pracę koordynatora. Istotne jest, żeby wszyscy członkowie zespołu POZ i współpracujący specjaliści-konsultanci, dietetyk oraz wykonawcy badań również dokładnie znali prawo i zasady współpracy.

Najlepiej zaczynać od pacjentów z mniej skomplikowanymi przypadkami i stopniowo, wraz z nabieraniem wprawy, podejmować wyzwania z pacjentami o bardziej skomplikowanym przebiegu schorzeń. Pacjent wychodzący z poradni POZ powinien wiedzieć, co dalej, co ma zrobić w kolejnym kroku i w tym pomagać mu powinien koordynator. ●



Często zadawane pytania

Czy opieka koordynowana opłaca się placówce medycznej?

Wszystkie świadczenia w koordynacji są płacone za usługę, więc to co zrobimy w ramach podmiotu, to jest dodatkowy dochód. Problemem są usługi, które wykonuje nam podwykonawca. Jeśli znajdziemy realizatora tańszego niż to, co płaci NFZ, wtedy możemy mieć dochód, a jeżeli nie znajdziemy, to może być nawet na tym strata. Globalnie powinien podmiot wyjść na plus.

Czym różni się standardowa wizyta pacjenta od wizyty w ramach opieki koordynowanej?

Niewiele, wizyta jest podobna do dotychczasowej obsługi pacjenta z chorobą przewlekłą. Musimy tylko wybrać raz w roku jedną poradę jako główną (kompleksową). Podczas tej porady należy głębiej się zastanowić nad pacjentem oraz wygenerować Indywidualny Plan Opieki Medycznej (IPOM), czyli spis naszych zaleceń dla pacjenta na kolejny rok. ●



Pierwsze trudności i sposób ich pokonania

Problem. Nie mogłem znaleźć podwykonawców, którzy zapewnią odpowiednie usługi (konsultacje i badania), których podmiot nie może zapewnić samodzielnie.

Rozwiązanie. Skontaktowałem się z centrum medycznym, które świadczyło dotąd prywatnie poszukiwane przeze mnie usługi. Miało odpowiednie zasoby, aby zostać w tych zakresach podwykonawcą.

Problem. Stworzenie wniosku i jego złożenie w NFZ zgodnie z wymogami zarządzenia Prezesa NFZ oraz ograniczeniami technicznymi portalu SZOI oraz aplikacji ofertowej.

Rozwiązanie. Może się okazać, że trzeba zmienić wstępną koncepcję i złożyć wniosek tak, żeby systemy informatyczne go przepuściły. Ostatecznie mój wniosek nie był w zgodzie z moim pomysłem na OK, więc musiałem elastycznie dopasować się do formularza.

Problem. Lekarze mają napięte grafiki pracy i brak czasu na koordynację.

Rozwiązanie. Tutaj pomocna jest zmiana punktu widzenia. Pacjent do koordynacji to pacjent, który jest chory przewlekłe, więc bywa systematycznie u lekarza POZ. Dzięki koordynacji powinniśmy w sposób usystematyzowany poświęcić mu trochę więcej czasu jednorazowo, ale dzięki temu potencjalnie zmniejsza się liczba pojedynczych wizyt w ciągu roku. Na początek warto zacząć od prostszych przypadków, dla których czas poświęcony na poradę kompleksową będzie bardzo zbliżony do standardowej porady. ●



Mobilny asystent pacjenta, czyli koordynacja ścieżki pacjenta w placówce zdrowia

Jak ułatwić pacjentom korzystanie z usług zdrowotnych oraz postawić kropkę nad i w koordynacji opieki? Wdrażając aplikację mobilną łączącą pojedyncze usługi w jedną całość.

W skrócie:

- Z danych Centrum e-Zdrowia wynika, że tylko 4,5% polskich placówek medycznych korzysta z rozwiązań m-zdrowia (aplikacji mobilnych).
- Wśród przeszkód ich wprowadzenia są m.in. koszty, brak czasu i kompetencji cyfrowych.
- Na rynku są aplikacje mobilne wspierające pacjentów od momentu umówienia wizyty, przez realizację e-recepty do kontroli stanu zdrowia.
- Taka koordynacja m.in. ułatwia administrowanie wizytami i poprawia komunikację z pacjentami.
- Jak to działa, pokazujemy na przykładzie aplikacji VisiMed.
- Placówka medyczna może ją spersonalizować, oferując pod własnym logo unikalne funkcje dla pacjenta jak m.in. realizacja telekonsultacji czy zamawianie leków w aptekach.

Jedna spójna ścieżka od szukania pomocy po leczenie

Po okresie wdrażania pojedynczych usług e-zdrowia, wyzwaniem jest ich spięcie w spójny ciąg. Tak, aby pacjent otrzymał cyfrowe wsparcie na każdym etapie ścieżki profilaktyki i leczenia.

Z perspektywy pacjenta – najlepiej za pomocą aplikacji mobilnej. I to takiej, która jest zintegrowana z systemem informatycznym placówki medycznej, co z jednej strony pozwoli zbudować zaufany kanał komunikacji z pacjentem, a z drugiej – usprawnić procesy organizacji wizyt i zarządzać ścieżką pacjenta.

Jak to zrobić w praktyce, omówimy na przykładzie aplikacji VisiMed (KAMSOFT S.A.), zintegrowanej z systemami gabinetowymi firmy. Jest ona bezpłatna i można ją w prosty sposób spersonalizować pod placówkę medyczną wybierając własne logo czy kolorystykę.

Aby zapewnić pełną koordynację ścieżki pacjenta, aplikacja pozwala pacjentowi poruszać się po usługach oferowanych także przez inne placówki. Ta otwartość jest ważna – dzięki niej, pacjent nie jest ograniczony silosowym rozwiązaniem, ale może umówić się też np. do specjalisty obsługującego poza podmiotem oferującym aplikację.

Jednak placówka, która zaoferowała pacjentowi aplikację, nadal posiada najwyższy priorytet. Przykładowo, podczas wyszukiwania wolnych terminów (lekarze z placówki będą na samej górze listy). W ten sposób otwartość aplikacji idzie w parze z realizacją celów podmiotu medycznego.



Spersonalizowana
aplikacja mobilna
VisiMed

Sama aplikacja została tak zbudowana, aby płynnie prowadzić pacjenta po ścieżce opieki, także tej wyznaczonej przez koordynatora. Z jej pomocą można m.in. sprawdzać terminy wizyt, wprowadzić objawy, szybciej zarejestrować się w placówce medycznej, otrzymać i zrealizować e-receptę, wyszukać aptekę, gdzie można wykupić lek oraz wprowadzać wyniki pomiarów parametrów zdrowia i objawy, aby lepiej zarządzać zdrowiem.

Co jeszcze zyskują placówki medyczne dzięki aplikacji?

- **Przejrzyste zarządzanie terminami wizyt.** Pacjent może łatwo umówić i odwołać wizytę, co pomaga zredukować liczbę niezrealizowanych terminów. Koordynator widzi np. odwołane wizyty i może odpowiednio reagować.
- **Płynna integracja telekonsultacji z usługami stacjonarnymi.** Pacjent może w bezpieczny sposób korzystać z telekonsultacji np. z dietetykiem w ramach OK (forma zdalna jest dopuszczona prawnie).
- **Poprawa stopnia przestrzegania zaleceń lekarza.** Aplikacja przypomina m.in. o konieczności zażycia leku, co dodatkowo pomaga w osiąganiu lepszych wyników leczenia pacjentów chorych przewlekłe.
- **Wzmocnienie lojalności pacjenta i jego zaangażowania.** Pacjent może notować informacje o objawach czy wynikach parametrów zdrowia i przekazać je lekarzowi podczas kolejnej wizyty kompleksowej. Z pomocą aplikacji może też pozostać w kontakcie z koordynatorem.
- **Kontrola lekoterapii.** Aplikacja zawiera dodatkowo praktyczny terminarz dawkowania.

Zintegrowane systemy IT ułatwiają opiekę

Połączone ze sobą usługi zdrowotne – tak jak w przypadku opieki koordynowanej – będą stopniowo zastępowały poszatkowane etapy opieki zdrowotnej.

Koordynator OK ma być przewodnikiem i doradcą pacjenta. Jednak również ważne jest to, aby pacjent miał narzędzia do zarządzania w jednym miejscu swoim zdrowiem. Aplikacje mobilne są dziś szeroko stosowane m.in. do rezerwacji wakacji czy kupna biletu na pociąg. Teraz pomagają też świadczyć opiekę, pozostawać w kontakcie z pacjentem, wspierać go po zakończeniu wizyty.

Za koordynacją usług opartą na rozwiązaniach mobilnych idą jeszcze dodatkowe korzyści dla placówek zdrowia:

- **Sprostanie rosnącej konkurencji.** Liderzy rynku zdrowia wdrażają cyfrowe technologie zdrowotne, rozwijając wielokanałową, cyfrowo-analogową opiekę i budując unikalne doświadczenia pacjenta. To także kwestia wzmocnienia lojalności pacjentów, ważnej z punktu widzenia wyników leczenia.
- **Mocne, zaufane marki w ochronie zdrowia to marki cyfrowe.** Stosowanie rozwiązań e-zdrowia wzmocnia wizerunek nowoczesnej placówki, który z kolei wpływa na zaufanie pacjentów i znacznie ułatwia współpracę z kontrahentami.

- **Aktywne wykorzystanie nowych możliwości rynkowych.** Przykładem jest opieka koordynowana wymagająca wdrożenia rozwiązań ułatwiających zarządzanie ścieżką pacjenta.
- **Zmniejszenie kosztów administracyjnych.** Rozwiązania zdrowia cyfrowego mogą pomóc zmniejszyć obciążenia administracyjne, dzięki optymalizacji nieefektywnych procesów.
- **Budowanie fundamentów pod nowe modele opieki zdrowotnej.** Rynek zdrowia będzie powoli odchodził od modelu nastawionego na ilość w kierunku jakości. Dobrze przeprowadzona digitalizacja, w tym ucyfrowienie komunikacji z pacjentem, ułatwia dopasowanie się do nowych modeli opieki.

Im wcześniej, tym więcej korzyści

Brak dodatkowych środków finansowych na wdrożenie nowoczesnych technologii, brak umiejętności cyfrowych, braki kadrowe i chroniczny brak czasu na wdrażanie nowości – nawet najbardziej otwarci na nowości świadczeniodawcy trafiają na bariery w adaptacji nowych technologii.

Dlatego o sukcesie decyduje prostota rozwiązania.

Omówiona aplikacja mobilna VisiMed oferuje cały pakiet nowych usług pacjentowi, a placówkom – szybkie uruchomienie nowego kanału opieki nad pacjentami. Koordynacja ścieżki pacjenta z aplikacją mobilną jest jeszcze łatwiejsza. ●

Kliknij tutaj, aby dowiedzieć się więcej o aplikacji VisiMed.

»Aplikacja mobilna
jest przewodnikiem
ułatwiającym
pacjentowi poruszanie
się po systemie zdrowia
i korzystanie z usług
placówki medycznej.«



Ann Mond Johnson zarządza American Telemedicine Association (ATA) od 2018 roku

Technologia pomaga zaopiekować się pacjentami w sposób, o jakim nie śniliśmy

Pandemia przyspieszyła wdrażanie telemedycyny, ale sporo barier wciąż blokuje korzyści, jakie mogliby odnieść pacjenci. Jak to zmienić? Rozmowa z Ann Mond Johnson, prezesem Amerykańskiego Stowarzyszenia Telemedycyny (ATA).

Jak zmieniło się zaufanie pacjentów do wirtualnej opieki w ciągu ostatnich trzech lat pandemii COVID-19?

Zmienia się ono radykalnie, ponieważ wielu pacjentów skorzystało z telezdrowia podczas pandemii COVID-19, dostrzegając zalety tej technologii. Niektóre statystyki sugerują, że zwłaszcza osoby 65+ są zadowolone lub bardzo zadowolone z usług telezdrowotnych: w an-

kiecie przeprowadzonej w USA, aż 83% uznało, że jakość telekonsultacji jest wysoka.

Mimo to, nadal jest wiele miejsca na poprawę doświadczeń użytkowników – zarówno w odniesieniu do wizyt osobistych, jak i wirtualnych. Musimy również podnieść poziom wiedzy o zdrowiu i zdrowiu cyfrowym, aby ludzie wiedzieli, jak sprawnie korzystać z cyfrowych usług zdrowotnych. A wiedza to też ważny składnik zaufania.

Pomimo przyspieszenia teleopieki, nadal wiele barier blokuje jej dalszy rozwój.

Jednym z najważniejszych jest ograniczony dostęp do szerokopasmowego Internetu. To problem, który istnieje na całym świecie, także w USA.

Drugą kwestią są bariery legislacyjne oraz ceny teleusług, jeśli nie są one refundowane. Trzecią kwestią



»Proste zastąpienie wizyty osobistej jej odpowiednikiem wirtualnym to droga donikąd. Teleopieka musi zaproponować coś więcej.«

jest brak interoperacyjności, która z kolei uniemożliwia płynną wymianę danych. To powoduje, że dla lekarzy teleopieka staje się skomplikowana – muszą oni sięgać do danych w różnych systemach albo w ogóle nie mają dostępu do elektronicznej kartoteki pacjenta.

Aby to zmienić, musimy przyjąć inny punkt widzenia: teleopieka jest szansą na to, aby poprawić dostęp do usług zdrowotnych i usunąć nierówności w tym zakresie.

To jeden z argumentów za teleopieką. Czy są jeszcze inne?

Nie jesteśmy w stanie wystarczająco szybko uzupełniać braków kadrowych w medycynie, aby zaspokoić rosnące potrzeby zdrowotne na całym świecie. Już teraz obserwujemy zatory w ochronie zdrowia i wypalenie lekarzy.

Dużą szansą jest zastąpienie obecnego modelu opieki „w cztery oczy”, w pełni zintegrowanym modelem opieki, który nazywam „jeden do wielu”. Mam na myśli jeden system, który jest w stanie zaopiekować się w tym samym czasie większą liczbą pacjentów.

Trzeba też podkreślić znaczenie telemedycyny w połączeniu ze zdalnym monitorowaniem zdrowia. Lekarze i pielęgniarki mają dostęp do danych pacjenta w czasie rzeczywistym i mogą interweniować zanim stan pa-

cjenta pogorszy się na tyle, że niezbędna będzie hospitalizacja.

Teleopieka może potencjalnie poprawić wyniki leczenia i jakość opieki, ale także życia. Konsumenci już teraz oczekują i wymagają wygodnego dostępu do usług zdrowotnych, a telemedycyna to umożliwia.

W takim razie jak sprawić, że teleopieka będzie bardziej dostępna?

Trzeba zacząć od legislacji. Następnie należy wprowadzić standardy, jasno określając, kiedy niezbędna jest wizyta osobista, kiedy bezpiecznym rozwiązaniem jest wizyta online, a kiedy najlepiej sprawdzi się model hybrydowy.

Moim zdaniem powinniśmy promować zrównoważony model opieki, gdzie teleopieka będzie jedną z opcji, a nie dominującą formą.

W najbliższych latach rozwój teleopieki będzie organiczny. Takie technologie jak sztuczna inteligencja, inteligentne zegarki, urządzenia ubieralne wchodzą do ochrony zdrowia pozwalając automatyzować monitoring zdrowia, opiekować się chorymi na odległość, zapobiegać rozwojowi chorób na wczesnym etapie.

W efekcie chodzi nie tylko o lepszą opiekę dla pacjentów, ale też ułatwienie pracy lekarzom. ●



System zdrowia produkuje wizyty, tracąc z oczu pacjenta

Polski startup zamierza przywrócić medycynie takie wartości jak empatia, bliska relacja lekarza z pacjentem, ciągłość opieki, wzmacniając przy tym rolę profilaktyki. Mają w tym pomóc nowe technologie. Rozmawiamy ze współtwórcą Doctor.One, Maciejem Malendą.

Skąd wziął się pomysł na Doctor.One?

U podstaw Doctor.One jest przekonanie, że opieka medyczna powinna bazować na relacji. Tego potrzebują pacjenci, którzy nie chcą być anonimowym „numerkiem” w systemie ochrony zdrowia. Chcą wsparcia kogoś zaufanego, kto ich zna i prowadzi przez lata. Taka ciągłość opieki jest też potrzebna lekarzom, bo znajomość pacjenta i jego osobistej historii nie tylko ułatwia diagnozę, ale pomaga lepiej wpływać na stosowanie się do

zaleceń. Zupełnie po ludzku, taka praca daje też więcej satysfakcji.

Dzisiejszy system ochrony zdrowia znacznie bardziej przypomina call center lub linię produkcyjną, na której wyczerpany i ciągle pospieszany lekarz musi konsultować dziesiątki anonimowych często pacjentów. Taki system efektywnie produkuje „wizyty” – czasami zbyt późne lub niepotrzebne – ale traci z oczu długotrwałą opiekę nad pacjentem i koordynację jego ścieżki.

Wielu z nas nie ma żadnego kontaktu ze swoim lekarzem pierwszego kontaktu, zaniedbujemy prewencję, a gdy coś nam się dzieje, błakamy się samotnie po systemie, często odsyłani od specjalisty do specjalisty.

Doctor.One jako idea osobistego lekarza, który nas dobrze zna i prowadzi, nie jest rewolucyjna. To raczej powrót do korzeni i humanizacja medycyny, umożliwiająca przywrócenie zaufanej relacji między lekarzem i pacjentem. Przenosimy ją tylko w XXI wiek, umożliwiając bezpośrednią komunikację pomiędzy wizytami w bezpiecznej aplikacji, która pełni rolę wirtualnego gabinetu lekarskiego.

Jak dokładnie wygląda nowy model świadczenia opieki, który proponujecie?

Stworzyliśmy wirtualny gabinet lekarza. Realizujemy go poprzez dwie aplikacje: Doctor.One Lekarz – aplikację stworzoną z lekarzami na potrzeby ich codziennej pracy oraz Doctor.One Pacjent – drugą stronę komunikatora, przeznaczoną dla pacjenta.

W swojej aplikacji lekarz tworzy swój gabinet na podstawie trzech zasad. Po pierwsze, ustala czas „obchodów” w wirtualnym gabinecie. To konkretne godziny w ciągu dnia, kiedy lekarz przegląda i reaguje na zgłoszenia pacjentów lub sam pisze do nich, żeby sprawdzać postępy leczenia. Dzięki takiemu wyznaczeniu godzin, pacjenci wiedzą, kiedy mogą spodziewać się odpowiedzi na zadane wcześniej pytania. Lekarzom dajemy spokój, bo przed tą godziną nie otrzymują powiadomień o nowych wiadomościach.

Po drugie, lekarz tworzy plany opieki, ustalając zakres świadczonych usług oraz miesięczną cenę za taką opiekę. Pacjent nie płaci lekarzowi za pojedyncze wizyty i konsultacje, tylko miesięczną subskrypcję. Po trzecie, lekarz wybiera pacjentów. To największa zmiana w stosunku do innych systemów opieki – lekarz sam określa, których pacjentów chce objąć stałą opieką, a co za tym idzie, ile czasu chce poświęcić na pracę w Doctor.One.

Co zyskują pacjenci, którzy decydują się na abonament i co różni go od tradycyjnych usług telemedycznych?

Pacjenci zyskują zaufanego lekarza. Większość z nas pamięta jeszcze z dzieciństwa tego lokalnego, zaufanego lekarza, który znał rodzinę i najlepiej doradzał nam w kwestiach zdrowotnych. Nie opierał się on jedynie na raczkującej wtedy EBM (ang. evidence-based medicine), ale przede wszystkim na znajomości historii chorób w naszym najbliższym otoczeniu. W dzisiejszych, szybkich czasach posiadanie takiego lekarza jest trudne.

Nasi pacjenci wracają do nas z opowieściami o swoich historiach. To, co pojawia się w nich bardzo często, to słowo „bezpieczeństwo”. Aplikacja nie rozwiązuje wszystkich problemów – nie mamy jeszcze gabinetów, ale nasi pacjenci są tego świadomi. Możliwość zadania lekarzowi pytania właściwie w dowolnym momencie,

bez obawy, że przeszkadzamy lub nadużywamy relacji, jest dla pacjentów niezastępowalną wartością.

Czy Twoim zdaniem polski sektor zdrowia – a zwłaszcza pacjenci – są gotowi na taką zmianę w podejściu do opieki?

Zdecydowanie tak! Tak jak wskazywałem wyżej, nasi pacjenci czują zupełnie inną wartość z długotrwałej, zaufanej relacji ze swoim lekarzem. Lekarze, z którymi pracujemy, mieli duże obawy o jej nadużywanie. Przecież ciągle mówi się o braku dostępności, długich kolejkach i czasami tygodniach oczekiwania. Wydawało się, że danie bezpośredniego kontaktu do lekarza spowoduje, że będzie on miał dodatkowy kanał, w którym pacjenci będą mogli zabrać kilka dodatkowych godzin z czasu życia lekarza.

W praktyce okazało się, że pacjenci bardzo szanują taki kontakt. Lekarze, którzy mają kilkudziesięciu pacjentów, poświęcają w naszej aplikacji kilka minut dziennie. Co na to pacjenci? Wracają z podziękowaniami do lekarzy i do nas. Cieszą się, że w kilka minut mogą rozwiązać palące ich lub ich bliskich problemy. Dostrzegamy szansę dla obu stron na tworzenie nowej jakości opieki.

Widzimy, że hybrydowa, „online-first” opieka to przyszłość. Dlatego mamy nadzieję, że za kilka lat model Doctor.One będzie standardem w opiece zdrowotnej w Polsce i nie tylko.

Doctor.One opiera się na nowych technologiach. Jakich dokładnie?

Wbrew powszechnej fascynacji sztuczną inteligencją, nie zakładamy zastępowania lekarzy przez AI. My stawiamy raczej na HI – *human intimacy* – czyli budowanie zaufania i efektywnej komunikacji między lekarzem a pacjentem. Chcemy oczywiście ułatwiać lekarzom pracę i automatyzować niektóre czynności, dlatego to oni definiują kolejne punkty na naszej produktowej ścieżce rozwoju.

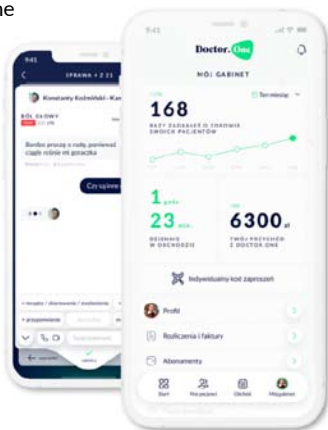
Staramy się dać lekarzowi jak najpełniejszą wiedzę o pacjencie, chociażby opracowując standardy pierwszorazowej wizyty i plany opieki, na co często brak jest czasu w tradycyjnych placówkach. Docelowo, zakładamy też integrację z urządzeniami umożliwiającymi zdalną diagnozę i monitoring pacjentów. Chcemy, żeby lekarz, który najlepiej zna i prowadzi pacjenta, miał pod ręką wszystkie potrzebne badania i dane medyczne.

Jak dalej będziecie rozwijać usługę?

Nasza usługa staje się popularna wśród pediatrów. To pierwsza grupa, z którą rozmawialiśmy i wśród nich przede wszystkim szukamy naszych nowych lekarzy. Widzimy jednak, że lekarze innych specjalizacji również chcą włączać swoich pacjentów do Doctor.One. To kierunek rozwoju w Polsce. Planujemy również uruchomić kolejne kraje, zaczynając od Portugalii w 2023 roku. ●

»Wielu z nas nie ma żadnego kontaktu ze swoim lekarzem pierwszego kontaktu, zaniedbujemy prewencję.«

Aplikacja Doctor.One dla lekarza





To najczęstszy powód kary nakładanej przez UODO. Jak go uniknąć?

Przed wieloma karami nakładanymi przez Urząd Ochrony Danych Osobowych można się ustrzec współpracując z organem nadzorczym – przypomina UODO. Kilka przykładów ilustrujących błędy administratorów.

UODO ma wiele uprawnień, w tym prawo do uzyskania od administratora i podmiotu przetwarzającego dostępu do danych osobowych i niezbędnych dla nie-

go informacji, uzyskania dostępu do wszystkich pomieszczeń administratora i podmiotu przetwarzającego, w tym do sprzętu i środków służących do przetwarzania danych.

Brak współpracy z organem nadzorczym jest działaniem utrudniającym organowi wykonywanie obowiązków i mogącem powodować nadmierne oraz nieuzasadnione wydłużenie prowadzonych postępowań, a tym samym naruszenie praw obywateli związanych z ochroną ich danych osobowych.

Brak współpracy to naruszenie o dużej wadze i podlega karze. Jedną z najczęściej spotykanych form braku współpracy jest przypadek, gdy administrator utrudnia dostęp do informacji niezbędnych do realizacji za-

dań Prezesa UODO, unikając odbierania kierowanej do niego korespondencji.

Wezwania dostarczone, brak odpowiedzi.

Kara 6,8 tys. zł

Prezes UODO ukarał administratora, który nie zareagował na wezwanie do złożenia wyjaśnień w postępowaniu ze skargi dotyczącej utrwalania wizerunku skarżącej za pomocą monitoringu wizyjnego bez podstawy prawnej oraz na niespełnieniu wobec niej obowiązku informacyjnego (art. 15 RODO).

W celu rozpatrzenia skargi UODO wezwał administratora do ustosunkowania się do treści skargi, do złożenia wyjaśnień w sprawie, w szczególności do udzielenia odpowiedzi na szereg szczegółowych pytań w istotnych dla sprawy kwestiach, a także do przedstawienia dowodów potwierdzających złożone wyjaśnienia. Wezwanie to skierowano za pośrednictwem operatora pocztowego do administratora na wskazany przez skarżącą adres jego zamieszkania. Pismo to awizowano dwukrotnie, a mimo to nie zostało przez adresata odebrane. Wróciło do nadawcy z adnotacją „ZWROT nie podjęto w terminie”. Wobec braku odpowiedzi na wezwanie, UODO ponownie zwrócił się do administratora z wezwaniem do złożenia wyjaśnień. Wezwanie to – skierowane również na adres zamieszkania administratora – zostało odebrane przez niego osobiście, jednak pozostało bez jakiegokolwiek odpowiedzi. UODO skierował do tego administratora kolejne – trzecie – żądanie udzielenia informacji niezbędnych do rozpatrzenia skargi. I tym razem wezwanie to zostało odebrane przez niego osobiście, jednak ponownie pozostało bez jakiegokolwiek odpowiedzi.

W związku z nieudzieleniem przez administratora informacji niezbędnych do rozstrzygnięcia sprawy, UODO wszczął wobec niego z urzędu postępowanie administracyjne w przedmiocie nałożenia administracyjnej kary pieniężnej, o czym administrator został poinformowany pismem. Administrator nie podjął żadnych działań w reakcji na informację o wszczęciu postępowania. Sprawa zakończyła się nałożeniem na tego administratora kary w wysokości blisko 6,8 tys. zł.

Brak dostępu do informacji, których organ nadzorczy żąda od administratora, nie tylko stoi na przeszkodzie obiektywnemu, wnikliwemu i wszechstronnemu rozpatrzeniu sprawy, lecz skutkuje również nadmiernym i nieuzasadnionym przedłużaniem postępowania.

Brak odpowiedzi pisemnych. Kara 4,5 tys. zł

Kolejnym przykładem jest sprawa dotycząca skargi na nieprawidłowości w procesie przetwarzania danych osobowych osoby, której dane dotyczą.

UODO skierował do administratora wezwanie do złożenia wyjaśnień na ujawniony w Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej (CEIDG) adres stałego miejsca wykonywania przez tego przedsiębiorcę działalności gospodarczej, będący jednocześnie jego adresem do doręczeń. Wezwanie zostało odebrane przez pełnomocnika przedsiębiorcy (zgodnie z adnotacją zamieszczoną na potwierdzeniu odbioru przesyłki). Na pismo to przedsiębiorca nie udzielił żadnej odpowie-

dzi. UODO ponownie zwrócił się do niego z wezwaniem skierowanym również na adres ujawniony w CEIDG – zostało odebrane, a na potwierdzeniu odbioru przesyłki osoba odbierająca korespondencję określona została jako „dorosły domownik” adresata. Również to wezwanie UODO pozostało bez odpowiedzi ze strony przedsiębiorcy.

Przedsiębiorca całkowicie ignorował kierowaną do niego przez UODO korespondencję, co spowodowało utrudnienie i nieuzasadnione przedłużenie prowadzonego przez organ nadzorczy postępowania. Zachowanie przedsiębiorcy należy więc uznać za godzące w system ochrony danych osobowych, i z tego względu mające dużą wagę i naganny charakter. Wagę naruszenia zwiększa dodatkowo okoliczność, że dokonane przez przedsiębiorcę naruszenie nie było zdarzeniem incydentalnym. Działanie przedsiębiorcy było ciągłe i długotrwałe, a naruszenie przepisów ogólnego rozporządzenia o ochronie danych trwało co najmniej do dnia wydania decyzji nakładającej administracyjną karę finansową.

Błędny adres do odbioru korespondencji urzędowej. Kara 32 tys. zł

Brak współpracy z organem nadzorczym czy niezapewnienie dostępu do informacji niezbędnych do realizacji jego zadań to problemy występujące także w postępowaniach wszczynanych w związku ze zgłoszonymi przez samych administratorów naruszeniami ochrony danych osobowych. W takich przypadkach również źródłem problemów jest nie odpowiadanie na wezwanie czy problemy z odbiorem pism na skutek posługiwania się przez administratora różnymi adresami. Jako ilustracja niech posłuży decyzja UODO o nałożeniu administracyjnej kary pieniężnej w kwocie blisko 32 tys. zł na spółkę TIMSHEL, która zgłosiła organowi nadzorczemu naruszenie ochrony danych osobowych drogą elektroniczną. Zgłoszenie o treści „zgłoszenie naruszenia ochrony danych osobowych w załączniku” nie zawierało jednak wspomnianego załącznika w postaci dedykowanego do tego typu spraw formularza. W związku z brakiem informacji niezbędnych do oceny naruszenia, UODO wszczął postępowanie i zwrócił się do administratora z wezwaniem do „przedstawienia treści zgłoszenia naruszenia ochrony danych osobowych”. Pismo to skierowano do spółki za pośrednictwem operatora pocztowego na ujawniony w KRS adres siedziby tego podmiotu. Mimo dwukrotnego awizowania tego pisma nie zostało ono jednak przez spółkę odebrane. Spółka nie udzieliła odpowiedzi również na kolejne, drugie wezwanie UODO, które wróciło do organu z adnotacją „ZWROT nie podjęto w terminie”.

»Podjęcie należytej współpracy z organem nadzorczym może wpłynąć na zmniejszenie nałożonej kary lub nawet jej zamianę na sankcję w postaci upomnienia.«

W tej sytuacji organ nadzorczy zwrócił się do sądu rejestrowego właściwego dla siedziby spółki z wnioskiem o udzielenie informacji, czy w sądzie tym znajduje się nierozpoznany wniosek spółki o ujawnienie zmiany adresu jej siedziby. Sąd potwierdził, że w aktach rejestrowych spółki nie znajduje się żaden nierozpoznany wniosek spółki o wpis do rejestru, w tym w szczególności wniosek o ujawnienie zmiany adresu jej siedziby.

Jak następnie ustalił organ nadzorczy, na swojej stronie internetowej spółka podała inny niż ujawniony w KRS adres swojej siedziby. Informację o wszczęciu postępowania w przedmiocie nałożenia na spółkę administracyjnej kary pieniężnej organ nadzorczy skierował zarówno na adres jej siedziby, ujawniony w KRS, jak i na ustalony dodatkowy adres. W tym ostatnim przypadku pismo zostało przez administratora odebrane, co potwierdzono podpisem pracownika spółki, który odebrał przesyłkę. Mimo to pismo to pozostało bez jakiegokolwiek odpowiedzi ze strony spółki.

Członek zarządu spółki, składając w UODO zgłoszenie naruszenia ochrony danych osobowych (nawet jeśli brak w nim było treści – formularza zawierającego informacje o naruszeniu), musiał mieć świadomość, że czynność ta zainicjuje podjęcie działań przez organ

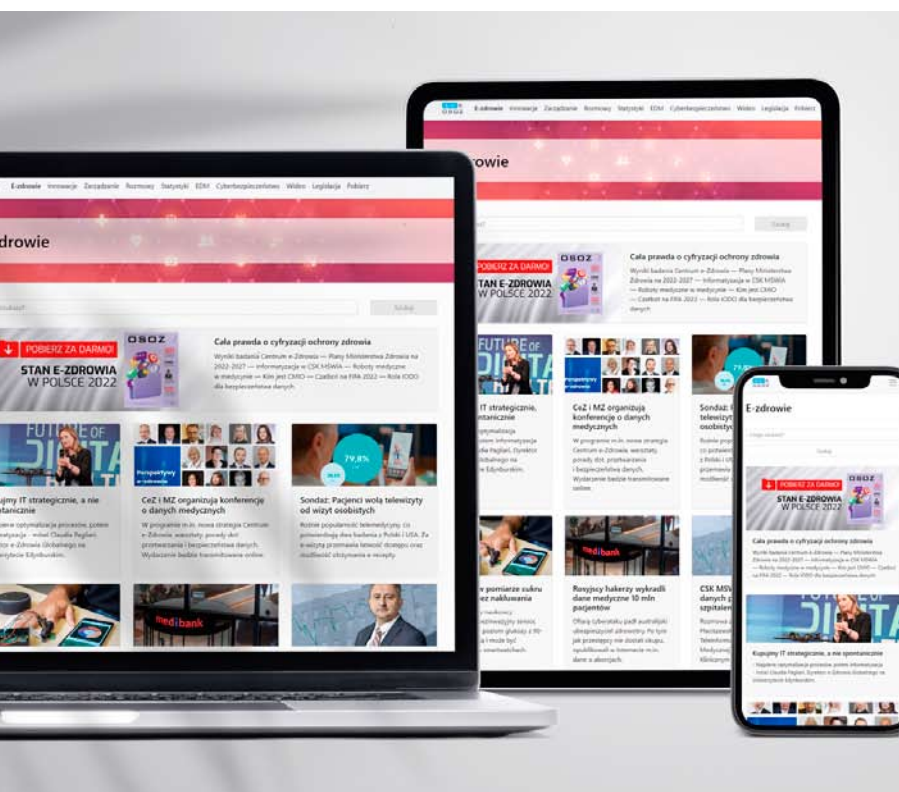
nadzorczy, które to działania będą wymagać kontaktu ze spółką. Nieodbieranie więc korespondencji już po dacie złożenia zawiadomienia do UODO można uznać za celowe działanie mające na celu utrudnienie lub nawet uniemożliwienie dokonania oceny zgłoszonego naruszenia.

Spółka nie udzieliła żadnej odpowiedzi na jedyne odebrane przez nią wezwanie, które dotarło, jak należy domniemywać, do świadomości osób zarządzających spółką. Brak odpowiedzi na wezwanie musiał więc być w takiej sytuacji efektem świadomej i celowej decyzji osób działających w imieniu Spółki.

Celem zastosowania w przytoczonych przykładowych sprawach kar pieniężnych było zdyscyplinowanie administratorów do prawidłowej współpracy z Urzędem Ochrony Danych Osobowych. Opisane wyżej decyzje powinny być jasnym sygnałem, że lekceważenie obowiązków związanych ze współpracą z organem nadzorczym, również stanowi naruszenie podlegające administracyjnej karze pieniężnej. Każda z nałożonych kar zależy od oceny okoliczności konkretnej sprawy, która jest badana indywidualnie. ●

Źródło: UODO

reklama



Przejdź na stronę cyfryzacji. Czytaj blog OSOZ.

wejdź na blog.osoz.pl



Menedżer zdrowia. Zarobki, kompetencje i perspektywy zawodowe

Polscy menedżerowie zdrowia pracują dużo, stając na głowie, aby pogodzić niski poziom finansowania placówek zdrowia z wysoką jakością opieki nad pacjentami. Osoby na tym stanowisku muszą mieć multidyscyplinarną wiedzę i wdrażać nowe koncepcje zarządzania oraz innowacje.

Ciężka praca, marna płaca

Z danych opublikowanych przez Polską Federację Szpitali wynika, że prawie 60% dyrektorów szpitali posiada ponad 10-letni staż. Jednocześnie zarabiają niewiele, biorąc pod uwagę zakres obowiązków, odpowiedzialność i czas spędzony w pracy – niemal połowa dyrektorów pracuje 60 godzin tygodniowo. Wynagrodzenia 90% menedżerów mieszczą się w granicach 10 000 – 25 000 zł brutto miesięcznie i rosną bardzo powoli.

Trochę inaczej sytuacja wygląda w Europie Zachodniej, gdzie menedżer zdrowia to stanowisko bardzo dobrze opłacane i cenione. Przykładowo, w Niemczech zarobki mieszczą się pomiędzy 11 000 a 20 000 EUR miesięcznie (prawie 5-krotnie więcej). Na podobną kwotę może liczyć dyrektor szpitala w Holandii. W Danii jest to średnio 10 000 EUR.

»Menedżerowie zdrowia muszą rozumieć kwestie biznesowe i medyczne, aby jakość opieki szła w parze z dobrą kondycją finansową.«

Zarobki dyrektorów placówek ambulatoryjnej ochrony zdrowia są jeszcze bardziej zróżnicowane.

Większość polskich menedżerów nie ma też możliwości dodatkowego zarabkowania, przykładowo za wykłady, wywiady, udział w konferencjach, publikacje w wydawnictwach o zarządzaniu itd. To powoduje, że bardzo często to nie dyrektor jest na szczycie listy płac, ale osoby z personelu medycznego. Zarobki nie motywują, a do tego dyrektorzy placówek dobrze prosperujących placówek publicznych nawet nie mogą liczyć na specjalne premie.

Lista obowiązków

Opieka zdrowotna jest globalnie największym sektorem zatrudnienia. Według danych GUS z 2022 roku, w kategorii opieka zdrowotna i pomoc społeczna ogółem zatrudnionych jest 924 454 osób, przy czym 545 343 osoby w sektorze publicznym, a 379 111 w prywatnym.

W 2021 roku, 22 000 przychodni prowadziło działalność w ramach ambulatoryjnej opieki zdrowotnej. Do tego trzeba doliczyć ok. 898 szpitali (dane na koniec 2020 roku). Razem daje to min. 23 000 menedżerów ochrony zdrowia (ambulatoryjna i stacjonarna opieka zdrowotna).

Oprócz standardowych obowiązków związanych z biznesowym prowadzeniem przedsiębiorstwa – jak planowanie, budżetowanie, tworzenie polityki rozwoju i zarządzanie personelem – menedżer ochrony zdrowia musi dodatkowo m.in.:

- orientować się w organizacji sektora zdrowia i polityce zdrowotnej;
- aktualizować wiedzę instytucjonalną (jak działa organizacja);
- dbać o budowanie kultury organizacyjnej nastawionej na jakość;
- promować kulturę innowacji;
- przeprowadzać placówkę przez transformację cyfrową (wdrażać zmiany);
- planować inwestycje i pozyskiwać środki na ich realizację (granty, dofinansowania, sponsorzy);
- udoskonalać procedury pracy i automatyzować procesy z pomocą rozwiązań e-zdrowia;
- dopasowywać się do zmian administracyjno-prawnych w ochronie zdrowia;
- adaptować nowe modele opieki (np. opieka koordynowana);

- zarządzać bezpieczeństwem informacji;
- zarządzać ryzykiem, aby przygotować się na często występujące w ochronie zdrowia sytuacje kryzysowe (nagły wzrost zachorowań, niedobór personelu).

Oprócz tej listy, uniwersytety kształcące menedżerów wskazują jeszcze umiejętności miękkie szczególnie przydatne, jeśli chodzi o zarządzanie w ochronie zdrowia:

- umiejętność dostrzegania i szybkiego reagowania na trendy biznesowe w opiece zdrowotnej;
- ciekawość nowych technologii w opiece zdrowotnej, które poprawiają jakość i efektywność usług;
- umiejętność planowania strategicznego;
- umiejętność radzenia sobie w trudnych etycznie sytuacjach;
- posiadanie zdolności przywódczych (bycie liderem);
- umiejętność budowania relacji i współpracy z pracownikami i partnerami społecznymi;
- zdolność transparentnego, „włączającego” podejmowania decyzji;
- talent przekonywania do niezbędnych zmian.

Menedżerowie ochrony zdrowia muszą łączyć zimną kalkulację biznesową z empatią, inspirować pracowników podążając za wizją. Muszą być wiarygodni i cieszyć się zaufaniem, planując i realizując w klarowny i transparentny sposób cele długoterminowe. Powinni angażować pracowników, ufać zespołowi.

Ale konieczne są też twarde kompetencje, jak znajomość nowych metod zarządzania (przykładowo lean healthcare), umiejętność zarządzania projektami, wiedza z zakresu ekonomiki zdrowia, restrukturyzacji podmiotu leczniczego, zarządzania ryzykiem i akredytacji.

Jak zostać menedżerem w służbie zdrowia

Kariera wielu menedżerów zdrowia zaczyna się w firmach poza branżą medyczną.

Niektórzy często rozpoczynają pracę na stanowiskach administracyjnych placówki medycznej lub jako lekarze. Jeszcze inni decydują się na późniejsze uzupełnienie wiedzy na studiach typu MBA lub MBA w ochronie zdrowia, które trwają najczęściej od 1 do 3 lat.

Bardzo popularne w ostatnich czasach stały się studia podyplomowe „Zarządzanie w opiece zdrowotnej”, oferowane przez uniwersytety medyczne i wyższe szkoły zarządzania. Ich zaletą jest krótki czas trwania i niższy koszt niż w przypadku studiów MBA.

Dzisiejsi menedżerowie stoją przed innymi wyzwaniami niż ich koledzy 10–20 lat temu, bo dodatkowo muszą nawigować po transformacji cyfrowej, która zmienia sposób świadczenia usług, oczekiwania pacjentów i wprowadza nowe modele opieki.

Nowe technologie wymagają dodatkowo wiedzy z zakresu zarządzania zmianą w organizacji i strategicznego planowania e-zdrowia, aby krok po kroku budować efektywną architekturę IT.

A to nie wszystko, bo za rogiem czekają już rozwiązania oparte na sztucznej inteligencji, robotyka i hybrydowe modele opieki. To powoduje, że menedżer zdrowia powinien też dostrzegać możliwości nowych technolo-

gii i wiedzieć, jak je rozważnie dobierać i wdrażać budując dojrzałość cyfrową podmiotu. Transformacja sektora jest m.in. jednym z tematów studiów MBA w ochronie zdrowia.

– Od menedżerów w ochronie zdrowia oczekuje się dziś interdyscyplinarnej wiedzy – twierdzi Dr Małgorzata Gałązka-Sobotka, Dyrektor programu MBA w ochronie

zdrowia Uczelni Łazarskiego. Chodzi o umiejętność połączenia ze sobą kompetencji z obszaru prawa, finansów, zarządzania, psychologii, zarządzania kapitałem ludzkim, marketingu, cyfryzacji. Za tym zestawem umiejętności cały czas nie idą zarobki, co grozi odpływem talentów zarządzania do innych branż i w konsekwencji jeszcze większą zapaścią sektora zdrowia. ●

Przykładowy zakres obowiązków z oferty pracy dla menedżera placówki medycznej (luty 2023, pracuj.pl)

Twój zakres obowiązków

- ✓ zarządzanie pracą przychodni
- ✓ zarządzanie kosztami i przychodami w ramach budżetu przychodni
- ✓ prowadzenie bieżącej kontroli finansowej z optymalizacją kosztów i realizacją mierników budżetowych i biznesowych
- ✓ zarządzanie i rekrutacja personelu medycznego i niemedycznego oraz kreowanie polityki zatrudnienia
- ✓ pozyskiwanie nowych partnerstw i klientów na rzecz rozwoju firmy
- ✓ marketing i promocja przychodni
- ✓ dbałość o realizację usług w ramach Ambulatoryjnej Opieki Specjalistycznej, Chirurgii Jednodniowej i usług komercyjnych
- ✓ analiza rynku i poszukiwanie nowych możliwości rozwoju zgodnie z założoną strategią
- ✓ nadzorowanie prac remontowych oraz projektowych na terenie przychodni



reklama



Blog OSOZ

Polub czasopismo OSOZ na Facebooku

Nowości e-zdrowia | Ciekawostki | Doniesienia naukowe



DigitalHealth.net

Government plans 500% expansion of virtual wards

Rząd Wielkiej Brytanii planuje zwiększyć liczbę wirtualnych oddziałów o 500%

Rząd Wielkiej Brytanii chce leczyć wirtualnie nawet 50 000 pacjentów miesięcznie, aby zmniejszyć obciążenie Krajowej Służby Zdrowia (NHS), skrócić czas oczekiwania na wizyty i poprawić opiekę nad pacjentami.

Zdaniem NHS, istnieje coraz więcej dowodów na to, że wirtualne oddziały są bezpieczną i skuteczną alternatywą dla opieki szpitalnej, szczególnie dla starszych pacjentów. „Wirtualne oddziały” należy rozumieć jako „szpital w domu” – chodzi o przeniesienie niektórych usług szpitalnych do miejsca zamieszkania, z jednoczesnym wprowadzeniem zdalnego monitorowania pacjentów.

Zapowiedź rządu związana jest z obecnym kryzysem w systemie zdrowia. NHS mierzy się z rekordowymi czasami oczekiwania na wizyty oraz falą strajków pielęgniarek i personelu karettek pogotowia.

Cel 50 000 pacjentów leczonych zdalnie miesięcznie jest bardzo ambitny. To pięć razy więcej niż w 2022 roku. Sekretarz ds. Zdrowia i opieki społecznej Steve Barclay powiedział, że służba zdrowia jest pod ogromną presją. Nie ma szybkiego sposobu na poprawę sy-

tuacji, ale można podjąć natychmiastowe działania, aby zmniejszyć czas oczekiwania na usługi medyczne. W ten sposób pacjenci mieliby odzyskiwać zdrowie „w zaciszu własnego domu”, a dodatkową korzyścią są lepsze wyniki leczenia i odciążenie mocno obłożonych oddziałów ratunkowych.

Według NHS, dziesiątki tysięcy starszych osób otrzyma odpowiednie wsparcie w domu w ramach nowego planu NHS, aby ograniczyć niepotrzebne podróże do szpitala. Stwierdza się także, że obecna presja wynika przede wszystkim ze zmian demograficznych – starzejąca się populacja cechuje się coraz bardziej złożonymi problemami zdrowotnymi.

„Kluczową częścią planu będzie reforma sposobu, w jaki NHS świadczy usługi, aby dostosować się do zmieniających się potrzeb populacji, w tym poprzez rozszerzenie opieki poza szpitalami”. NHS planuje m.in. stworzyć zespoły ratunkowe wykorzystujące technologie do monitorowania pacjentów w celu minimalizacji ryzyka upadków. Celem jest zmniejszenie do ok. 20% nagłych przyjęć do szpitala. W Wielkiej Brytanii realizowany jest już szereg inicjatyw i programów pilotażowych obejmujących chorych borykających się z powikłaniami po COVID-19. Według NHS, liczba pacjentów objętych szpitalną opieką wirtualną wzrosła o 50% wzrost w stosunku do 2022 roku. Kolejne 3000 „domowych łóżek szpitalnych” „powstanie przed końcem 2023 roku.

Zaawansowane technologicznie oddziały wirtualne wspierają obecnie pacjentów w podeszłym wieku oraz z ostrymi infekcjami oddechowymi i stanami kardiologicznymi. Pacjenci są codziennie odwiedzani przez mobilny zespół kliniczny bezpośrednio w domu lub za pomocą technologii zdalnego monitorowania. ●

» Wizyta w szpitalu powinna być koniecznością. «



Recepty, skierowania i płatności realizowane są za pomocą prostych SMS-ów (zdjęcie: SolidarMed)

DW

How Africa's digital health services are benefiting patients

Jak cyfrowe usługi zdrowotne pomagają pacjentom w Afryce

Dzięki coraz lepszemu dostępowi do Internetu, rządy państw afrykańskich sięgają do usług cyfrowych, aby poradzić sobie z niedoborem pracowników służby zdrowia.

Trzy lata temu rząd Rwandy nawiązał współpracę z Babyl w celu stworzenia pierwszej w Afryce cyfrowej usługi podstawowej opieki zdrowotnej. Obejmuje ona konsultacje zdrowotne oraz wizyty lekarskie. Recepty, skierowania i płatności można realizować za pomocą wiadomości SMS.

Całość działa w prosty sposób: Zarejestrowany pacjent wysyła kod SMS, aby umówić się na wizytę, a lekarz dzwoni na telefon komórkowy pacjenta o umówionej godzinie. Z kolei lokalna apteka lub placówka służby zdrowia pacjenta wydaje przepisany lek lub przeprowadza badania laboratoryjne zgodnie z kolejnymi kodami SMS wysłanymi przez aplikację.

Barierą do wprowadzenia e-zdrowia w Afryce był i nadal jest przede wszystkim niski poziom umiejętności czytania i pisanie. Infrastruktura medyczna w większości państw Afryki jest niedorozwinięta, brakuje lekarzy,

ludzie mieszkają w małych społecznościach oddalonych od ośrodków miejskich o dziesiątki, setki kilometrów.

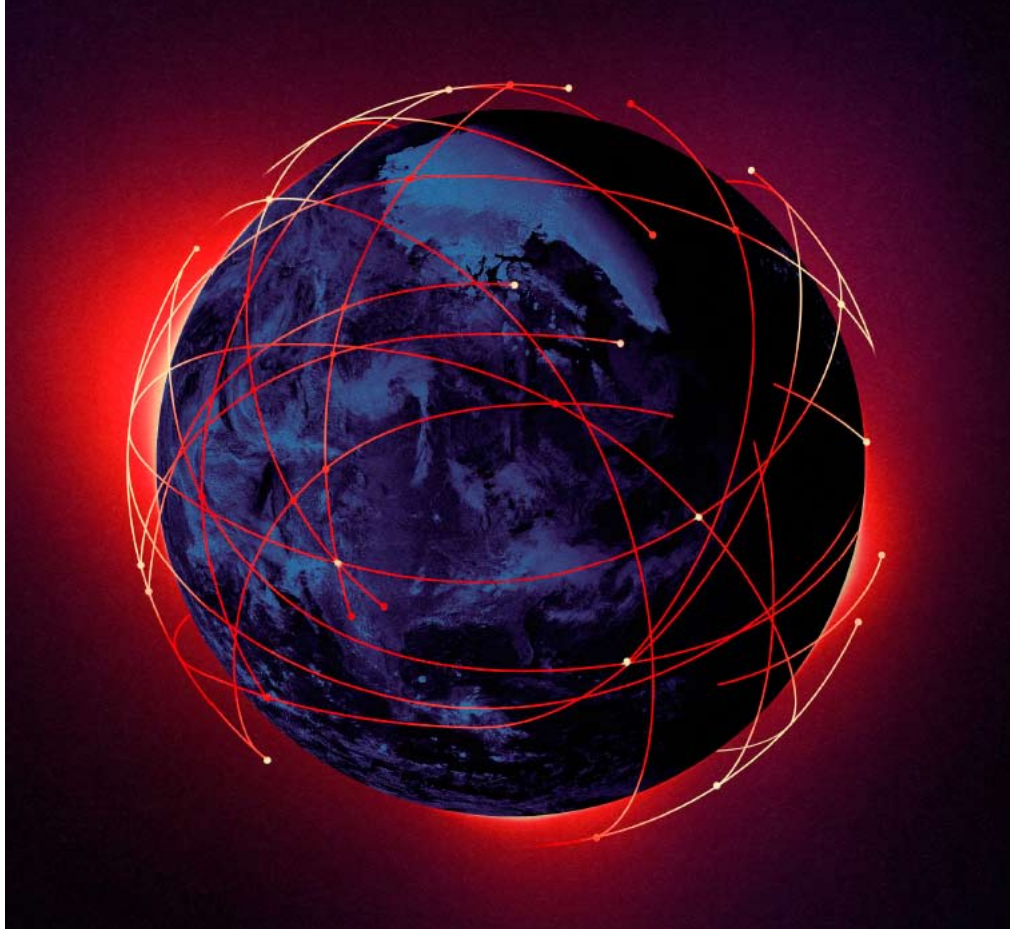
W Rwandzie, na 1 lekarza przypada statystycznie 80 tysięcy pacjentów. Dla porównania, w Polsce 1 lekarz ma pod opieką ok. 420 pacjentów. Drugim problemem jest to, że lekarze i pielęgniarki wolą pracować w miastach. Problem dotyczy całej Afryki – według Światowej Organizacji Zdrowia, Afryka ma średnio trzech lekarzy na 10 000 osób. Ośrodki zdrowia są często oddalone od siebie, brakuje sprzętu, a usługi zdrowia są drogie. Ubezpieczenia zdrowotne są rzadkością, więc pacjenci muszą samodzielnie płacić za usługi medyczne. Usługi cyfrowe są czasami jedyną alternatywą a do tego pomagają ograniczyć koszty, jak konieczność podróżowania w celu odwiedzenia lekarzy.

„Wielu młodych ludzi jest dobrze wykształconych i zaznajomionych z technologiami cyfrowymi. 41 krajów Afryki ma już swoje strategie cyfrowego zdrowia.” Przykładowo, LifeBank oferuje w Nigerii usługę 24/7 dostawy krwi. W Kenii, firma Suri Health prowadzi wirtualny szpital, który umożliwia wizyty u lekarzy przez telefon (około 64% Afrykańczyków posiada smartfona).

Michael Hobbins ze szwajcarskiej organizacji pozarządowej SolidarMed podkreśla ogromne różnice regionalne. „Są szpitale, w których nie ma komputera ani połączenia z internetem, a dokumentacja jest przechowywana w dużych, ręcznie pisanych książkach. Z kolei inne, zwłaszcza prywatne szpitale w dużych miastach, przeszły całkowicie na cyfrowe usługi i dokumentację.

Aby cyfryzacja jeszcze bardziej pomogła poprawić dostęp do usług zdrowotnych w Afryce, potrzebne są dalsze inwestycje w infrastrukturę i edukację. Cyfrowy analfabetyzm jest największą barierą rozwoju e-zdrowia. ●

» Afryka ma młodą populację, ale boryka się z analfabetyzmem cyfrowym. «



Raport największych zagrożeń dla świata. Wśród nich kryzys systemów zdrowia

Ukazała się nowa edycja Raportu Globalnych Ryzyk na 2023 rok. Wśród czołowych zagrożeń znalazły się m.in. choroby przewlekłe i zakaźne (kolejne pandemie) oraz nierówności cyfrowe.

Autorem raportu jest Światowe Forum Ekonomiczne, organizator corocznego spotkania w Davos (Szwajcaria).

W 2023 roku świat stoi przed powracającymi i nowymi zagrożeniami. Do tych pierwszych należy inflacja i ryzyko stagflacji, wzrost kosztów utrzymania, polaryzacja społeczna i wojny handlowe, zmiany klimatyczne i rosnące cyberzagrożenia. Wśród nowych, najważniejsze to mocne spowolnienie ekonomiczne, deficyt zasobów naturalnych i kryzys energetyczny, de-globalizacja, koniec ery niskich stóp procentowych. Taka kumulacja problemów może doprowadzić do efektu domina, odbijając się najbardziej na osobach z niższych grup społecznych.

Sztuczna inteligencja zmieni życie nie do poznania

Kolejna dekada będzie dekadą dynamicznej popularyzacji nowych technologii. Przyspiesza rozwój systemów sztucznej inteligencji, czego przykładem jest ChatGPT naśladujący sposób komunikowania się człowieka. Trwają prace nad super-szybkimi komputerami kwantowymi, które stwarzają nadzieję na postęp naukowy m.in. w medycynie. Rozwija się sektor biotechnologiczny, czego przykładem jest szczepionka mRNA.

Technologie i innowacje będą w centrum inwestycji wszystkich państw, bo zdecydują o pozycji konkurencyjnej w przyszłości. Jest to też odpowiedź na rosnącą dominację technologiczną Chin i USA.

I chociaż technologia przyniesie wiele korzyści społeczno-ekonomicznych, zapewniając dobrobyt przyszłych pokoleń, zagrożeniem są pogłębiające się nierówności cyfrowe oraz rosnące zagrożenia cybernetyczne. Przykładowo, wraz z przechodzeniem opieki zdrowotnej na formy cyfrowe świadczeń, w tym telekonsultacje, osoby uboższe lub nie posiadające umiejętności cyfrowych mogą pozostać na marginesie. Dobra wiadomość jest taka, że odpowiednia polityka może minimalizować siłę tych zagrożeń.

Raport podkreśla, jak ważne są inwestycje w cyberbezpieczeństwo. Przez lata ten temat pozostawał na marginesie strategii rozwoju, także w ochronie zdrowia. W ostatnim czasie nasiliły się jednak próby zakłócenia działania krytycznych zasobów i usług cyfrowych, jak systemy finansowe, działalność rządowa czy ochrona zdrowia. Bezpieczna digitalizacja to digitalizacja, która w centrum stawia zarządzanie bezpieczeństwem danych.

Równie ważna będzie walka z dezinformacją, kłuczowa z punktu widzenia zaufania społecznego do nauki. Korzystanie ze zdobyczy nowych technologii nie będzie możliwe, jeśli krążące w mediach społecznościowych i Internecie zmanipulowane lub nieprawdziwe informacje spowodują sceptyczne postawy wśród obywateli.

Kryzys w ochronie zdrowia coraz większy

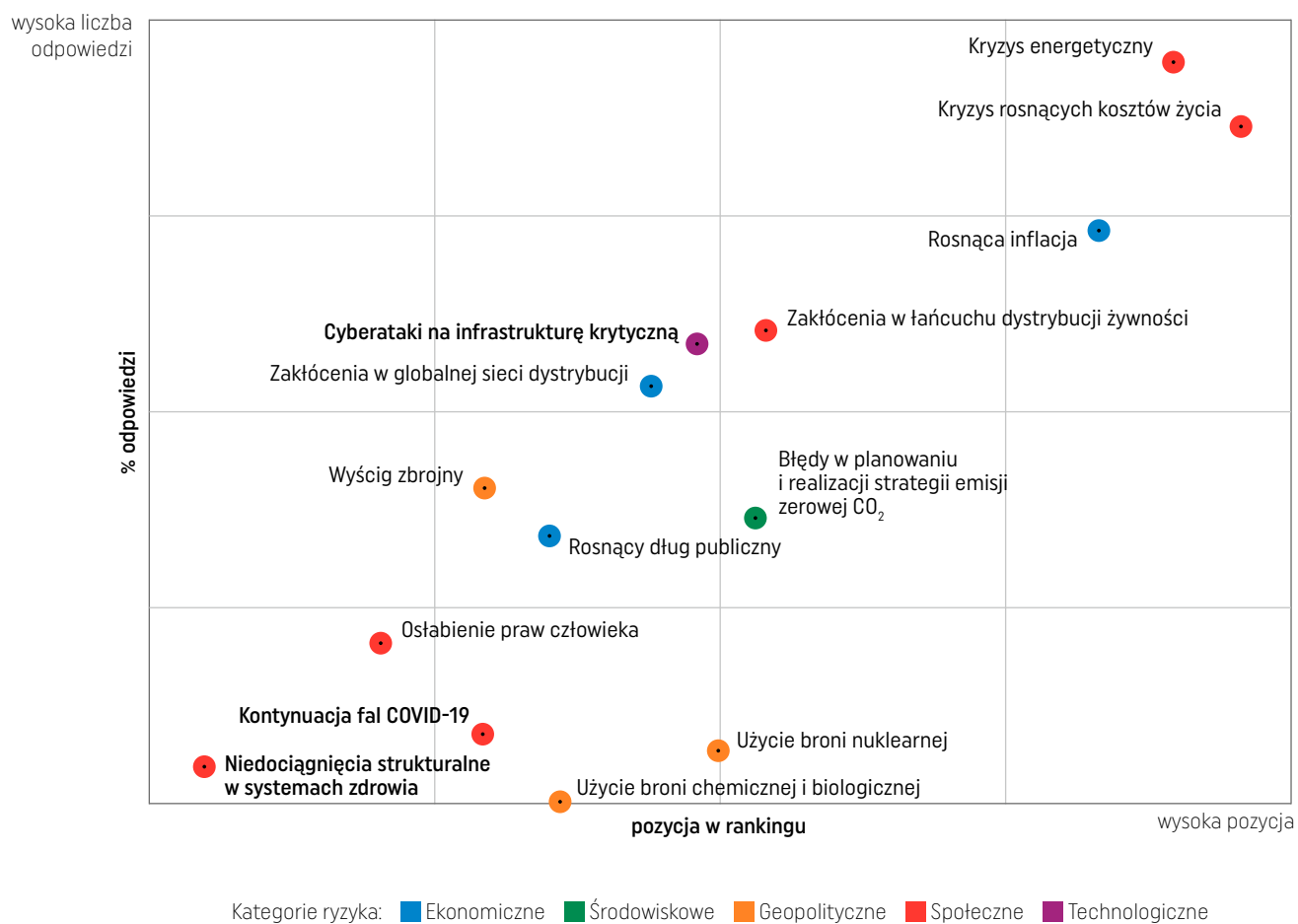
COVID-19 uwidocznił problem, który będzie się pogłębiał: kurczące się zasoby ochrony zdrowia. Deficytu kadr medycznych nie da się rozwiązać zwiększając zatrudnienie, bo po prostu brakuje lekarzy i pielęgniarek

» Rozwój innowacyjnych gospodarek opiera się na partnerstwie publiczno-prywatnym. «

i to na całym świecie. Pandemia pokazała, jak groźne dla społeczeństw mogą być kolejne pandemie – epidemiolodzy obawiają się pandemii wirusów dużo niebezpieczniejszych niż SARS-CoV-2.

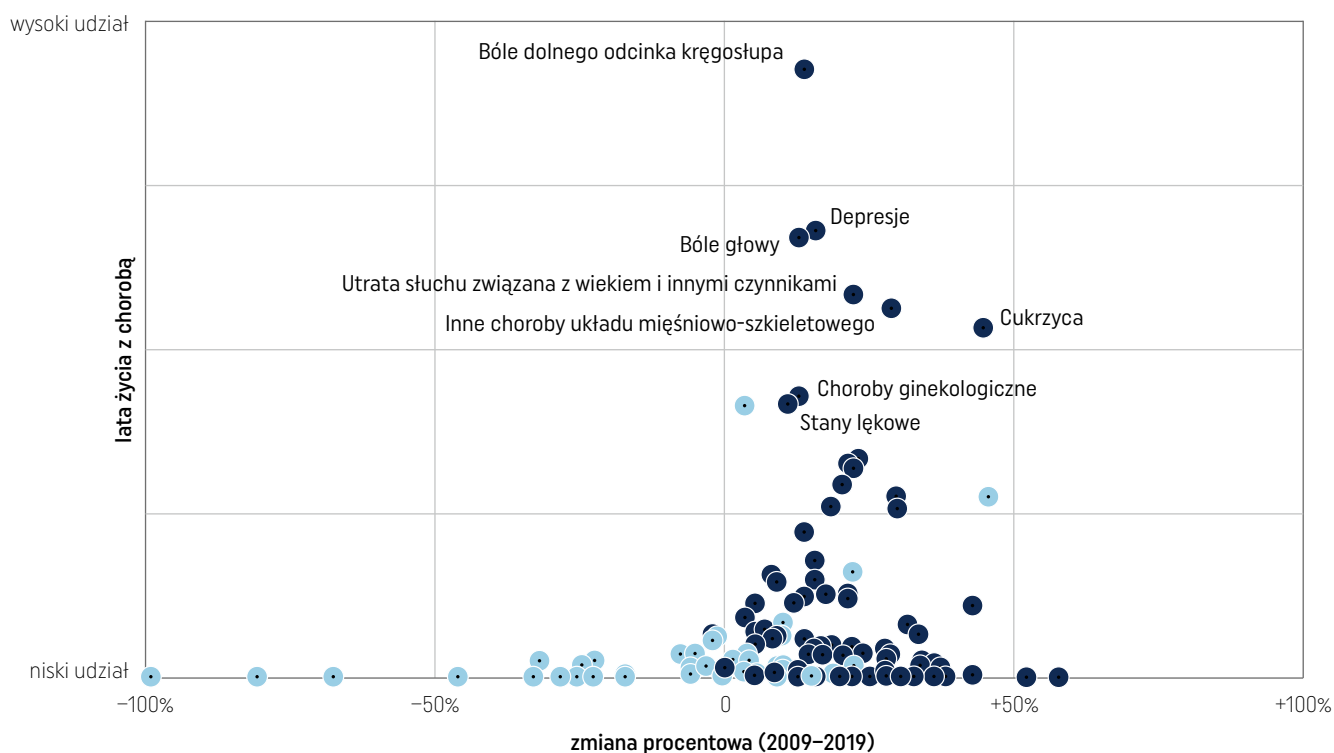
Nawet bez kolejnych epidemii i pandemii system zdrowia jest pod ogromną presją finansową. Niezakażne choroby przewlekłe pochłaniają większość budżetów ochrony zdrowia. Bardzo szybko rośnie występowanie chorób psychicznych. Jednocześnie wyczerpu-

Najważniejsze zagrożenia globalne w perspektywie najbliższych lat



źródło: World Economic Forum

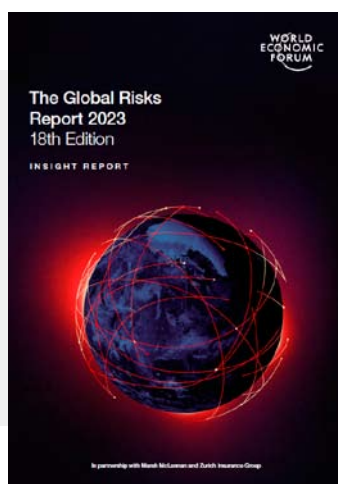
Procentowa zmiana lat życia z chorobą w latach 2009–2019



źródło: World Economic Forum

ją się możliwości budżetowe nieustannego zwiększania nakładów na zdrowie. Zwłaszcza, że lista nowych wydatków jest długa: walka z rosnącymi kosztami życia, usuwanie skutków katastrof klimatycznych i zapobiegania im, wydatki na obronę narodową związane z wojną w Ukrainie, drożące zasoby naturalne niezbędne także do postępu technologicznego.

Wyjściem z patowej sytuacji są reformy systemów zdrowia nastawione na efektywność opieki oraz digitalizację i automatyzację. Tylko w ten sposób będzie można zamknąć przepaść między popytem na usługi medyczne a możliwościami systemów zdrowia. Jak podkreślają autorzy raportu, krótkoterminowe potrzeby nie powinny przesłaniać długoterminowych celów. ●



The Global Risks Report 2023

Globalny Raport Zagrożeń 2023

World Economic Forum, 98 stron, język angielski

Aby pobrać raport, wejdź na stronę
<https://bit.ly/3kUNNQg>
 lub zeskanuj kod





Czy będzie spójna regulacja terapii cyfrowych w Europie?

O co chodzi?

Terapie cyfrowe to zdrowotne mobilne aplikacje lub platformy dostępne na komputerze, których skuteczność została potwierdzona klinicznie i mogą być przepisywane przez lekarzy na receptę.

Przykładem tego typu rozwiązań są platformy terapii kognitywno-behawioralnych dla pacjentów z lekką depresją lub lękami, aplikacje dla osób z cukrzycą pomagające kontrolować chorobę czy służące do terapii bezsenności.

DTx zostały na razie wprowadzone w Niemczech, Belgii oraz Wielkiej Brytanii. Francja zapowiada ich prawne uregulowanie wiosną tego roku. To zupełnie nowa forma medycyny – zamiast cząsteczki chemicz-

nej stosowany jest program IT (doradca cyfrowy) dopasowujący się do potrzeb pacjenta, mający wpływać na zmianę lub korektę zachowań inicjowana.

Wiele badań naukowych potwierdza skuteczność kliniczną DTx, które dobrze sprawdzają się zwłaszcza w leczeniu przewlekłych chorób niezakaźnych, jak cuk-

W nowym raporcie EIT Health podsumowuje bariery digitalizacji w 6 krajach UE. Wniosek: Europa potrzebuje jednolitego podejścia do tzw. terapii cyfrowych (DTx). Powodów jest kilka.

rzycy, chorób sercowo-naczyniowych, lekkiej depresji. A skala tych dolegliwości gwałtownie rośnie, obciążając już i tak nadwyrężone możliwości systemów ochrony zdrowia.

Drugim zadaniem dla DTx jest odseparowanie cyfrowych rozwiązań zdrowotnych o udowodnionych korzyściach klinicznych w masie ok. 400 000 innych aplikacji zdrowotnych i wellness dostępnych na rynku, nad którymi nie ma żadnej kontroli.

W Polsce Ministerstwo Zdrowia zapowiedziało w 2022 roku wprowadzenie tzw. aplikacji rekomendowanej przez MZ. Nie jest to jednak DTx w pełnym tego słowa znaczeniu, bo brakuje elementu refundacji. Terapie cyfrowe są refundowane przez płatnika tak samo jako leki. W praktyce, Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (AOTMiT) musiałaby walidować tego typu rozwiązania, wycenić je, a NFZ – refundować ich stosowanie przez pacjentów.

W Polsce Ministerstwo Zdrowia zapowiedziało w 2022 roku wprowadzenie tzw. aplikacji rekomendowanej przez MZ. Nie jest to jednak DTx w pełnym tego słowa znaczeniu, bo brakuje elementu refundacji. Terapie cyfrowe są refundowane przez płatnika tak samo jako leki. W praktyce, Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (AOTMiT) musiałaby walidować tego typu rozwiązania, wycenić je, a NFZ – refundować ich stosowanie przez pacjentów.

Jedno podejście pilnie potrzebne

Komisja Europejska planuje obecnie wdrożenie m.in. strategii dotyczącej danych czy europejskiej przestrzeni danych zdrowotnych (EHDS). Do tego pory nie zajmowała się DTx, ale pojawiają się pierwsze sygnały, że może to się wkrótce zmienić.

Chodzi m.in. o zmianę istniejących ram regulacyjnych dla wyrobów medycznych (MDR) – obecne przepisy tylko częściowo odpowiadają na wyzwania dotyczące DTx. To konieczne, aby Europa stała się atrakcyjnym rynkiem dla innowacji w dziedzinie zdrowia cyfrowego i start-upów działających w tym obszarze. Zwłaszcza, że USA i Chiny wyprzedzają UE o kilka lat, co grozi ucieczką utalentowanych startupów i koniecznością importu rozwiązań e-zdrowia. A to może być problemem m.in. ze względu na kwestie ochrony danych osobowych.

Badanie EIT Health

Badanie przeprowadzone przez EIT Health „W kierunku zharmonizowanego krajobrazu UE dla zdrowia cyfrowego” w 6 krajach Europy – Włoszech, Estonii,

Rumunii, Węgrzech, Grecji i Portugalii – miało na celu zbadanie krajobrazu krajowych ekosystemów zdrowia cyfrowego i określenie aktualnych możliwości wprowadzenia wspólnego europejskiego podejścia do DTx.

Każdy kraj ma swoje specyficzne potrzeby związane z wdrażaniem DTx determinowane kilkoma czynnikami: (cyfrowe) umiejętności zdrowotne, infrastruktura techniczna, otwartość na innowacje, dostępne środki budżetowe, priorytety zdrowotne, kultura itp. Pomimo różnic w zaleceniach krajowych i wniosku, że trudno będzie wypracować jedno wspólne rozwiązanie dla DTx w Europie, regulacją można objąć bazowe kwestie jak certyfikacja rozwiązań cyfrowych.

Celem jest stworzenie podejścia umożliwiającego start-upom i firmom rozwijającym DTx wprowadzanie swoich rozwiązań we wszystkich krajach UE bez konieczności ponownej walidacji. To mogłoby pobudzić transformację cyfrową w opiece zdrowotnej.

Rekomendacje z raportu



Regulacja o wyrobach medycznych (MDR) i znak CE są niewystarczające dla rozwoju innowacji w zakresie zdrowia cyfrowego.

Obecne ramy legislacyjne w UE nie wspierają rozwoju DTx. Choć polityka zdrowotna leży w gestii państw członkowskich UE, Komisja Europejska może tworzyć konkretne zalecenia dotyczące zdrowia oraz uchylać wiążące akty prawne.



Należy zdefiniować, czym jest DTx i ujednolicić wymogi dotyczące tych rozwiązań.

Istnieją duże rozbieżności w interpretacji terminologii „terapię cyfrowe”. Prowadzi to do dezorientacji wśród interesariuszy opieki zdrowotnej. UE potrzebuje wizji wspólnego jednolitego rynku DTx i musi podjąć kroki w kierunku harmonizacji krajowych podejść w tej dziedzinie.



Należy przyspieszyć cyfryzację w opiece zdrowotnej, skupiając się na interoperacyjności, bezpieczeństwie i zaufanym przetwarzaniu danych.

Wdrażanie cyfrowej opieki zdrowotnej jest hamowane brakiem ram regulacyjnych. Standardy interoperacyjności pozwolą twórcom DTx na zintegrowanie ich rozwiązań z istniejącą infrastrukturą zdrowia cyfrowego (np. elektronicznymi kartotekami zdrowotnymi).



Komisja Europejska powinna rozpocząć działania na rzecz DTx – w państwach członkowskich UE występuje niedostateczna świadomość.

Podczas gdy niektóre kraje (np. Estonia) już myślą o wykorzystaniu potencjału DTx, w innych (np. Rumunia) temat znajduje się na marginesie debat publicznych.



Komisja Europejska powinna skierować niektóre fundusze UE na rozwój krajowych grup roboczych, które zajmą się tematyką DTx.

EIT Health posiada kompetencje, aby zainicjować dialog na temat DTx i stymulować wymianę know-how w celu opracowania najlepszych modeli dostosowanych do krajowych systemów opieki zdrowotnej.

» DTx mogą poprawić wyniki leczenia chorób przewlekłych, zmniejszając koszty i zapobiegając powikłaniom. «

6

Projekty finansowane przez UE powinny brać pod uwagę generowanie dowodów w odniesieniu do cyfrowych aplikacji.

Przeszkodą w rozwoju DTx są ograniczenia finansowe start-upów w generowaniu dowodów, np. w procesie randomizowanych badań klinicznych z wykorzystaniem danych. Specjalne programy finansowania w tej dziedzinie mogłyby pobudzić rozwój DTx w Europie.

7

Rozwiązania w zakresie zdrowia cyfrowego/przetwarzanie danych do celów zdrowotnych powinny być częściej uwzględniane w strategiach UE dotyczących zdrowia.

Na przykład, Europejski Plan Walki z Rakiem odnosi się do zdrowia cyfrowego jako czynnika ułatwiającego badania i profilaktykę. Takie podejście polegające na włączeniu technologii cyfrowych do strategii związanych ze zdrowiem powinno być powszechną praktyką.

8

Stworzenie europejskiej przestrzeni danych dotyczących zdrowia (EHDS) powinno umożliwić start-upom dostęp do wysokiej jakości danych.

Jedną z przeszkód w rozwoju rozwiązań opartych na sztucznej inteligencji jest brak dostępu do danych, na których europejskie start-upy mogłyby szkolić algorytmy.

9

Organy krajowe powinny wspierać skoordynowane działania dotyczące ram DTx na poziomie krajowym, aby uniknąć migracji start-upów do krajów o przyjaznej dla DTx legislacji.

Jeżeli nie zostanie ustanowione ogólnoeuropejskie podejście do DTx, istnieje ryzyko ucieczki innowatorów do krajów o korzystnych ramach regulacyjnych, jak np. USA. To grozi dalszą marginalizacją Europy.

10

UE powinna opracować nowe podejście do gospodarki danymi zdrowotnymi, obejmujące podstawowe wartości jak prywatność, transparentność i pełna kontrola nad danymi.

Tylko jeśli społeczeństwo zaufa narzędziom cyfrowym opartym na pozyskiwaniu i analizie danych, zdrowie cyfrowe (w tym DTx) będzie się korzystnie rozwijać.

11

Stworzenie sieci ośrodków innowacji w wiodących szpitalach uniwersyteckich, które wspierają wspólne opracowywanie, testowanie i walidację innowacji w zakresie zdrowia cyfrowego.

Podobnie jak w przypadku europejskich sieci referencyjnych, sieć ośrodków innowacji mogłaby sprzyjać wymianie wiedzy i doświadczeń dotyczących DTx. ●



Raport EIT Health „Towards harmonised EU Landscape for Digital Health” został opublikowany w styczniu 2023 roku. Dokument ma zmotywować Komisję Europejską do działań na rzecz wprowadzenia ram regulacyjnych dla terapii cyfrowych.

Innowacje w ochronie zdrowia.
blog.osoz.pl





Participants of the Digital Pharma Playbook event: Lucas Scherdel (Director DayOne Healthcare Innovation at Basel Area Business & Innovation), Dr. Leslie Anne Fendt (Global Program Head in Digital Health at Roche), Stefan Suter (Head Europe at Holmusk), Dr. Sara Schmachtenberg (Head of Data and Analytics Europe & USA at Galen Growth).

DayOne's Roadmap For Startups Looking To Collaborate With Pharma

Pharma makes up only 6% of partnerships in digital health. DayOne aims to change that. They are creating the Digital Pharma Playbook filled with expert advice for startups looking to partner with the pharmaceutical industry.

A first-ever guide through the complex ecosystem
During the *Open Mic Next In Health Series – Digital Pharma Playbook* hosted by DayOne, experts from the startup and pharma industries discussed the operating model for startup-pharma partnerships.

Scheduled for 2023, the Digital Pharma Playbook by DayOne will be a navigation tool for digital health startups to partner with pharma and big tech companies. The publication will address topics like the decision-makers landscape, scouting process, value creation, the role of tech companies, and financing of pilot projects, among others.

„The digital ecosystem is evolving, but the approach to collaboration between startups and pharma is still unstructured or unclear - global demands and expectations in healthcare change quickly. Thus, we need the Digital Pharma Playbook to accelerate valuable partnerships in digital health,” said Dr. Jubin Shah, one of the authors of the Playbook.

Dr. Shah listed assumptions underlying the Playbook:

- The digital health ecosystem is growing toward maturity, and also partnerships should become more structured and plannable;
- Pharma companies are further developing the in-house capacity to scout based on their internal needs, while startups can offer game-changing outlooks;
- There is a lack of understanding of sustainable business models in the digital health ecosystem, including the co-creation and co-development of innovations;
- There is a difference in understanding partnering models between pharma and digital health startups. A common ground needs to be developed;
- Series A, MVP stage startups are the most interesting stages for pharma, while also early stage startups could contribute to innovation development;
- Collaborations are the key to the future of digital health success.

The publication will act as a guide through the stages of partnerships: mapping the target organization, identifying the business stakeholders, connecting and pitching to digital innovation teams, engaging with multiple teams, and executing pilot projects.

Pharma is not slow or conservative. Just careful

So, which actions could foster startup-pharma collaboration? During the *Open Mic Next In Health Series - Digital Pharma Playbook*, Lucas Scherdel, Director of DayOne Healthcare Innovation at Basel Area Business & Innovation, and his guests provided some practical tips.

According to Dr. Leslie Anne Fendt, Global Program Head in Digital Health at Roche, a shift from transactional healthcare to integrated health solutions for patients and physicians is at the heart of the digital transformation – co-created by all stakeholders. However, we are still learning to surf this new digital wave.

„Five years ago, we thought startups would be disrupting healthcare. Today we know that benefits for patients from digital can only arise from long-term co-creation,” said Fendt quoting an African proverb: If you want to go fast, go alone. If you want to go far, go together.

She also explained why pharma companies are selective when cooperating with startups. „First of all, we have to fulfill strict regulatory standards. It already inhibits agility that startups can afford. And yes, sometimes we are internally over-conservative. But for a good reason – we must ensure that solutions are safe for patients. Finally, we are a business of scaling, so we have to make sure the solution works for all markets,” Fendt added.

»Each startup is like a mini-lab testing new ideas and hypotheses.«

Agility supports creativity

Unlike pharma companies, startups operate in different regulatory and financial realities. Their most significant asset is the courage to try new things. „Each startup is like a mini-lab testing new ideas and hypotheses,” claimed Stefan Suter, Head of Europe at Holmusk, a company building a real-world evidence platform already fed by data from 28 hospitals.

Startups are less bureaucratic and agile; they move fast to achieve their goals and in the meantime, to please their investors or fit within the timeframe of the grants. „It took us two years to start partnering with a pharma company,” said Suter. But it was well-invested time since it’s impossible to move things in healthcare alone.

All startups knocking on the doors of pharma should thoroughly understand the potential partner, its values, and the market. For example, even the most exciting digital health solution still needs solid evidence.

Partnerships should multiply the sum of the strengths of partners

Collaboration in the healthcare ecosystem is an accelerator for progress. This is the theory. But does it work in practice? „Pharma makes up 6% of partnerships in digital health – it’s little compared to the market size,” said Dr. Sara Schmachtenberg, Head of Data and Analytics Europe & USA at Galen Growth. Moreover, 40% of these partnerships are in research, an area in which, paradoxically, digital health startups could help a lot. The gap between opportunities and reality is vast.

There are several reasons for this. First, digital health is still a young discipline, so transparent guidelines for startup-pharma collaboration are lacking. This is a task for the Digital Pharma Playbook. Second, the pharma industry seeks reliable partners for long-term collaboration. In other words – stable funding is essential.

„70% of European startups are funded with grants or government-based funding deals. And since grants have strict time constraints, the survival of startups can be at risk. So this is not the best rationale to start a long-term partnership,” concluded Dr. Schmachtenberg.

At the end of the debate, experts agreed that the best way to thrive in partnerships between pharma and startups is finding the right connector. That’s what DayOne was established for. ●



Szkolenie dla medycyny

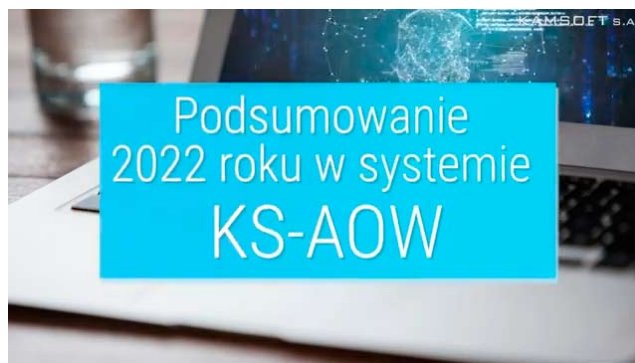
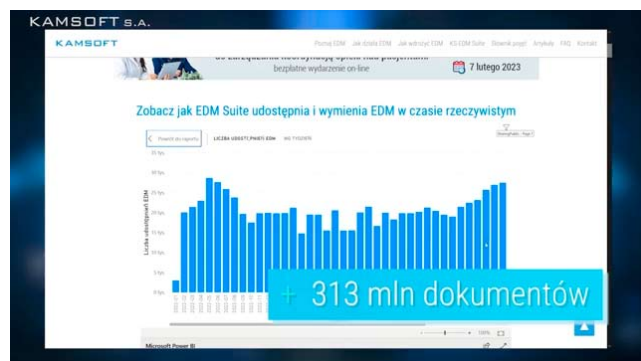
Tematem numer jeden 2022 roku była **Elektroniczna Dokumentacja Medyczna (EDM)**. Obsługa EDM to także nowe obowiązki raportowania, z którymi musieli zmierzyć się pracownicy placówek medycznych w tym m.in. przysyłanie do SIM informacji o ciąży, wyrobach medycznych zaimplantowanych u pacjenta czy informacji o alergiach.

W 2022 sformalizowana została również długo oczekiwana opieka koordynowana w POZ. Dzięki temu pacjenci z chorobami przewlekłymi zyskali dostęp do większej liczby badań oraz kompleksowej i ciągłej opieki.

W 2022 roku, placówki pracujące na systemach medycznych KAMSOF ułatwiły pracę personelowi medycznemu. Przykładem jest zautomatyzowane i monitorowane przez lekarza wystawianie e-recept zamawianych przez pacjentów korzystających z Internetowego Konta Pacjenta oraz zgłaszanie chorób zakaźnych bezpośrednio w systemie gabinetowym.

Wzrosła także jakość obsługi pacjentów dzięki ulepszonej wersji **TurboBlox**. Dzięki niej, lekarze już w trakcie wizyty mogą np. na bieżąco sprawdzić nie tylko **dostępność leków** przepisywanych pacjentowi, ale też dowiedzieć się, czy rośnie czy spada i ewentualnie wybrać **zamiennik**. System korzysta z **TurboZamienników** i podpowiada dokładnie pasujący do potrzeb lekarza produkt.

Wejdź na stronę
<https://bit.ly/3R3oiZ4>
 lub zeskanuj kod



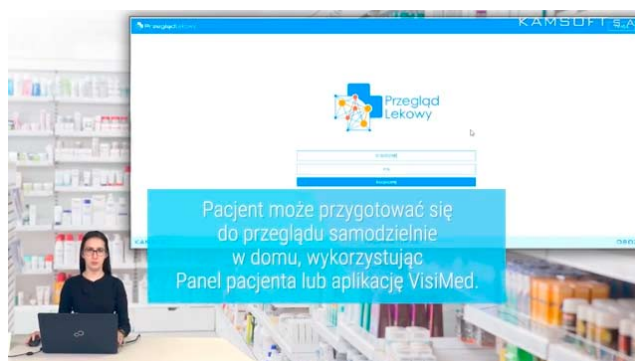
Szkolenie dla farmacji

Firma KAMSOF, aby zapewnić możliwość sprawnej obsługi pacjentów w aptekach stworzyła i wdrożyła w ciągu minionego roku aż **116 aktualizacji systemu aptecznego – KS-AOW**. Tak duża liczba zmian wynika m.in. ze zmieniającego się prawa, rozwoju systemu aptecznego i aplikacji z nim współpracujących, a także ze zmian zgłoszonych przez samych Farmaceutów w ramach **Gieldy Pomysłów**.

Mionny rok zbliżył nas do wdrożenia **opieki farmaceutycznej**. Prowadzony pilotaż przeglądów lekowych czy szczepienia ochronne to przykłady nowych zadań realizowanych przez apteki. Firma KAMSOF zaprezentowała także narzędzia IT wspierające prowadzenie opieki farmaceutycznej – między innymi **Pharmindex Complete** czy narzędzie IT do **Przeglądu Lekowego** działające we współpracy z OSOZ oraz aplikacją **VISIMED**.

Przełom roku to także dobry moment, aby wspomnieć o rezydentach. Od roku 2022 czas potrzebny na ich realizację może skrócić się nawet o 50%. Wystarczy skorzystać z **KS-APTIX**. Co ważne, w październiku 2022 ukazała się **KS-Aptix Light**, która jest zupełnie bezpłatna. Serwis **ktomalek.pl** odnotował **100 milionów** odsłon – to największy tego typu portal, z którym na koniec 2022 roku współpracowało ponad 10 400 aptek i który pomaga dziesiątkom tysięcy lekarzy w wystawianiu recept z uwzględnieniem dostępności leków dla pacjentów.

Wejdź na stronę
<https://bit.ly/3DffiKJ>
 lub zeskanuj kod



Nie trać czasu na szukanie leków po aptekach

- skorzystaj z serwisu

 **KtoMaLek.pl**

1 Podaj lokalizację
Powiedz nam gdzie jesteś, poszukamy leku w Twojej okolicy.

Wpisz miasto i ulicę (np.: Katowice, 1 Maja 123)

Miasto, ulica

lub udostępnij lokalizację

2 Wskaż leki
Wskaż leki, a następnie wybierz aptekę.

3 Zarezerwuj leki
Złóż rezerwację w wybranej aptece.

4 Odbierz leki
Odbierz leki w aptece i zapłać przy odbiorze.

**Sprawdzamy
dostępność
leków w ponad
10 000 aptek!**

➤ **Oszczędzaj czas**

Dowiedz się, w której najbliższej aptece dostępny jest potrzebny Ci lek. Zarezerwuj go on-line.

➤ **Uzyskaj wsparcie Farmaceuty on-line**

Jeśli masz pytania dotyczące leku, sposobu zażywania, interakcji - zapytaj farmaceutę.

➤ **Miej KtoMaLek zawsze pod ręką**

Pobierz bezpłatną aplikację KtoMalek lub VisiMed, wyszukuj i rezerwuj leki kiedy chcesz.





Cykl pod patronatem Stowarzyszenia
Menedżerów Opieki Zdrowotnej STOMOZ

Przegląd roku 2022 z perspektywy menedżerów opieki zdrowotnej

Rok 2022 ze wszystkich miar można uznać za ważny dla opieki zdrowotnej, ponieważ to rok istotnych zmian legislacyjnych, kluczowych dla podmiotów leczniczych decyzji politycznych, ale też rok, w którym pojawiły się obawy związane z przyszłością finansowania wynagrodzeń personelu czy wreszcie samego kształtu, w jakim ochrona zdrowia działać będzie w przyszłości.



Dr PIOTR KARNIEJ, ekonomista, specjalista zdrowia publicznego

Rok 2023 to rok wyborczy, a więc 2022 był to ostatni moment na dokonanie reform, które mogłyby później negatywnie odbić się w opinii publicznej i wpłynąć na wyniki wyborcze. Czy tak się stanie, czas pokaże.

Rok 2022 rozpoczął się w połowie stycznia opublikowaniem strategii walki z V falą pandemii COVID-19, dokumentu interesującego z punktu widzenia jego braku wpływu na rzeczywistość, bo nie będącego rozporządzeniem (ani innym aktem prawnym), a jedynie publi-

cystyczną narracją na temat istniejących wówczas rozwiązań infrastrukturalnych, zaangażowanych w walkę z COVID-19.

W opinii wielu ekspertów, pandemia COVID-19 w Polsce nie była zarządzana, a jedynie reagowano na jej rozprzestrzenianie się, co – także w mojej opinii – może skłaniać do wniosku, że pomimo tak dużego doświadczenia nadal systemowo nie jesteśmy przygotowani na podobne zdarzenia w obszarze zdrowia publicznego i epidemiologii. Indywidualnie na poziomie szpitali i przychodni mamy własne doświadczenia, a być może nawet i strategię, jednak jako cała ochrona zdrowia pozbawieni jesteśmy prawdziwych strategii, tak jak nie mieliśmy ich przez cały czas trwania pandemii.

Kontynuacją „strategii walki” z zagrożeniem pandemicznym były w późniejszym czasie decyzje związane ze zmianą zasad wykonywania testów na koronawirusa (w istocie kończąca proces testowania, przejście do stanu braku świadomości o ilości zakażeń, a tym samym braku możliwości przeciwdziałania im), zmianą zasad kwarantanny i rezygnacją z używania maseczek w przestrzeni publicznej.

Działania te w dłuższej perspektywie obserwowanej pod koniec 2022 roku wpłynęły – zdaniem wielu ekspertów – na zwiększenie zachorowalności na grypę (wypartą we wcześniejszych latach przez koronawirusa, rozprzestrzeniającą się z nieznaną od wielu lat intensywnością), trudnością w różnicowaniu zachorowań górnych dróg oddechowych (grypa, COVID-19, RSV), co przy bardzo niskim współczynniku zaszczepienia wpłynęło na lawinowy wzrost nowych zachorowań, w tym powikłanych i nierzadko prowadzących także do śmierci pacjentów.

W kwietniu 2022 roku zmieniono zasady warunkowego przyznawania prawa wykonywania zawodu lekarza i lekarza dentystry osobom, które uzyskały takie kwalifikacje poza krajami Unii Europejskiej, co miało wzmocnić kadry polskiej ochrony zdrowia w czasie pandemii COVID-19. Według danych Ministerstwa Zdrowia przekazanych w listopadzie 2022, z takiej możliwości skorzystało ok. 3000 osób. Z czego większość to lekarze pochodzący z Ukrainy, z których – według danych pochodzących z kilku szpitali – część już wróciła do swoich szpitali, inni wyjechali z Polski do innych krajów Unii Europejskiej. Brak jest wiarygodnych danych ilu lekarzy, którzy uzyskali uprawnienia w tym przyspieszonym trybie, rzeczywiście pracuje w systemie ochrony zdrowia w Polsce. Jednak z perspektywy czasu można przyjąć, że działanie to krótkotrwale i lokalnie poprawiło sytuację niektórych placówek. Nie stanowi jednak remedium na brak lekarzy w Polsce, tym bardziej, że duży sprzeciw wobec tych rozwiązań zgłaszała m.in. Naczelna Izba Lekarska i izby okręgowe, które według przepisów muszą wydawać prawo wykonywania zawodu lekarzowi na podstawie decyzji ministra, niezależnie od własnej opinii.

Jeśli mowa o samorządzie lekarskim to warto zauważyć zmianę pokoleniową w Naczelnej Izbie Lekarskiej, którą w maju 2022 zaczął kierować dr Łukasz Jankowski, dotychczasowy prezes Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie. Kandydat na to stanowisko był uważa-

» We wrześniu do kosza trafiła ustawa o reformie szpitali, która miała być „konstytucją szpitalnictwa”, a stała się zarzewiem konfliktu. «

ny za tego, który niesie za sobą nowe otwarcie dla korporacji zawodowej lekarzy, potrafi racjonalnie sprzeciwiać się decyzjom resortu zdrowia, a co najważniejsze umie działać na rzecz środowiska lekarzy. Podobne zmiany zaobserwowano w licznych izbach okręgowych; czy faktycznie pokładane w nich nadzieje będą mogły zostać spełnione, okaże się w perspektywie nowej kadencji. Zmiana władz dokonała się także w korporacjach diagnostów laboratoryjnych i fizjoterapeutów, zaś w roku 2023 nastąpi w samorządzie zawodowym pielęgniarów i położnych.

Czerwiec 2022 roku przyniósł jedną z większych rewolucji dla środowiska ochrony zdrowia, zarówno pracowników medycznych jak i administracji. Nowelizacja ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych (...) wywołała falę krytyki tych menedżerów, którzy po skalkulowaniu własnych budżetów uznali, że nie stać ich na zastosowanie skal przyjętych w rozwiązaniach ustawowych.

Eksperci własną krytykę kierowali jednak głównie wobec ustawodawcy, niż dyrektorów, zwracając uwagę na liczne błędy i konflikty zapisane w nowych przepisach. Co więcej, sposób procedowania nad nowelizacją, ignorowanie głosu ekspertów i samorządów zawodowych, zawarte w niej nieakceptowalne zarówno przez środowisko pracowników (głównie pielęgniarów i położnych), jak i menedżerów uznaniowe traktowanie kwalifikacji pielęgniarów spowodowało, że pogłębiły się konflikty interpersonalne i intergrupowe w podmiotach leczniczych. Wielu z pracowników uznało, że „dyrektorzy nie uznają ich kwalifikacji”, co nie do końca jest właściwą interpretacją, bowiem co innego deklarowali przedstawiciele ustawodawcy na etapie prac legislacyjnych, a co innego wynika z przepisów. Tym bardziej, że w pracach nad nowelizacją nie wzięto pod uwagę opinii ekspertów, menedżerów, którzy nowe regulacje mieliby wdrażać w życie. Na decyzję posłów nie wpłynęły również pikiety protestacyjne, które do ostatniej chwili prowadzone były przez środowiska zawodowe pielęgniarów i położnych.

Wrzesień 2022 upłynął pod znakiem koordynacji w podstawowej opiece zdrowotnej. Zaproponowano zmiany, które mają w długiej perspektywie wpłynąć na poprawę jakości i dostępności w opiece nad populacjami lekarzy rodzinnych, pielęgniarów i położnych podstawowej opieki zdrowotnej. Tym razem głośny głos sprze-

» Opieka koordynowana w POZ może rozbić się o brak dostępu do specjalistów. «

ciwu słyhać było od początku prac nad tymi regulacjami, a pochodził on ze środowiska samych lekarzy rodzinnych, którzy informowali o braku możliwości realizacji planowanych pomysłów, głównie wobec braku dostępności do specjalistów, niedostatecznych środków finansowych, braku kadr.

Pomimo tych protestów model został zainicjowany, jednak wobec wcześniej deklarowanej powszechności dziś jest dostępny wąskiej grupie pacjentów dużych przychodni w większych miejscowościach, korzystających z wielospecjalistycznych podmiotów leczniczych, ponieważ – zgodnie z wcześniejszymi głosami środowiska – w małych miejscowościach, zaplanowane zmiany po prostu nie mają możliwości zaistnieć. W listopadzie 2022 udało się doprowadzić do rozmów Federacji Porozumienie Zielonogórskie z Ministrem Zdrowia, w których uzgodniono warunki brzegowe opieki nad pacjentami w perspektywie do roku 2025, jednak w dalszym ciągu koordynacja w podstawowej opiece zdrowotnej jest zdaniem wielu ekspertów niedostępna dla większości pacjentów z powodu nieoptymalnie zaplanowanej i przeprowadzonej reformy.

Także we wrześniu do kosza trafiła ustawa o reformie szpitali, która miała być „konstytucją szpitalnictwa”, a stała się zarzewiem konfliktu jeszcze w samej koalicji rządzącej. Proponowane przez resort zdrowia rozwiązania, które stanowić miały de facto „ręczne sterowanie” poszczególnymi szpitalami, odebranie władzy organom tworzącym, powoływanie zarządców mogących ignorować rolę dyrektorów i budowa nowego super-urzędu, jakim miała być Agencja Restrukturyzacji Szpitali, wzbudzały słuszne głosy krytyki.

W międzyczasie kontynuowana narracja o niedostatecznym wykształceniu czy kompetencjach menedżerów doprowadziła do lawiny programów MBA w ochronie zdrowia, zwiększenia ilości semestrów, poszukiwania współpracy uczelni kategoryzowanych, pojawienia się nowych ofert studiów, nie zawsze wysokiej jakości. W rezultacie projekt w całości wstrzymano, ale z pewnością w roku 2023 powróci, bowiem stanowi jeden z „kamieni milowych” zgłoszonych przez polski rząd Komisji Europejskiej w ramach Krajowego Planu Odbudowy, a więc w takiej czy innej formie będzie musiał być procedowany i wdrożony. Pozostawienie go bez dalszego rozpatrzenia mogłoby doprowadzić do nieotrzymania przez Polskę środków europejskich w ramach KPO.

Rok 2022 zakończył się kolejną burzą, którą w opinii środowiska, nie tylko menedżerów, jest podpisanie przez Prezydenta nowelizacji ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty oraz niektórych innych ustaw, która zmienia istotnie sposób finansowania tak kluczowych zakresów świadczeń jak ratownictwo medyczne, finansowanie leków dla osób 75+, leczenie kobiet w ciąży, nieubezpieczonych dzieci do 18 roku życia i świadczeń wysokospecjalistycznych (leczenie hemofilii i skaz krwotocznych oraz leczenie antyretrowirusowe osób żyjących z HIV).

Na temat tej regulacji powiedziano i napisano już bardzo wiele; dość wspomnieć, że to pierwsza od dekad regulacja, w której z inicjatywy resortu zdrowia doprowadzono do drastycznego zmniejszenia nakładów na opiekę zdrowotną. Zidentyfikowana w budżecie Narodowego Funduszu Zdrowia nadwyżka, której celem jest zaspokojenie finansowe nowych zadań, być może wystarczy na rok 2023. Jednak wobec tego, że nie spodziewamy się w kolejnych latach tak dużego wstrzymania ilości świadczeń w związku z pandemią COVID-19 i wytworzenia tak dużego długu zdrowotnego, nietrudno przewidzieć, że rok 2023 i lata kolejne będą musiały kojarzyć się wszystkim pracownikom ochrony zdrowia i pacjentom z zaciskaniem pasa i znacznym ograniczeniem dostępności do świadczeń finansowanych ze środków publicznych.

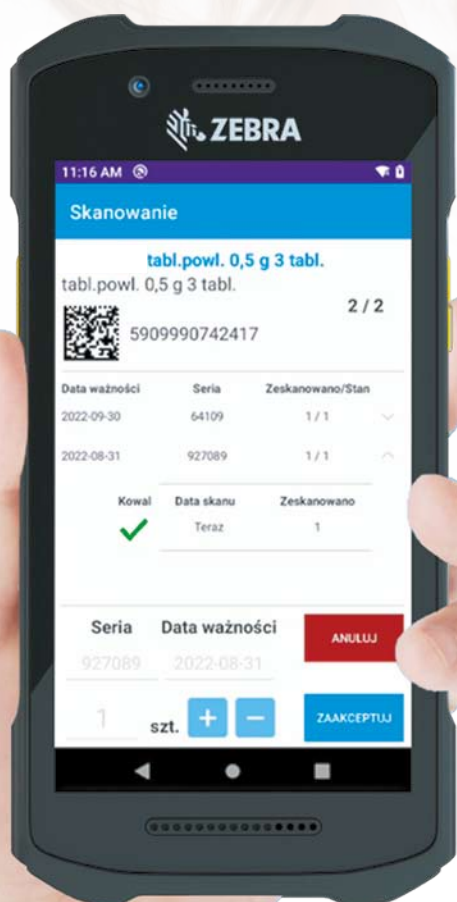
Podsumowując, miniony rok 2022 w ochronie zdrowia można powiedzieć, że był to rok wyjątkowy, obfitujący w trudności, troski i wymagający od menedżerów i pracowników dużo cierpliwości, współpracy ponad podziałami i nacechowany poczuciem bezsilności wobec zmian legislacyjnych.

To także rok braku współpracy rządzących ze środowiskami ekspertów, samorządami zawodowymi, pacjentami i tymi, dla których system ochrony zdrowia od lat nie ma tajemnic.

Kolejny rok 2023 to mimo wszystko rok nadziei na to, że głos menedżerów, pracowników, środowisk związkowców i wszystkich tych, którym na sercu leży dobro systemu i los pacjentów, zostanie wysłuchany. Że kolejne zmiany będą w mniejszym stopniu realizowały partykularne cele polityczne, a w większym będą skupiały się wokół polityki zdrowotnej – działań na rzecz systemu, zdrowia społeczeństwa i współpracy wszystkich zaangażowanych w rynek ochrony zdrowia. ●

Piotr Karniej – doktor nauk ekonomicznych, specjalista w dziedzinie zdrowia publicznego, ekspert rynku ochrony zdrowia, asystent medyczny. Od wielu lat menedżer opieki zdrowotnej z doświadczeniem w zarządzaniu ambulatoryjną opieką zdrowotną (w tym AOS, POZ), były członek rad społecznych i rad nadzorczych. Ekspert w dziedzinie profilaktyki zakażeń, doradca ds. HIV/AIDS. Wykładowca akademicki Wyższej Szkoły Bankowej we Wrocławiu i Wyższej Szkoły Rehabilitacji w Warszawie. Badacz współpracujący Universidad de La Rioja (Hiszpania). Członek Zarządu Oddziału Dolnośląskiego STOMOZ

Optymalizuj pracę w aptece dzięki mobilnej aplikacji



APTIX

- Mobilna weryfikacja dostaw, inwentaryzacja i kompletacja leków z e-Recept
- Bezprzewodowa integracja z KS-AOW
- Szybka weryfikacja produktów w KOWAL
- Komfort i wygoda pracy
- Oszczędność czasu

Dowiedz się więcej na aptix.pl





Monitor Zdrowotny **OSOZ**

- 61 FELIETON
Rok 2022 w farmacji i prognoza na 2023
- 65 RANKINGI PEX
Firmy i produkty (grudzień 2022)
- 66 MONITOR EPIDEMIOLOGICZNY
Mapy zdrowotne kraju (grudzień 2022)
- 70 MONITOR FARMACJI
Rynek farmaceutyczny (grudzień 2022)
- 77 MONITOR RYNKU LEKÓW
Sprzedaż testów ciąży w aptekach

Rok 2022 w farmacji i prognoza na 2023



Najpierw COVID-19, a jak już pandemię oswoiiliśmy, to wybuchła wojna – ostatnie 2 lata były wyjątkowo burzliwe na rynku farmaceutycznym. Jak odbiły się na wynikach aptek w 2022 roku?

dr JAROSŁAW FRĄCKOWIAK
Prezes PEX PharmaSequence

2022 to rok znaczących wzrostów obrotów na rynku farmaceutycznym, spowodowanych nie tylko inflacją, ale wzrostem zachorowań w sezonach infekcyjnych, lepszą dostępnością do służby zdrowia niż w czasach „fali COVID” oraz efektami długu zdrowotnego. Nie wymieniałem wpływu uchodźców z Ukrainy na rynek – nie jest on nadal olbrzymi, co wynika ze struktury demograficznej imigrantów.

Trendy na rynku przedstawiają wykresy. Rynek apteczny urosł – wartościowo (w cenach sprzedaży do pacjenta) w 2022, w porównaniu do 2021 – aż o 13,9% przekraczając wartość 44 mld PLN. Imponujący jest też wzrost ilości sprzedanych opakowań. W 2022 roku kupiliśmy w aptekach ponad 1,7 miliarda opakowań różnych produktów, to o 6,6% więcej niż rok temu.

Czy to oznacza, że zaczynamy wychodzić z długu zdrowotnego? Niestety nie. Wartość rynku rośnie –

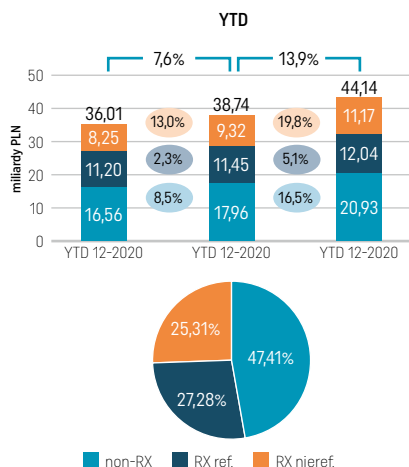
w dużej mierze – dzięki podwyżkom cen (są jednak dużo mniejsze niż poziom inflacji, nawet w segmentach nieobjętych ustawą refundacyjną). Z kolei rosnąca ilość kupowanych przez nas produktów jest spowodowana powrotem bardzo intensywnych sezonów infekcyjnych.

Prawie 50% wartości sprzedaży stanowi rynek produktów bez recepty (non-Rx), w pozostałych – dokładnie 48% – trochę więcej niż połowa to leki nierefundowane (Rx-nieréf. 27%), a reszta – leki refundowane (Rx ref. 25%). Patrząc na rynek od strony ilości sprzedanych pacjentom produktów, statystyki wyglądają inaczej: 58% opakowań, które nabyliśmy, to produkty bez recepty, w 23% leki refundowane i 19% leki nierefundowane.

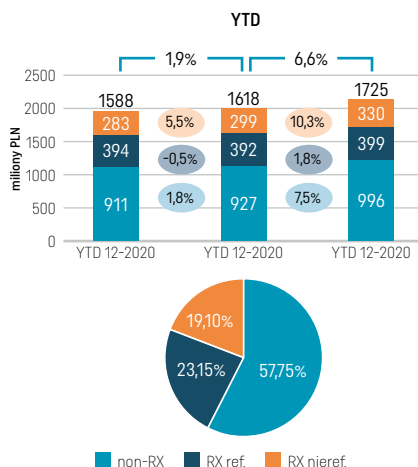
Na rynku leków na receptę największy przyrost wartości sprzedaży odnotowały produkty nierefundowane. Rosły prawie cztery szybciej niż leki refundowane (19,5% versus 5,1%). Jeszcze większa dysproporcja została odnotowana w analizie zmian ilości sprzedaży – w przypadku leków nierefundowanych kupiliśmy w 2022 roku 10,3% opakowań produktów więcej niż w roku ubiegłym; w segmencie refundowanych ten wzrost to tylko 1,8%. „Tylko”, bowiem by spłacać dług zdrowotny właśnie w tej kategorii potrzebne są większe wzrosty.

Na rynku produktów bez recepty pod względem wartości sprzedaży dwa razy szybciej rosną segmenty leków OTC i wyrobów medycznych w porównaniu do su-

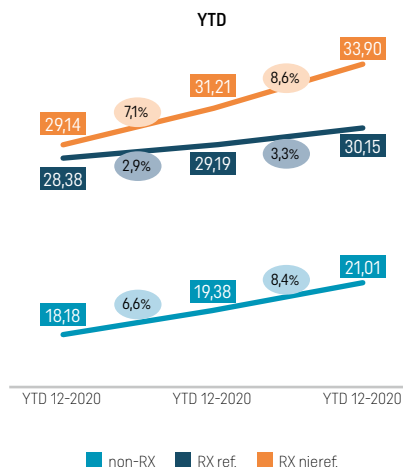
Wartość sprzedaży w podziale na główne segmenty rynku (mld PLN, ceny detaliczne)



Wolumen sprzedaży w podziale na główne segmenty rynku (opakowania, miliony)

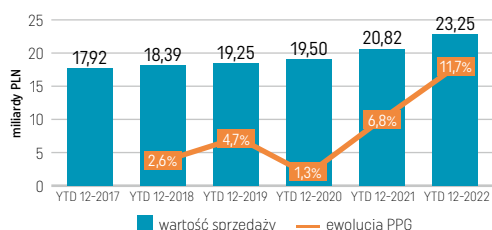


Średnia cena sprzedaży w podziale na główne segmenty rynku (PLN, ceny detaliczne)

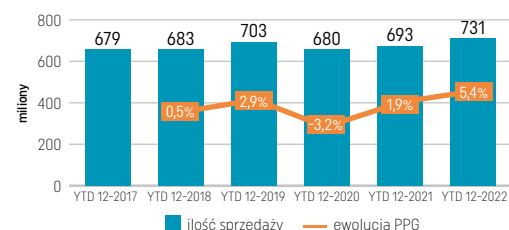


Rynek RX YTD 12/2022

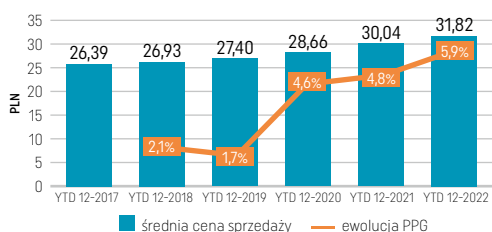
Wartość sprzedaży brutto



Ilość sprzedaży

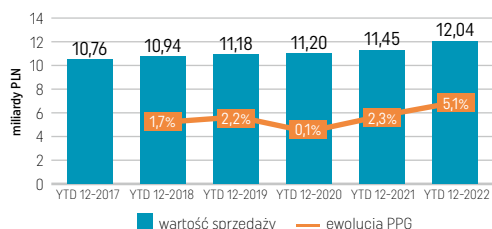


Średnia cena sprzedaży brutto

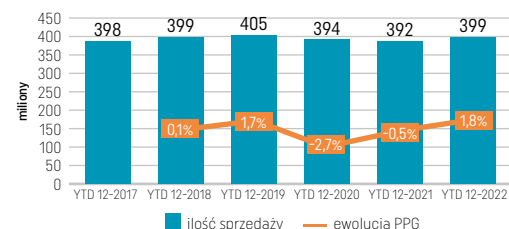


Rynek RX REF. i RX NIEREF.

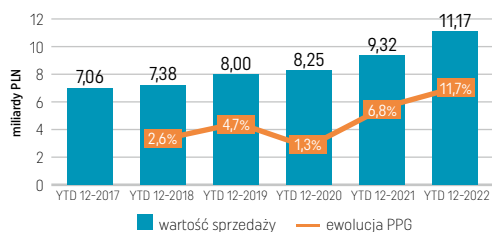
Wartość sprzedaży brutto na rynku RX REF.



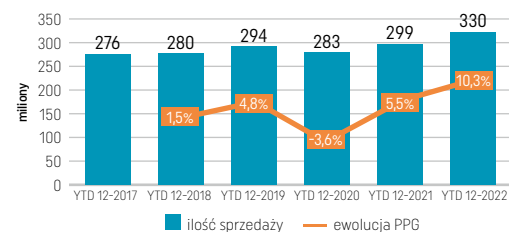
Ilość sprzedaży na rynku RX REF.



Wartość sprzedaży brutto na rynku RX NIEREF.

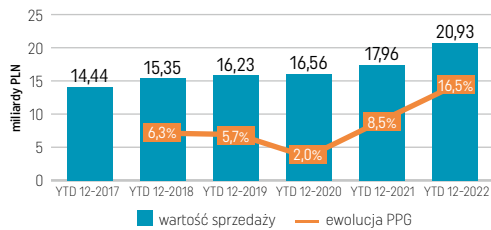


Ilość sprzedaży na rynku RX NIEREF.

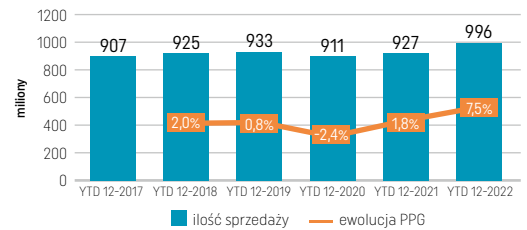


Rynek NON-RX YTD 12/2022

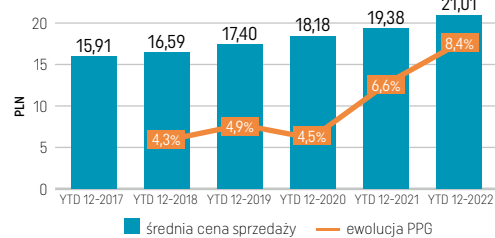
Wartość sprzedaży brutto



Ilość sprzedaży

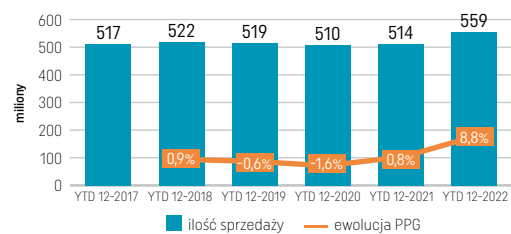


Średnia cena sprzedaży brutto

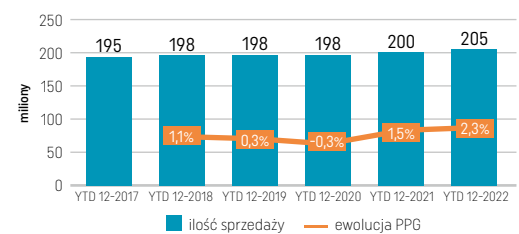


Ilość sprzedaży

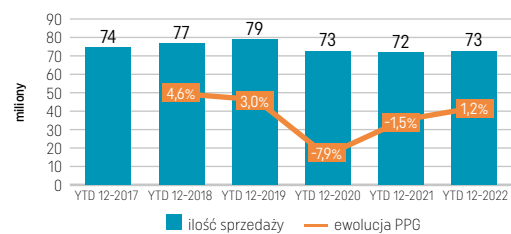
Leki OTC



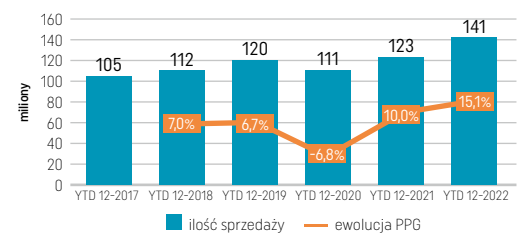
Suplementy



Kosmetyki

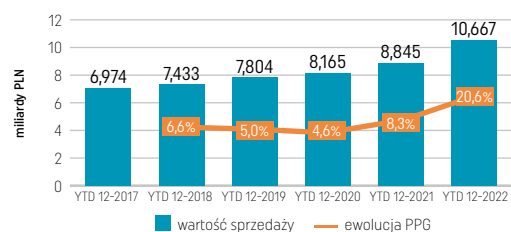


Wyroby medyczne

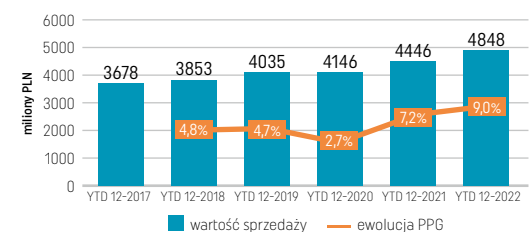


Wartość sprzedaży brutto

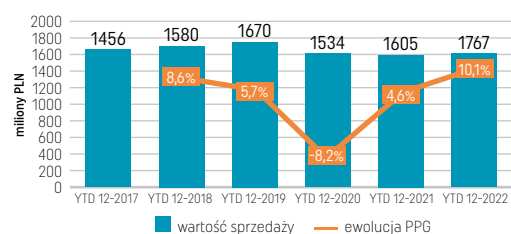
Leki OTC



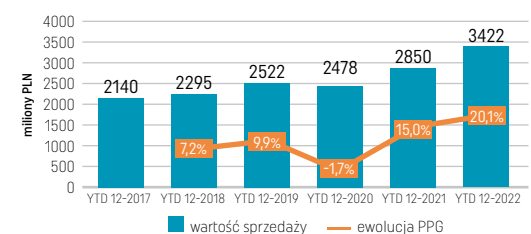
Suplementy



Kosmetyki

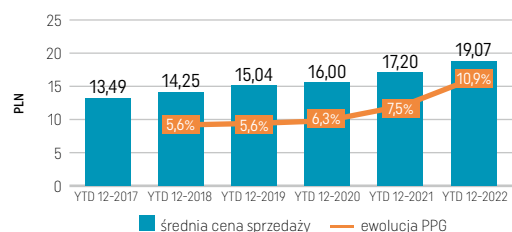


Wyroby medyczne

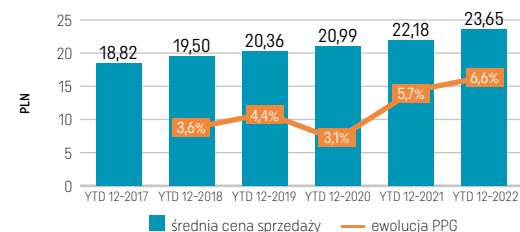


Średnia cena sprzedaży (PLN)

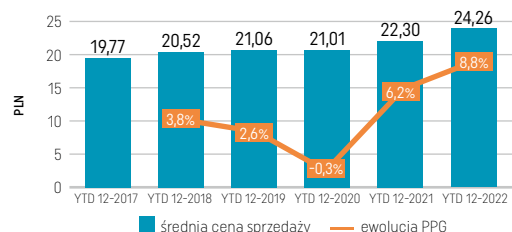
Leki OTC



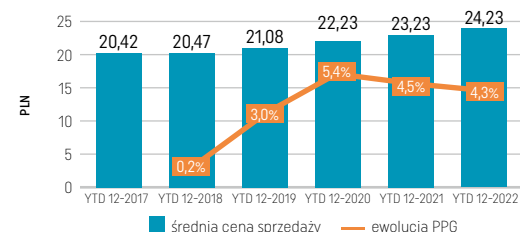
Suplementy



Kosmetyki



Wyroby medyczne



plementów i kosmetyków (ponad 20% versus 9 i 10%). Ilościowo, ranking wzrostów wygląda tak: wyroby medyczne – 15,1%, leki OTC – 8,8%, suplementy – 2,3% i kosmetyki – 1,2%.

Warto też rozwiązać mit o tym, że najwięcej „zjadamy” suplementów. W 2022 roku kupiliśmy prawie 560 mln opakowań leków OTC, wydając na nie 10,7 mld PLN, a suplementów mniej – 205 mln opakowań za 4,85 mld PLN.

A jaki będzie rok 2023? Trudne pytanie, bo poziom niepewności w różnych sferach nie spada.

2023 może być rokiem wprowadzenia w życie dużej nowelizacji ustawy refundacyjnej (DNUR). Pacjenci dopłacą za leki na ryczałcie, ale może zaoszczędzą na zwiększeniu limitu finansowania. Apteki zyskają trochę lepszą marżowość – zapewne niewystarczająco, by znacząco poprawić sytuację finansową tych, które sobie słabiej radzą. A aptek sukcesywnie ubywa.

Hurtownie dostaną 1% marży więcej, ale też ograniczenie marży maksymalnej do 150 PLN. To bardzo zła wiadomość dla dystrybutorów obracających drogimi lekami (np. szpitalnymi). Firmy farmaceutyczne muszą się liczyć z jeszcze mniejszą przewidywalnością prowadzenia biznesu, np. większą dowolnością zmian definicji grup limitowych przez Regulatora niż dotąd.

To tylko niektóre aspekty. Teza jest taka, że jak DNUR wejdzie w życie, to wpłynie na wiele obszarów działalności na rynku ochrony zdrowia. A to nie jedyna planowana zmiana regulacyjna.

2023 może być rokiem wyzwań związanych z dostępnością do leków. Uzależnienie od azjatyckiej produkcji API już niejednemu raz wywołało problemy tego typu i tu niewiele się zmieni. Bardzo wiele zależy od systemu informacji o dostępności. A raczej wykorzystaniu tego, co już jest dostępne. I nie jest istotne, że informacje o lekach są w systemach firm komercyjnych. Liczy się efekt, a mówimy o zdrowiu, a nie wyborze koloru koszuli.

Wydaje się, że oswoił się już nie tylko z pandemią i wojną, ale też z brakiem przewidywalności. Bo nie mieliśmy wyboru. ●

*Dane i informacje wykorzystane w artykule opracowane na podstawie analiz i symulacji z reprezentatywnego panelu PEX Pharma-Sequence umożliwiającego – aptekom i sieciom, członkom Aptecznego Banku Danych – dostęp do szczegółowych analiz. W analizach monitorowano 97% rynku, YTD oznacza „year to date” czyli okres od stycznia do miesiąca podanego przy skrócie. YTD 12 to cały rok. PPG oznacza „previous period growth” czyli zmiana procentowa wartości danej zmiennej – w przypadku pokazywanych analiz – rok do roku.

Adres do autora: jaroslaw.frackowiak@pexps.pl.

» W 2022 roku Polacy kupili prawie 560 mln opakowań leków OTC i 205 mln opakowań suplementów. «

Rankingi PEX. Firmy i produkty w grudniu

Top 10 firm farmaceutycznych oraz **10 Top Total Brand** dla wybranych segmentów rynku (pod względem sprzedaży w danym miesiącu w cenach detalicznych do pacjenta, pojęcie total brand oznacza sumę wszystkich prezentacji/SKU danego produktu występujących pod daną nazwą – np. różne dawki tego samego leku itd.). Obrazowane komentarzem i strzałkami zmiany w rankingu między miesiącami dotyczą pierwszych 10-ciu miejsc. Autorem rankingów jest PEX PharmaSequence (wszystkie dane na podstawie reprezentatywnego panelu aptek/sieci ABD PEX PharmaSequence).



Więcej danych?

Wszystkich Państwa, którzy są zainteresowani bardziej szczegółowymi raportami i/lub zakupem raportów-rankingów, prosimy o kontakt: solutions_by_pex@pexps.pl

Miejsce w rankingu	Ranking firm farmaceutycznych pod względem wartości sprzedaży aptecznej do pacjenta w grudniu 2022	Zmiana w stosunku do poprzedniego miesiąca	Miejsce w rankingu	Ranking total brandów pod względem wartości sprzedaży aptecznej do pacjenta w grudniu 2022	Zmiana w stosunku do poprzedniego miesiąca
LEKI NA RECEPTĘ			LEKI NA RECEPTĘ		
1	POLPHARMA	→	1	XARELTO	→
2	TEVA	↗	2	ELIQUIS	→
3	ADAMED	↘	3	NEOPARIN	↗
4	KRKA	→	4	JARDIANCE	→
5	NOVO NORDISK	↗	5	TRULICITY	↘
6	BAUSCH HEALTH	→	6	NEBBUD	↗
7	BAYER	↘	7	PRADAXA	↘
8	SANOFI	→	8	EBILFUMIN	↗
9	BOEHRINGER INGELHEIM	→	9	FORXIGA	→
10	SANDOZ	→	10	OZEMPIC	↘
LEKI OTC			LEKI OTC		
1	USP ZDROWIE	↗	1	GRIPEX	↗
2	POLPHARMA	↘	2	IBUPROM	↘
3	HALEON	→	3	THERAFLU	↗
4	AFLOFARM	↗	4	NUROFEN	↗
5	HASCO - LEK	↗	5	NEOSINE	↗
6	OPELLA HEALTHCARE	↘	6	APAP	↘
7	ANGELINI	↗	7	LEVOPRONT	↗
8	RECKITT BENCKISER	→	8	STREPSILS	↗
9	TEVA	↘	9	IBUM	↗
10	PROCTER & GAMBLE	→	10	SINUPRET	↗
SUPLEMENTY DIETY			SUPLEMENTY DIETY		
1	AFLOFARM	→	1	BEBILON	→
2	NUTRICIA	→	2	ŚWIAT ZDROWIA	→
3	USP ZDROWIE	→	3	DICOFLOL	→
4	SYNOPTIS	→	4	NUTRIDRINK	→
5	OLIMP LABS	→	5	D-VITUM	→
6	N.P.ZDROVIT	→	6	BIOVITAL	↗
7	OLEOFARM	→	7	SANPROBI	→
8	POLPHARMA	→	8	NEOCATE	↘
9	BAYER	→	9	NATURELL	↘
10	POLSKI LEK	→	10	FIORDA	↗
KOSMETYKI			KOSMETYKI		
1	L'OREAL	→	1	VICHY	→
2	IRENA ERIS	→	2	PHARMACERIS	→
3	PERRIGO	→	3	LA ROCHE	→
4	AFLOFARM	→	4	ZIAJA	→
5	PIERRE FABRE Dermo-Cosmetique	→	5	CERAVE	→
6	ZIAJA	→	6	AVENE	↗
7	PIERRE FABRE	→	7	BIODERMA	↘
8	NAOS	→	8	EMOLIUM	→
9	POLPHARMA	→	9	CETAPHIL	→
10	GALDERMA	→	10	ELUDRIL	→

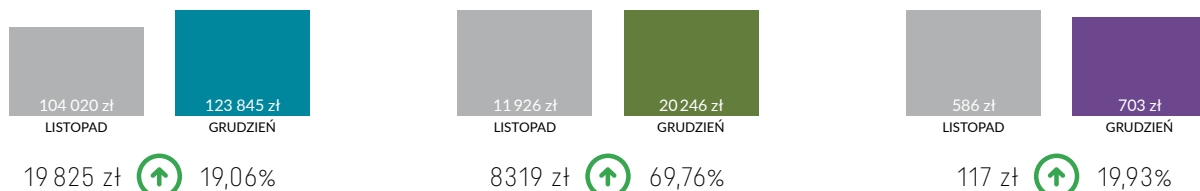
Koszty leczenia

OGÓŁEM

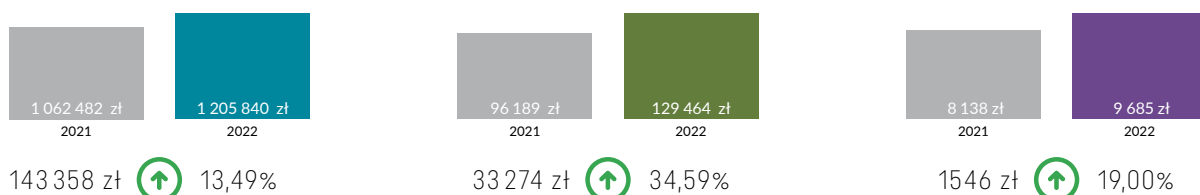
GRYPA I PRZEZIĘBIENIE

ALERGIA

ZMIANA MIESIĘCZNA W GRUDNIU 2022 W ODNIESIENIU DO LISTOPADA



TREND ROCZNY – PORÓWNIANIE ROKU 2022 I 2021



GRUDZIEŃ – WOJEWÓDZTWA O NAJNIŻSZYCH I NAJWYŻSZYCH KOSZTACH

Warmińsko-Mazurskie 100 435 zł Opolskie 106 907 zł Podkarpackie 107 273 zł	Świętokrzyskie 14 631 zł Podlaskie 16 810 zł Warmińsko-Mazurskie 16 819 zł	Podlaskie 519 zł Warmińsko-Mazurskie 555 zł Opolskie 557 zł
Pomorskie 132 699 zł Mazowieckie 141 617 zł Wielkopolskie 143 317 zł	Małopolskie 22 350 zł Mazowieckie 23 117 zł Wielkopolskie 24 531 zł	Małopolskie 816 zł Mazowieckie 843 zł Pomorskie 905 zł

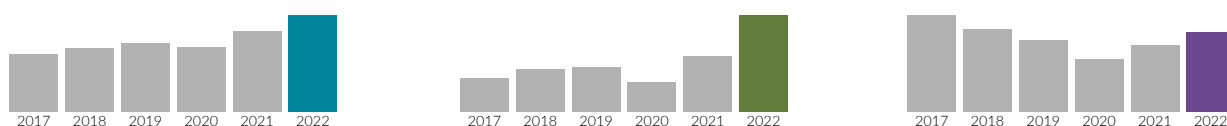
ROK 2022 – WOJEWÓDZTWA O NAJNIŻSZYCH I NAJWYŻSZYCH KOSZTACH

Warmińsko-Mazurskie 990 356 zł Opolskie 1 035 259 zł Podkarpackie 1 039 355 zł	Świętokrzyskie 104 501 zł Warmińsko-Mazurskie 105 638 zł Podlaskie 107 590 zł	Małopolskie 816 zł Mazowieckie 843 zł Pomorskie 905 zł
Pomorskie 1 294 078 zł Wielkopolskie 1 352 791 zł Mazowieckie 1 398 766 zł	Małopolskie 141 415 zł Wielkopolskie 149 338 zł Mazowieckie 154 859 zł	Małopolskie 11 002 zł Pomorskie 11 641 zł Mazowieckie 11 726 zł

GRUDZIEŃ – WOJEWÓDZTWA Z NAJMOCNIEJSZYMI SPADKAMI I WZROSTAMI KOSZTÓW

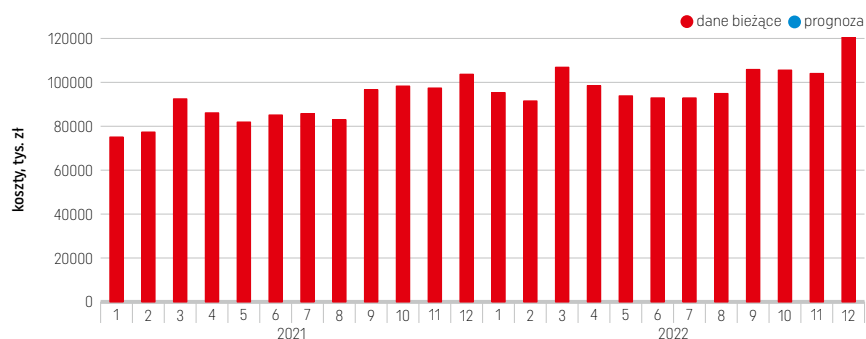
Brak spadków kosztów	Brak spadków kosztów	Brak spadków kosztów
Małopolskie 22 048 zł Kujawsko-Pomorskie 22 473 zł Wielkopolskie 26 432 zł	Kujawsko-Pomorskie 9 270 zł Pomorskie 9 523 zł Wielkopolskie 10 874 zł	Mazowieckie 133 zł Małopolskie 161 zł Pomorskie 177 zł

ZESTAWIENIE – KOSZTY W GRUDNIU W OSTATNICH LATACH

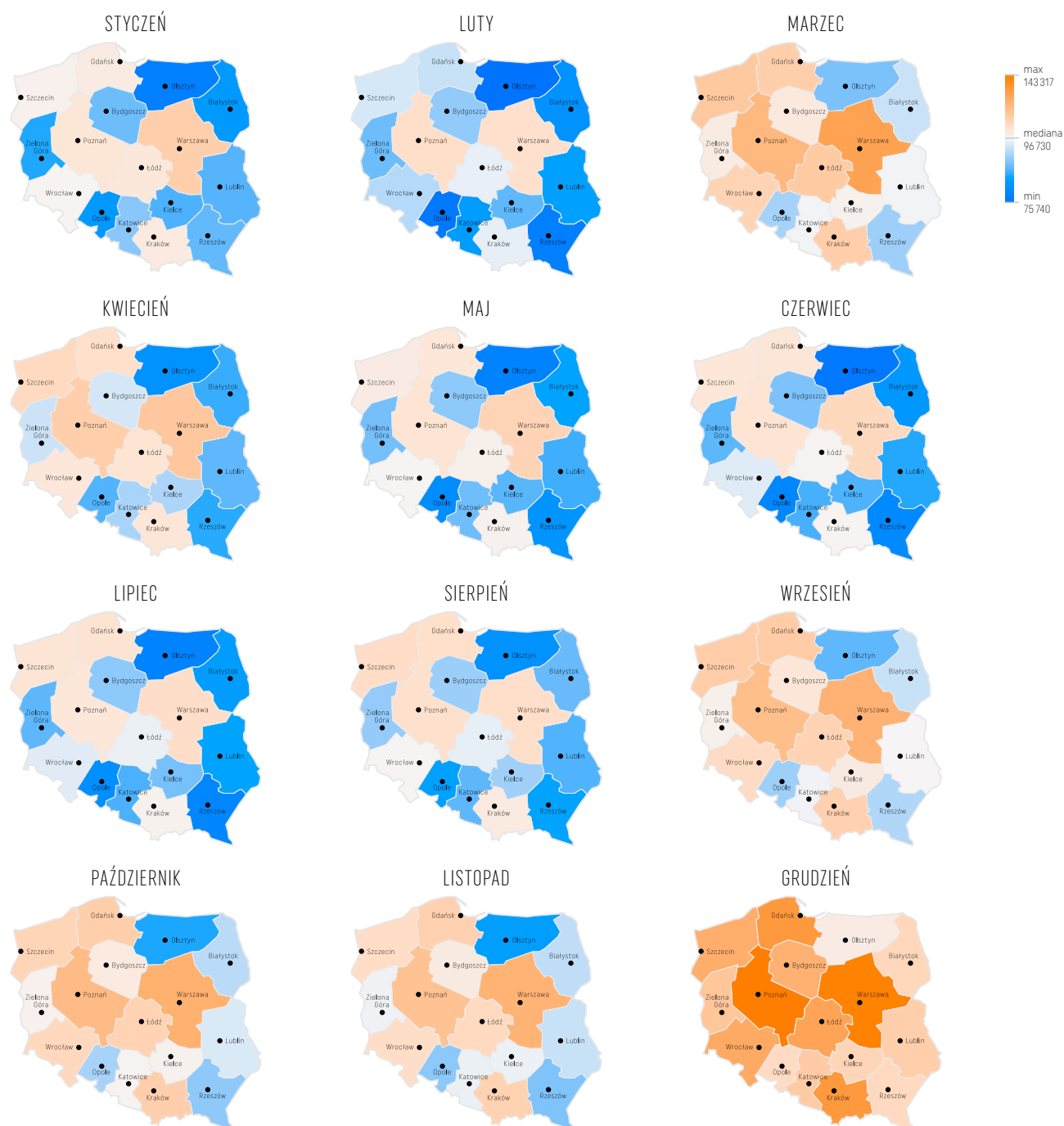


* wszystkie dane w przeliczeniu na 1000 mieszkańców

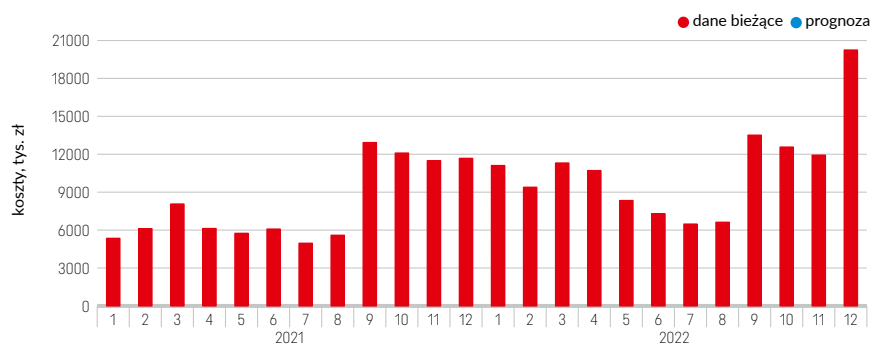
OGÓLNE KOSZTY LECZENIA (ZAKUP ŚRODKÓW FARMACEUTYCZNYCH) PRZYPADAJĄCE NA 1000 MIESZKAŃCÓW



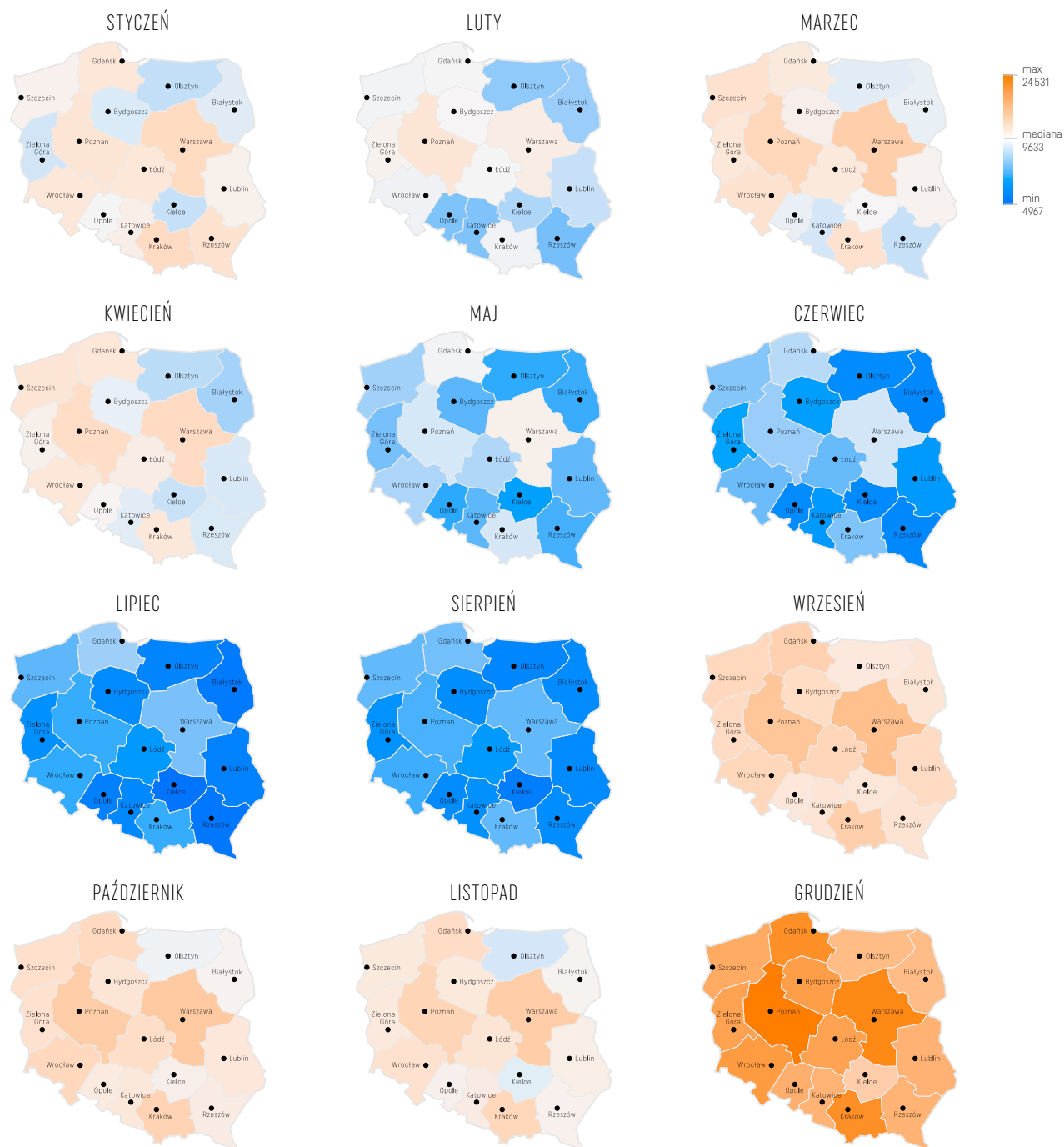
» Najwyższe koszty leczenia w 2022 roku zanotowano w grudniu. «



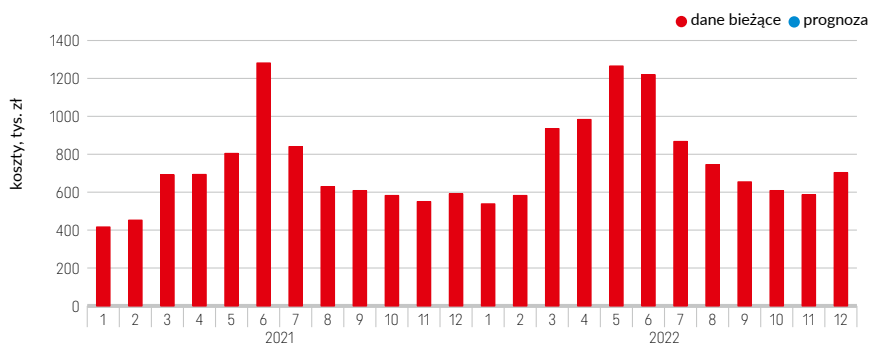
KOSZTY GRYPY I PRZEZIĘBIENIA (ZAKUP ŚRODKÓW FARMACEUTYCZNYCH) PRZYPADAJĄCE NA 1000 MIESZKAŃCÓW



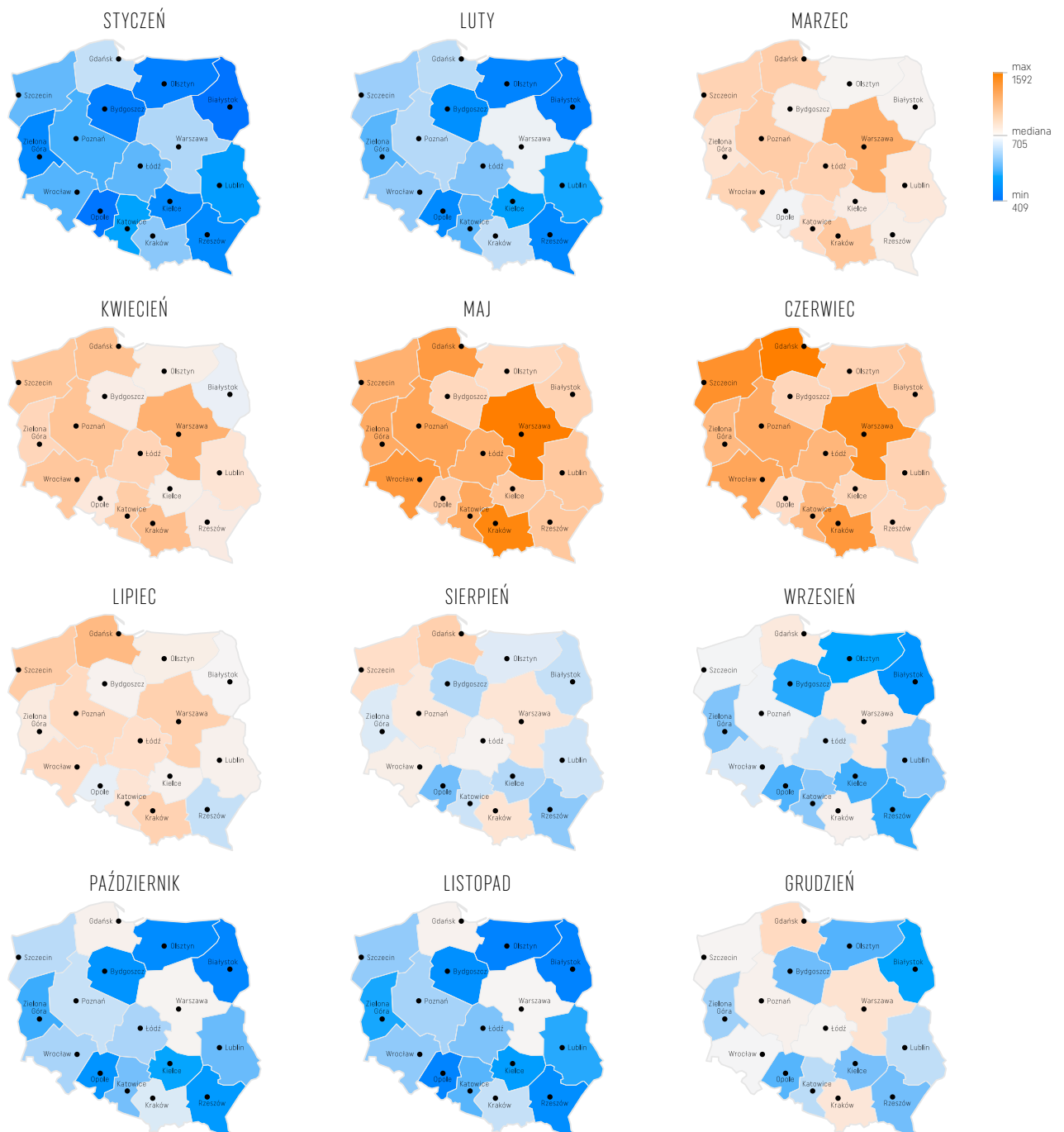
» Falę grypy z końcem roku 2022 widać po ogromnym wzroście kosztów leczenia grypy i przeziębienia.«



KOSZTY ALERGII (ZAKUP ŚRODKÓW FARMACEUTYCZNYCH) PRZYPADAJĄCE NA 1000 MIESZKAŃCÓW



» W maju i czerwcu 2022 roku koszty leczenia alergii były największe. «



Struktura dystrybucji leków

LISTOPAD 2022 | WARTOŚCI STATYSTYCZNE I TRENDY W STOSUNKU DO PAŹDZIERNIKA



CENA OPAKOWANIA LEKU

26,35 zł

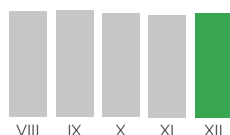
↓ -0,26 zł



MARŻA APTECZNA

25,29%

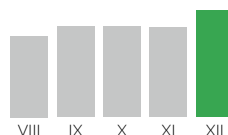
↑ 0,48%



OBRÓT W APTECE

367,5 tys. zł

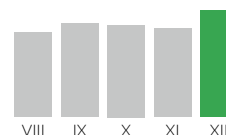
↑ 59,5 tys. zł



LICZBA PACJENTÓW

5120

↑ 860



SPRZEDAŻ NA PACJENTA

71,78 zł

↓ -0,52 zł



SPRZEDAŻ WEDŁUG
STATUSU LEKU

RX	49,84%	↓
OTC	29,05%	↑
SUPLEMENTY	9,44%	↓
INNE	11,67%	↑



POZIOM REFUNDACJI

19,94%

↓ -2,42%

PROGNOZA NA
MARZEC 2023



Tegoroczny sezon zimowy to kumulacja wielu wirusów, co przekłada się na wysokość obrotu w statystycznej aptece. Jednak w marcu powinniśmy zaobserwować spadek zachorowań i tym samym obrotów w aptekach. Zakładamy przy tym, że sytuacja epidemiologiczna powróci do sezonowości przedpandemicznej.

Obrót statystycznej apteki w grudniu 2022 roku wyniósł 367,5 tys. zł. W porównaniu z listopadem 2022 roku był o 59,5 tys. zł wyższy (+19,3%). Jednocześnie był o 66,5 tys. zł wyższy (+22,1%) niż w analogicznym okresie ubiegłego roku. Wartość rynku farmaceutycznego osiągnęła poziom 4,729 mld zł. Oznacza to wzrost o 757,0 mln zł (+19,1%) w stosunku do listopada 2022 roku oraz wzrost o 771 mln zł (+19,5%) w stosunku do grudnia 2021 roku. Udział refundacji stanowił 19,94% (-2,42 p.p. w porównaniu z listopadem 2022) obrotu aptecznego i wyniósł 943 mln zł (+6,2%).

Obrót w statystycznej aptece w 2022 roku wyniósł 3546,5 mln zł. Oznacza to wzrost średniego obrotu w stosunku do 2021 o 16% (+490 tys. zł) oraz wzrost

o 28,1% (+777,5 tys. zł) w stosunku do 2020 roku. Rynek farmaceutyczny osiągnął wartość 46 mld zł. To odpowiednio o 5,5 mld zł więcej (+13,5%) niż w 2021 roku oraz o 8,3 mld zł więcej (+22,1%) niż w 2020 roku. Wartość refundacji wyniosła 10,2 mld zł, co stanowiło 22,12% całkowitego obrotu aptecznego.

W grudniu sprzedaż w podstawowych kategoriach sprzedażowych kształtowała się następująco: średni obrót apteczny wypracowany ze sprzedaży leków refundowanych wyniósł 98,3 tys. zł, leków wydawanych na recepty pełnopłatne – 89,7 tys. zł, a produktów sprzedawanych bez recepty – 176,6 tys. zł. W porównaniu z listopadem 2022 roku, we wszystkich kategoriach zanotowaliśmy wzrost wartości sprzedaży. W przypadku leków refundowanych, wzrost ten

wyniósł 6,85 tys. zł (+7,5%), dla sprzedaży leków wydawanych na recepty pełnopłatne – 9,61 tys. zł (+12,0%), z kolei dla sprzedaży odręcznej zanotowaliśmy wzrost wartości sprzedaży o 43 tys. zł (+32,3%). Wartość rynku farmaceutycznego wypracowana ze sprzedaży leków refundowanych wyniosła 1 264 mln zł, leków wydawanych na recepty pełnopłatne – 1 155 mln zł, a sprzedaży produktów OTC – 2,27 mld zł.

Dniem tygodnia charakteryzującym się największym średnim obrotem aptecznym był piątek (15 301 zł), natomiast dniem roboczym o najniższym średnim obrocie aptecznym – poniedziałek (11 448 zł). Rozróżnienie między tymi wartościami wyniósł 3 853 zł.

W grudniu 2022 roku w stosunku do listopada 2022 roku w większości ka-

tegorii sprzedażowych zanotowaliśmy wzrost wartości sprzedaży. Największe dotyczą produktów przeciwwirusowych, produktów na układ oddechowy oraz centralny układ nerwowy. W jednej kategorii sprzedażowej – produkty przeciwpasożytnicze – zanotowaliśmy spadek wartości sprzedaży.

Największe zmiany w udziale poszczególnych grup terapeutycznych zaobserwowano w przypadku produktów na układ oddechowy, produktów przeciwwirusowych oraz układ sercowo-naczyniowy. Największy udział w wartości sprzedaży należy do grupy produktów na przewód pokarmowy i metabolizm.

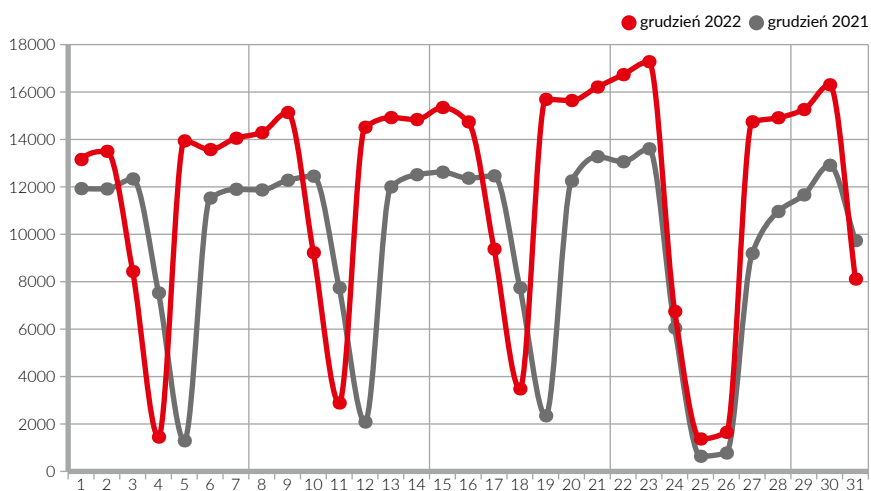
W grudniu średnia marża apteczna wyniosła 25,29%. To o 0,48 p.p. więcej niż w listopadzie 2022 roku oraz o 0,11 p.p. mniej niż w grudniu 2021 roku. Marża w podstawowych kategoriach sprzedażowych kształtowała się następująco: dla leków refundowanych wyniosła 18,20% (-2,9 p.p. w stosunku do listopada 2022), dla leków wydawanych na recepty pełnopłatne – 20,23% (-0,7 p.p. w stosunku do listopada 2022), natomiast dla produktów OTC – 30,27% (-0,81 p.p. w stosunku do listopada 2022 roku).

W 2022 roku marża apteczna wyniosła 25,28%. Było to odpowiednio o 0,30 p.p. więcej niż w 2021 roku oraz o 0,42 p.p. więcej niż w 2020 roku. Dla leków refundowanych średnia marża apteczna wyniosła 18,58% (+0,14 p.p. w stosunku do 2021 roku), dla leków wydawanych na recepty pełnopłatne – 21,85% (-0,79 p.p. w stosunku do 2021 roku), a dla produktów OTC – 30,05% (+0,88 p.p. w stosunku do 2021 roku).

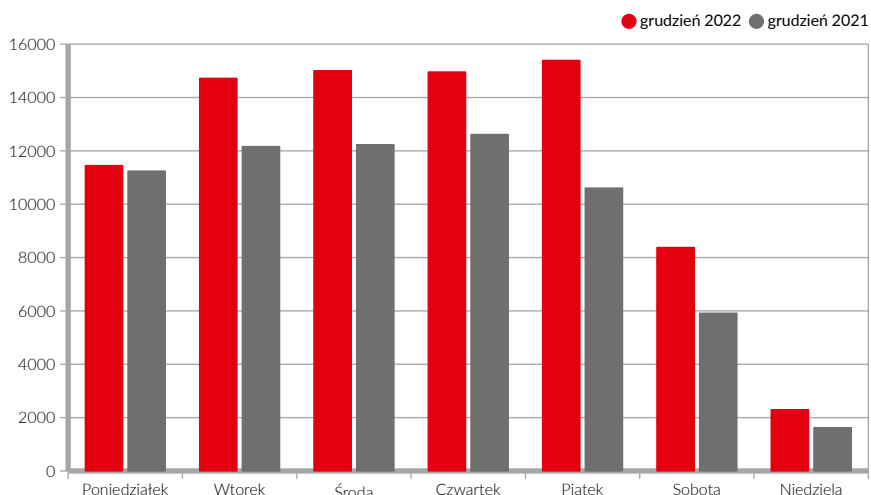
Średnia cena za opakowanie leku w grudniu 2022 roku wyniosła 26,35 zł. Cena ta w porównaniu do listopada 2022 roku spadła o 26 groszy. Porównując ją do ceny z grudnia 2021 obserwujemy wzrost ceny o 1,71 zł. W przypadku leków refundowanych średnia cena opakowania w stosunku do listopada 2022 wzrosła (+1,7%) i wyniosła 31,74 zł. W przypadku leków na recepty pełnopłatne cena w grudniu wyniosła 34,20 zł (-0,17 zł), zaś w przypadku sprzedaży odręcznej średnia – 21,64 zł (+0,27 zł).

W grudniu statystyczną aptekę odwiedziło 5120 pacjentów (wzrost o 860-ciu pacjentów w stosunku do listopada). 4270 osób zakupiło produkty OTC, 1030 – leki refundowane, oraz 1140 – leki wydawane na recepty pełnopłatne. Największy ruch w statystycznej aptece panował w trzecim tygodniu miesiąca, tj. pomiędzy 15 a 21 grudnia. Wówczas w staty-

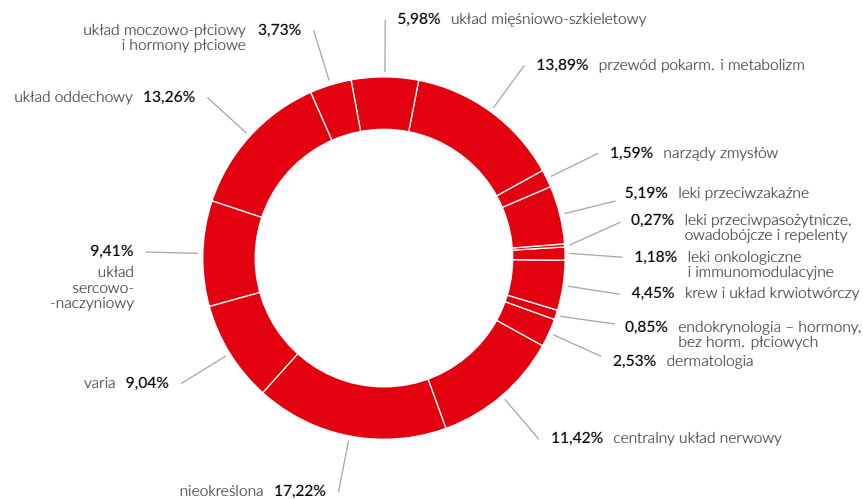
Rys. 1. Wielkość obrotu statystycznej apteki w poszczególnych dniach grudnia (porównanie do ubiegłego roku)



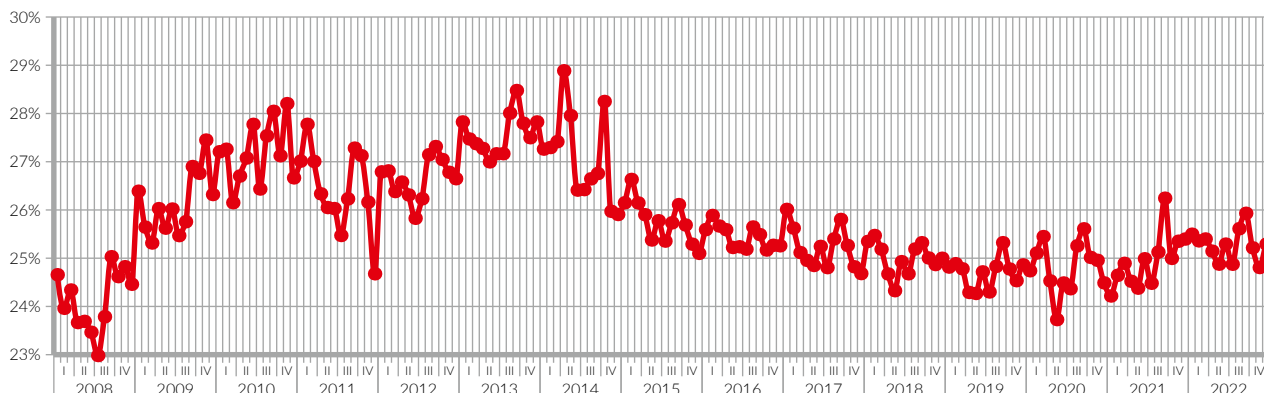
Rys. 2. Wielkość obrotu statystycznej apteki w poszczególnych dniach grudnia – podział na dni tygodnia (porównanie do ubiegłego roku)



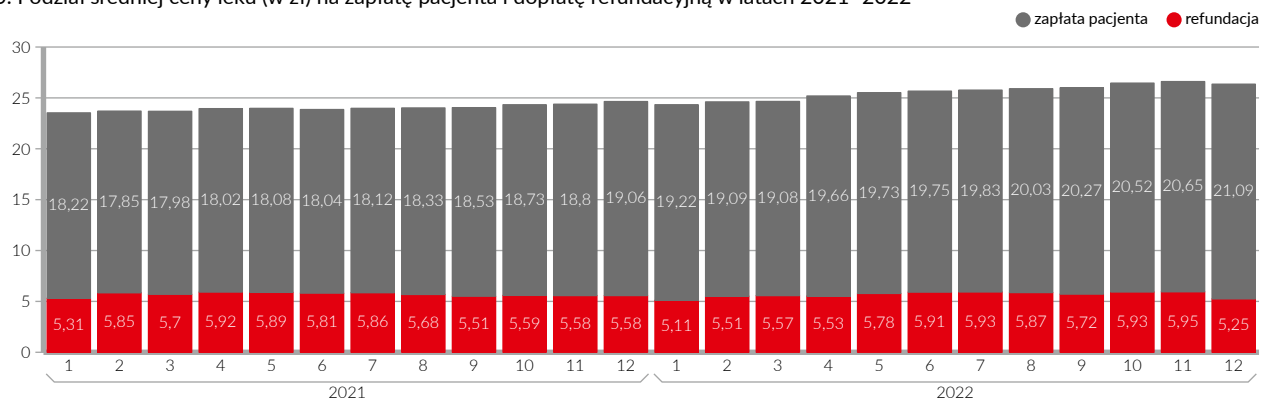
Rys. 3. Podział sprzedaży aptecznej na kategorie – % wartości sprzedaży



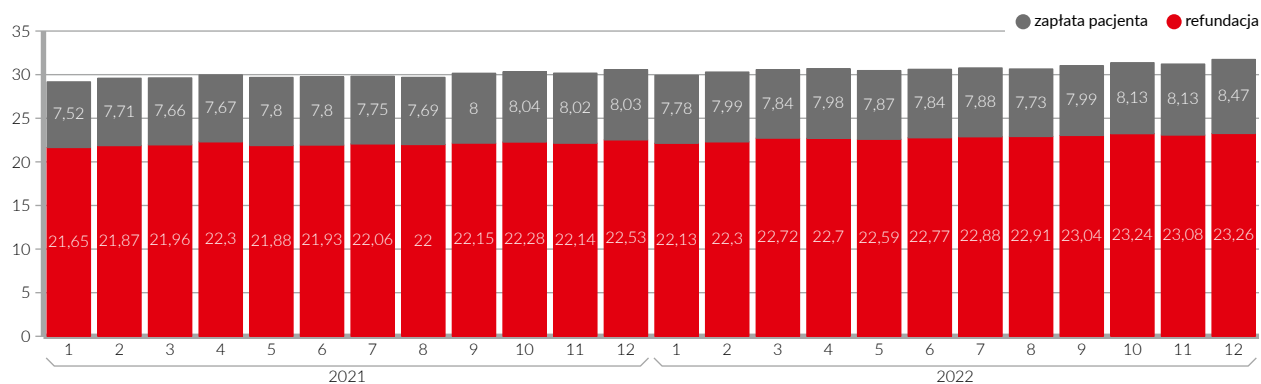
Rys. 4. Poziom marży aptecznej (%) w latach 2008–2022



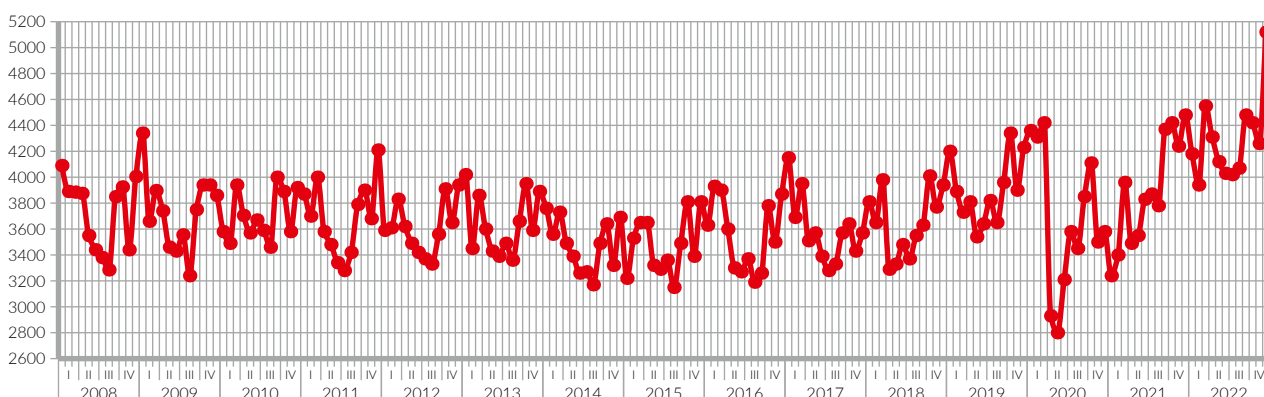
Rys. 5. Podział średniej ceny leku (w zł) na zapłatę pacjenta i dopłatę refundacyjną w latach 2021–2022



Rys. 6. Podział średniej ceny pozycji sprzedanej na receptę refundowaną (w zł), na zapłatę pacjenta i dopłatę refundacyjną w latach 2021–2022



Rys. 7. Liczba pacjentów w statystycznej aptece w ciągu miesiąca w latach 2008–2022



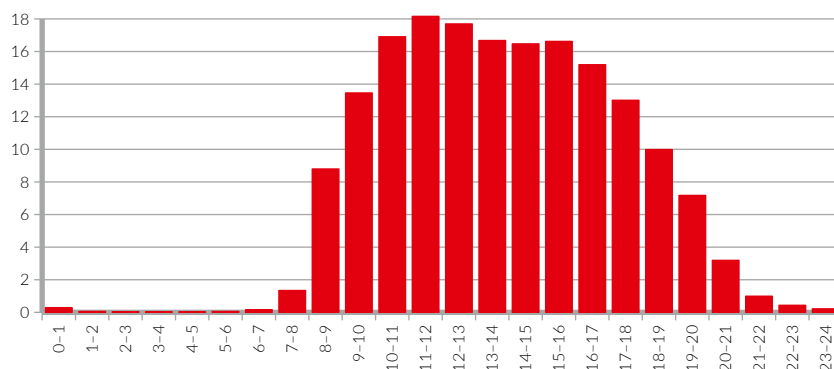
styczeń aptecę zanotowano 1242 osoby. Kolejnym w rankingu tygodniem był 8–14 grudnia (1172 osoby), 1–7 grudnia (1084 osób), 22–28 grudnia (1057 osób). Najwięcej pacjentów zarejestrowano w aptece w godzinach 11.00–12.00.

Statystyczny pacjent podczas jednej wizyty w aptecę zakupił produkty o łącznej wartości 71,78 zł. To o 0,52 zł mniej niż w minionym miesiącu oraz o 4,59 zł więcej niż w analogicznym okresie roku 2021. Z kwoty tej 57,47 zł zapłacił pacjent, a 14,31 zł dopłacił refundator. Wartość refundacji w porównaniu z listopadem spadła o 1,85 zł. W tym samym okresie wartość zapłaty pacjenta wzrosła o 2,4% (+1,33 zł). Dla leków refundowanych wartość koszyka statystycznego pacjenta wyniosła 95,40 zł (z czego 25,47 zł to zapłata pacjenta, a 69,93 zł – wartość refundacji), dla leków wydawanych na recepty pełnopłatne – 78,73 zł, a dla produktów OTC – 41,35 zł.

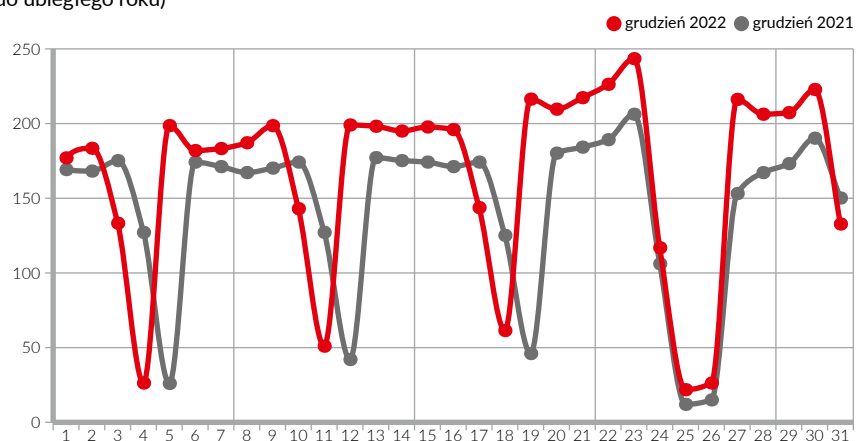
W 2022 roku wartość koszyka statystycznego pacjenta wyniosła 68,86 zł. Z kwoty tej 53,63 zł zapłacił pacjent, a 15,23 zł dopłacił refundator. W podziale na podstawowe kategorie sprzedażowe, wartość sprzedaży na pacjenta kształtowała się następująco: dla leków sprzedawanych na recepty pełnopłatne wyniosła 80,32 zł, produktów OTC – 37,39 zł, a leków refundowanych – 94,07 zł (z czego 24,37 zł to zapłata pacjenta, a 69,71 zł wartość refundacji).

» W grudniu statystyczną aptecę odwiedziło 5120 pacjentów, o 860 więcej niż w listopadzie. «

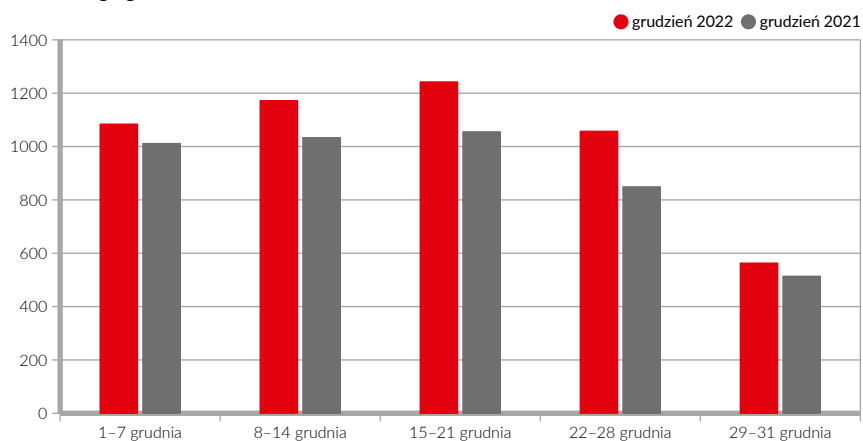
Rys. 8. Liczba pacjentów w statystycznej aptece w rozbiu na przedziały godzinowe w dniu poprzednim w grudniu



Rys. 9. Liczba pacjentów w statystycznej aptece w poszczególnych dniach grudnia (porównanie do ubiegłego roku)



Rys. 10. Liczba pacjentów w statystycznej aptece w poszczególnych tygodniach grudnia (porównanie do ubiegłego roku)



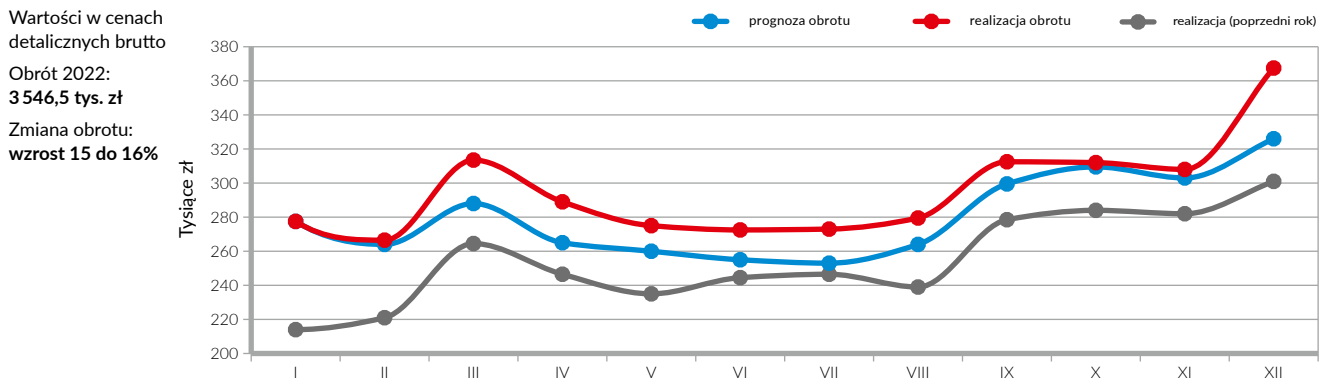
Tab. 1. Sprzedaż produktów w statystycznej aptece wg. statusu produktu

Wg. statusu leku w bazie BLOZ	Wartość sprzedaży w statystycznej aptece (PLN)		Udział w całkowitej wartości sprzedaży aptecznej	
	grudzień 2022	grudzień 2021	grudzień 2022	grudzień 2021
Lek - RX	183159	158461	49,84%	52,64%
Lek - OTC	106763	75866	29,05%	25,20%
Suplement diety lub dietetyczny środek spożywczy	34706	30034	9,44%	9,98%
Pozostałe	42871	36639	11,67%	12,17%

Tab. 2. Opis stanu statystycznej apteki w formie skróconego biuletynu informacyjnego za grudzień 2022

		grudzień 2022	zmiana w stosunku do (%)			zmiana w stosunku do (liczbowo)		
			listopada 2022	stycznia 2022	grudnia 2021	listopada 2022	stycznia 2022	grudnia 2021
obrót całkowity (w tys. zł)	statystyczna apteka	367,5	19,3%	32,4%	22,1%	59,50	90,00	66,50
	cały rynek apteczny	4 729 725	19,1%	30,0%	19,5%	757 141,00		770 672,00
recepty refundowane (w tys. zł)	statystyczna apteka	98,3	7,5%	27,4%	8,0%	6,85	21,11	7,29
	cały rynek apteczny	1 264 691	7,3%	25,0%	5,7%	85 593,18	252 908,40	68 024,29
recepty pełnopłatne (w tys. zł)	statystyczna apteka	89,7	12,0%	34,1%	21,4%	9,62	22,84	15,84
	cały rynek apteczny	1 155 057	11,8%	31,6%	18,8%	121 514,22	277 665,93	182 957,99
sprzedaż odręczna (w tys. zł)	statystyczna apteka	176,6	32,3%	34,8%	31,9%	43,09	45,63	42,70
	cały rynek apteczny	2 272 456	32,0%	32,4%	29,1%	550 805,06	555 452,79	511 716,40
wartość refundacji (w tys. zł)	statystyczna apteka	73,3	6,4%	25,7%	7,6%	4,41	14,97	5,16
	cały rynek apteczny	943 064	6,2%	23,3%	5,3%	54 888,39	178 497,33	47 138,30
udział refundacji	w całkowitym obrocie	19,94%	-10,8%	-5,1%	-11,9%	-0,0242	-0,0107	-0,0269
	w sprzedaży refundowanej	73,30%	-0,9%	-0,9%	-0,6%	-0,0066	-0,0069	-0,0042
średnia cena opakowania	ogółem	26,35 zł	-1,0%	8,3%	6,9%	-0,2555	2,0193	1,7073
	dla leków z list refundacyjnych	31,74 zł	1,7%	6,1%	3,9%	0,5281	1,8216	1,1800
	dla leków z recept pełnopłatnych	34,20 zł	-0,5%	9,0%	8,2%	-0,1765	2,8306	2,6003
	dla produktów bez recepty (OTC)	21,64 zł	1,2%	9,0%	10,3%	0,2669	1,7792	2,0194
liczba pacjentów w aptece		5 120	20,2%	22,5%	14,3%	860	940	640
liczba pacjentów w aptece (recepty refundowane)		1 030	12,0%	27,2%	-1,9%	110	220	-20
liczba pacjentów w aptece (recepty pełnopłatne)		1 140	16,3%	29,5%	20,0%	160	260	190
liczba pacjentów w aptece (sprzedaż odręczna)		4 270	23,4%	22,7%	18,3%	810	790	660
średnia marża apteczna	ogółem	25,29%	2,0%	-0,8%	-0,4%	0,0048	-0,0021	-0,0011
	dla leków z list refundacyjnych	18,20%	-13,8%	2,6%	-1,6%	-0,0290	0,0047	-0,0030
	dla leków na recepty pełnopłatne	20,23%	-3,4%	-6,6%	-10,9%	-0,0070	-0,0142	-0,0247
	dla sprzedaży odręcznej	30,27%	-2,6%	3,5%	1,1%	-0,0081	0,0103	0,0034
wartość sprzedaży na pacjenta		71,78 zł	-0,7%	8,1%	6,8%	-0,52	5,39	4,59
wartość zapłaty przez pacjenta		57,47 zł	2,4%	9,6%	10,5%	1,33	5,03	5,48
wartość dopłaty refundatora		14,31 zł	-11,5%	2,6%	-5,9%	-1,85	0,36	-0,89
wartość sprzedaży na pacjenta (recepty refundowane)		95,40 zł	-4,0%	0,2%	10,1%	-3,96	0,15	8,76
wartość zapłaty przez pacjenta (recepty refundowane)		25,47 zł	-1,6%	2,8%	11,9%	-0,40	0,70	2,70
wartość dopłaty refundatora (recepty refundowane)		69,93 zł	-4,8%	-0,8%	9,5%	-3,56	-0,55	6,05
wartość sprzedaży na pacjenta (recepty pełnopłatne)		78,73 zł	-3,7%	3,5%	1,2%	-3,04	2,69	0,93
wartość sprzedaży na pacjenta (sprzedaż odręczna)		41,35 zł	7,2%	9,9%	11,5%	2,77	3,73	4,27
opakowania (w tys.)	statystyczna apteka	14,8	18,9%	20,9%	11,9%	2,35	2,55	1,57
	cały rynek apteczny	190 347	18,6%	18,6%	9,5%	29916,45	29904,23	16501,59
opakowania – recepty refundowane (w tys.)	statystyczna apteka	3,1	5,7%	18,0%	1,9%	0,17	0,47	0,06
	cały rynek apteczny	39 621	5,5%	15,8%	-0,3%	2060,85	5408,62	-109,22
opakowania – recepty pełnopłatne (w tys.)	statystyczna apteka	2,6	12,9%	23,5%	12,0%	0,30	0,50	0,28
	cały rynek apteczny	33 967	12,6%	21,2%	9,6%	3811,28	5934,35	2983,77
opakowania - sprzedaż odręczna (w tys.)	statystyczna apteka	9,0	26,5%	21,1%	15,4%	1,88	1,56	1,20
	cały rynek apteczny	115 565	26,3%	18,8%	12,9%	24031,40	18304,23	13244,82

Rys. 11. Prognoza miesięcznych obrotów statystycznej apteki



Prognoza sprzedaży rocznej w oparciu o dane do grudnia 2022					Dane narastające od początku roku				
2022	zmiana w stosunku do (%)		zmiana w stosunku do (liczbowo)		2022	zmiana w stosunku do (%)		zmiana w stosunku do (liczbowo)	
	2021	2020	2021	2020		2021	2020	2021	2020
3 546,5	16,0%	28,1%	490,0	777,5	3 546,5	16,0%	28,1%	490,0	777,5
46 055 976,0	13,5%	22,1%	5 479 153,0	8 349 340,5	46 055 976,0	13,5%	22,1%	5 479 153,0	8 349 340,5
1 039,5	8,0%	14,2%	76,8	129,0	1 039,5	8,0%	14,2%	76,8	129,0
13 500 348,4	5,6%	8,9%	718 439,0	1 102 111,0	13 500 348,4	5,6%	8,9%	718 439,0	1 102 111,0
908,4	18,7%	46,4%	143,4	288,0	908,4	18,7%	46,4%	143,4	288,0
11 796 733,7	16,2%	39,7%	1 640 273,8	3 349 666,1	11 796 733,7	16,2%	39,7%	1 640 273,8	3 349 666,1
1 566,7	20,2%	28,8%	263,3	350,6	1 566,7	20,2%	28,8%	263,3	350,6
20 344 283,5	17,6%	22,8%	3 043 321,3	3 782 622,5	20 344 283,5	17,6%	22,8%	3 043 321,3	3 782 622,5
784,5	8,4%	14,2%	61,1	97,3	784,5	8,4%	14,2%	61,1	97,3
10 188 242,0	6,1%	8,9%	583 643,9	831 238,0	10 188 242,0	6,1%	8,9%	583 643,9	831 238,0
22,12%	-6,5%	-10,9%	-0,0155	-0,0270	22,12%	-6,5%	-10,9%	-0,0155	-0,0270
74,10%	0,3%	-0,3%	0,0025	-0,0019	74,10%	0,3%	-0,3%	0,0025	-0,0019
25,52 zł	6,2%	13,3%	1,49	3,00	25,52 zł	6,2%	13,3%	1,49	3,00
30,77 zł	3,0%	5,9%	0,88	1,73	30,77 zł	3,0%	5,9%	0,88	1,73
33,22 zł	8,1%	16,4%	2,49	4,68	33,22 zł	8,1%	16,4%	2,49	4,68
20,38 zł	8,5%	17,6%	1,60	3,05	20,38 zł	8,5%	17,6%	1,60	3,05
51 500	10,4%	16,8%	4 870,0	7 400,0	51 500,0	10,4%	16,8%	4 870,0	7 400,0
11 050	1,0%	11,6%	110,0	1 150,0	11 050,0	1,0%	11,6%	110,0	1 150,0
11 310	12,8%	25,4%	1 280,0	2 290,0	11 310,0	12,8%	25,4%	1 280,0	2 290,0
41 900	11,5%	16,4%	4 320,0	5 890,0	41 900,0	11,5%	16,4%	4 320,0	5 890,0
25,28%	1,2%	1,7%	0,0030	0,0042	25,28%	1,2%	1,7%	0,0030	0,0042
18,58%	0,7%	-1,7%	0,0014	-0,0031	18,58%	0,7%	-1,7%	0,0014	-0,0031
21,85%	-3,5%	2,1%	-0,0079	0,0045	21,85%	-3,5%	2,1%	-0,0079	0,0045
30,05%	3,0%	3,3%	0,0088	0,0097	30,05%	3,0%	3,3%	0,0088	0,0097
68,86 zł	2,5%	9,7%	1,68	6,07	68,86 zł	2,5%	9,7%	1,68	6,07
53,63 zł	3,2%	13,6%	1,65	6,42	53,63 zł	3,2%	13,6%	1,65	6,42
15,23 zł	0,2%	-2,2%	0,03	-0,35	15,23 zł	0,2%	-2,2%	0,03	-0,35
94,07 zł	6,9%	2,3%	6,07	2,11	94,07 zł	6,9%	2,3%	6,07	2,11
24,37 zł	5,9%	3,1%	1,35	0,72	24,37 zł	5,9%	3,1%	1,35	0,72
69,71 zł	7,3%	2,0%	4,72	1,38	69,71 zł	7,3%	2,0%	4,72	1,38
80,32 zł	5,3%	16,8%	4,04	11,54	80,32 zł	5,3%	16,8%	4,04	11,54
37,39 zł	7,8%	10,7%	2,71	3,62	37,39 zł	7,8%	10,7%	2,71	3,62
149,7	8,5%	9,0%	11,8	12,3	149,7	8,5%	9,0%	11,8	12,3
1 944 683,1	6,2%	3,9%	112 988,5	73 400,1	1 944 683,1	6,2%	3,9%	112 988,5	73 400,1
33,8	3,1%	2,1%	1,0	0,7	33,8	3,1%	2,1%	1,0	0,7
439 225,6	0,9%	-2,6%	3 782,2	-11 952,3	439 225,6	0,9%	-2,6%	3 782,2	-11 952,3
27,4	9,3%	25,3%	2,3	5,5	27,4	9,3%	25,3%	2,3	5,5
355 368,5	7,0%	19,5%	23 098,4	58 066,3	355 368,5	7,0%	19,5%	23 098,4	58 066,3
87,6	10,2%	7,0%	8,1	5,7	87,6	10,2%	7,0%	8,1	5,7
1 137 672,5	7,8%	2,0%	82 496,7	22 768,1	1 137 672,5	7,8%	2,0%	82 496,7	22 768,1

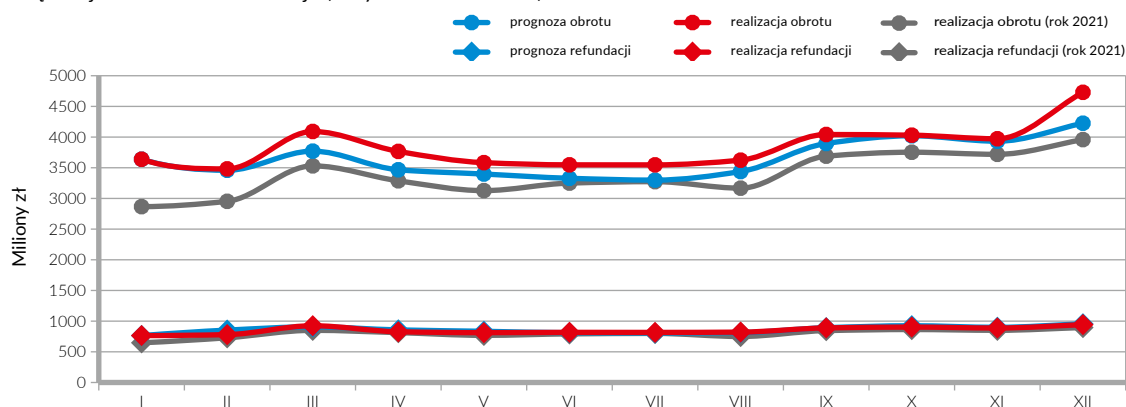
Rys. 12. Prognoza miesięcznej wartości obrotu w kraju (ceny detaliczne brutto)

Obrót 2022:
46 mld zł

Refundacja:
10,2 mld zł

Zmiana obrotu:
wzrost 13 do 14%
(w stosunku
do roku 2021)

Zmiana refundacji:
wzrost 5 do 7%
(w stosunku
do roku 2021)



Tab. 3. Średnia miesięczna sprzedaż statystycznej apteki w rozbiu na rodzaje sprzedaży – grudzień 2022

Rodzaj sprzedaży	Transakcje		Sprzedaż brutto		Opłata pacjenta		Refundacja		Udział wart. %		Opakowania		Śr. cena	Śr. cena
	Liczba	%	Wartość	%	Wartość	%	Wartość	%	Pac.	Ref.	Liczba	zł/opak.	zł/trans.	
1. U-R	722,87	0,06	42820,53	0,12	9021,46	0,03	33799,07	0,46	0,21	0,79	1157,39	37,00	59,24	
2. U-30	524,01	0,04	26275,76	0,07	10664,88	0,04	15610,88	0,21	0,41	0,59	865,90	30,35	50,14	
3. U-50	362,48	0,03	9870,60	0,03	5638,97	0,02	4231,63	0,06	0,57	0,43	445,92	22,14	27,23	
4. U-BEZPŁATNY	25,06	0,00	2966,49	0,01	116,38	0,00	2850,11	0,04	0,04	0,96	67,47	43,97	118,39	
5. INWALIDA WOJENNY	10,01	0,00	627,06	0,00	0,01	0,00	627,05	0,01	0,00	1,00	17,75	35,32	62,66	
6. INWALIDA WOJSKOWY	0,15	0,00	5,10	0,00	0,87	0,00	4,23	0,00	0,17	0,83	0,26	19,94	33,98	
7. ZHK	11,42	0,00	375,22	0,00	63,95	0,00	311,27	0,00	0,17	0,83	18,61	20,16	32,85	
8. AZ	0,00	0,00	0,05	0,00	0,04	0,00	0,01	0,00	0,70	0,30	0,00	22,56	24,66	
9. SENIOR 75+	274,49	0,02	13434,84	0,04	38,11	0,00	13396,74	0,18	0,00	1,00	489,01	27,47	48,95	
10. CIAŻA +	2,68	0,00	331,20	0,00	0,00	0,00	331,20	0,00	0,00	1,00	4,52	73,31	123,62	
11. NARKOTYKI	7,08	0,00	1559,76	0,00	693,50	0,00	866,26	0,01	0,44	0,56	11,76	132,68	220,34	
12. ŚRODKI POMOCNICZE	17,34	0,00	2915,38	0,01	1667,65	0,01	1247,73	0,02	0,57	0,43	92,74	31,44	168,17	
13. PEŁNOPŁATNE	2019,07	0,17	89748,00	0,24	89748,00	0,31	0,00	0,00	1,00	0,00	2639,27	34,00	44,45	
14. ODRĘCZNA	8137,92	0,67	176570,00	0,48	176570,00	0,60	0,00	0,00	1,00	0,00	8979,43	19,66	21,70	
15. RAZEM	12114,56	1,00	367500,00	1,00	294223,82	1,00	73276,18	1,00	0,80	0,20	14790,01	24,85	30,34	

Tab. 4. Średnia okresowa sprzedaż statystycznej apteki w rozbiu na rodzaje sprzedaży – średnia narastająca od początku roku

Rodzaj sprzedaży	Transakcje		Sprzedaż brutto		Opłata pacjenta		Refundacja		Udział wart. %		Opakowania		Śr. cena	Śr. cena
	Liczba	%	Wartość	%	Wartość	%	Wartość	%	Pac.	Ref.	Liczba	zł/opak.	zł/trans.	
1. U-R	651,23	0,07	38748,09	0,13	8357,35	0,04	30390,74	0,46	0,22	0,78	1075,30	36,03	59,50	
2. U-30	488,58	0,05	22883,03	0,08	9449,95	0,04	13433,09	0,21	0,41	0,59	812,31	28,17	46,84	
3. U-50	268,55	0,03	6980,88	0,02	3962,46	0,02	3018,43	0,05	0,57	0,43	341,04	20,47	25,99	
4. U-BEZPŁATNY	23,89	0,00	2665,65	0,01	110,28	0,00	2555,37	0,04	0,04	0,96	64,62	41,25	111,59	
5. INWALIDA WOJENNY	10,28	0,00	630,56	0,00	0,40	0,00	630,16	0,01	0,00	1,00	18,35	34,36	61,36	
6. INWALIDA WOJSKOWY	0,14	0,00	4,62	0,00	0,83	0,00	3,79	0,00	0,18	0,82	0,24	19,19	32,95	
7. ZHK	10,48	0,00	340,18	0,00	60,47	0,00	279,70	0,00	0,18	0,82	17,23	19,74	32,46	
8. AZ	0,00	0,00	0,04	0,00	0,00	0,00	0,03	0,00	0,09	0,91	0,00	16,97	25,30	
9. SENIOR 75+	265,55	0,03	12808,44	0,04	33,32	0,00	12775,12	0,20	0,00	1,00	474,73	26,98	48,23	
10. CIAŻA +	2,58	0,00	321,62	0,00	0,19	0,00	321,43	0,00	0,00	1,00	4,37	73,56	124,67	
11. NARKOTYKI	5,66	0,00	1243,52	0,00	462,04	0,00	781,48	0,01	0,37	0,63	9,84	126,43	219,63	
12. ŚRODKI POMOCNICZE	16,50	0,00	2660,61	0,01	1478,28	0,01	1182,33	0,02	0,56	0,44	79,69	33,39	161,26	
13. PEŁNOPŁATNE	1685,05	0,17	75698,58	0,26	75696,74	0,33	1,85	0,00	1,00	0,00	2280,01	33,20	44,92	
14. ODRĘCZNA	6338,83	0,65	130555,83	0,44	130555,81	0,57	0,02	0,00	1,00	0,00	7299,03	17,89	20,60	
15. RAZEM	9767,32	1,00	295541,67	1,00	230168,13	1,00	65373,53	1,00	0,78	0,22	12476,76	23,69	30,26	

Tab. 5. Średnia miesięczna sprzedaż statystycznej apteki w rozbiu na grupy sprzedaży – grudzień 2022

Rodzaj sprzedaży	Transakcje		Sprzedaż brutto		Opłata pacjenta		Refundacja		Udział wart. %		Opakowania		Śr. cena	Śr. cena
	Liczba	%	Wartość	%	Wartość	%	Wartość	%	Pac.	Ref.	Liczba	zł/opak.	zł/trans.	
1. Recepty ref. całość	1940	0,16	98267	0,27	26238	0,09	72028	0,98	0,27	0,73	3079	31,92	50,65	
2. Recepty pełnopłatne	2019	0,17	89748	0,24	89748	0,31	0	0,00	1,00	0,00	2639	34,00	44,45	
3. Sprzedaż odręczna	8138	0,67	176570	0,48	176570	0,60	0	0,00	1,00	0,00	8979	19,66	21,70	
4. Inne pozycje (wnioski)	17	0,00	2915	0,01	1668	0,01	1248	0,02	0,57	0,43	93	31,44	168,17	
5. RAZEM	12115	1,00	367500	1,00	294224	1,00	73276	1,00	0,80	0,20	14790	24,85	30,34	

Tab. 6. Średnia okresowa sprzedaż statystycznej apteki w rozbiu na grupy sprzedaży – zestawienie narastające od początku roku

Rodzaj sprzedaży	Transakcje		Sprzedaż brutto		Opłata pacjenta		Refundacja		Udział wart. %		Opakowania		Śr. cena	Śr. cena
	Liczba	%	Wartość	%	Wartość	%	Wartość	%	Pac.	Ref.	Liczba	zł/opak.	zł/trans.	
1. Recepty ref. całość	1726,94	0,18	86626,64	0,29	22437,31	0,10	64189,33	0,98	0,26	0,74	2818,03	30,74	50,16	
2. Recepty pełnopłatne	1685,05	0,17	75698,58	0,26	75696,74	0,33	1,85	0,00	1,00	0,00	2280,01	33,20	44,92	
3. Sprzedaż odręczna	6338,83	0,65	130555,83	0,44	130555,81	0,57	0,02	0,00	1,00	0,00	7299,03	17,89	20,60	
4. Inne pozycje (wnioski)	16,50	0,00	2660,61	0,01	1478,28	0,01	1182,33	0,02	0,56	0,44	79,69	33,39	161,26	
5. RAZEM	9767,32	1,00	295541,67	1,00	230168,13	1,00	65373,53	1,00	0,78	0,22	12476,76	23,69	30,26	

Tab. 7. Prognoza rocznej sprzedaży w statystycznej aptece w rozbiu na grupy sprzedaży

Rodzaj sprzedaży	Transakcje		Sprzedaż brutto		Opłata pacjenta		Refundacja		Udział wart. %		Opakowania		Śr. cena	Śr. cena
	Liczba	%	Wartość	%	Wartość	%	Wartość	%	Pac.	Ref.	Liczba	zł/opak.	zł/trans.	
1. Recepty ref. całość	20723,26	0,18	1039519,63	0,29	269247,66	0,10	770271,97	0,98	0,26	0,74	33816,31	30,74	50,16	
2. Recepty pełnopłatne	20220,56	0,17	908383,00	0,26	908360,86	0,33	22,14	0,00	1,00	0,00	27360,15	33,20	44,92	
3. Sprzedaż odręczna	76066,00	0,65	1566670,00	0,44	1566669,72	0,57	0,28	0,00	1,00	0,00	87588,37	17,89	20,60	
4. Inne pozycje (wnioski)	197,98	0,00	31927,37	0,01	17739,37	0,01	14188,00	0,02	0,56	0,44	956,34	33,39	161,26	
5. RAZEM	117207,80	1,00	3546500,00	1,00	2762017,61	1,00	784482,39	1,00	0,78	0,22	149721,16	23,69	30,26	

Tab. 8. Prognoza rocznej sprzedaży w rozbiu na grupy sprzedaży z uwzględnieniem zmieniającej się w ciągu roku liczby aptek – cały rynek apteczny

Rodzaj sprzedaży	Transakcje		Sprzedaż brutto		Opłata pacjenta		Refundacja		Udział wart. %		Opakowania		Śr. cena	Śr. cena
	Liczba	%	Wartość	%	Wartość	%	Wartość	%	Pac.	Ref.	Liczba	zł/opak.	zł/trans.	
1. Recepty ref. całość	269153758	0,18	13500348384	0,29	3496679492	0,10	10003668891	0,98	0,26	0,74	439225629	30,74	50,16	
2. Recepty pełnopłatne	262622035	0,17	11796733740	0,26	11796443380	0,33	290360	0,00	1,00	0,00	355368527	33,20	44,92	
3. Sprzedaż odręczna	987901677	0,65	20344283453	0,44	20344279833	0,57	3620	0,00	1,00	0,00	1137672531	17,88	20,59	
4. Inne pozycje (wnioski)	2571436	0,00	414610423	0,01	230331290	0,01	184279133	0,02	0,56	0,44	12416420	33,39	161,24	
5. RAZEM	1522248906	1,00	46055976000	1,00	35867733996	1,00	10188242004	1,00	0,78	0,22	1944683107	23,68	30,26	

Sprzedaż testów ciążowych



Jednym ze sposobów wykrywania ciąży jest wykonanie testu ciążowego zakupionego w aptece. Pacjenci mają do wyboru trzy rodzaje testów – płytkowy, strumieniowy, bądź paskowy. Każdy z nich charakteryzuje się wysoką czułością oraz blisko 100-procentową skutecznością, pod warunkiem prawidłowego wykonania badania. Od kilku lat w aptekach są dostępne także testy cyfrowe, które co prawda są droższe, ale ich czułość jest większa.

Działanie wszystkich wymienionych testów dostępnych w aptekach opiera się na wykrywaniu w moczu gonadotropiny kosmówkowej (hCG). Organizm produkuje ten hormon w sytuacji, kiedy kobieta jest w ciąży. Na podstawie stężenia hCG, testy elektroniczne wyróżniające się większą czułością (i droższe) są w stanie określić tydzień ciąży.

Testy ciążowe dostępne są także poza aptekami: w marketach, drogeriach i sklepach internetowych. Zakup poza aptekami jest motywowany większą anonimowością, zwłaszcza w mniejszych miejscowościach. W jednym opakowaniu znajdują się najczęściej 1–2 testy.

WSKAŹNIKI SPRZEDAŻY APTECZNEJ. ROK 2022 I ZMIANA % W STOSUNKU DO ROKU 2002

WARTOŚĆ SPRZEDAŻY



39 174 032 zł

+ 64%

IŁOŚĆ SPRZEDAŻY



3 939 164

+ 104%

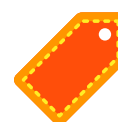
ASORTYMENT



189

+ 372%

ŚREDNIA CENA



9,94 zł

– 20%

Inflacja w tym okresie: 53%

INFORMACJE DODATKOWE

W 2022 roku zmarło w Polsce około 450 tys. osób, a urodziło się 305 tys. dzieci.

W listopadzie 2022 roku urodziło się rekordowo mało dzieci – tylko 23 tys. (najmniej od zakończenia II wojny światowej). Współczynnik dzietności szybko się obniża, a prognozy nie wskazują na poprawę sytuacji. Dzietności nie poprawiło nawet wprowadzenie programu 500+ w 2019 roku.

Ruch naturalny ludności

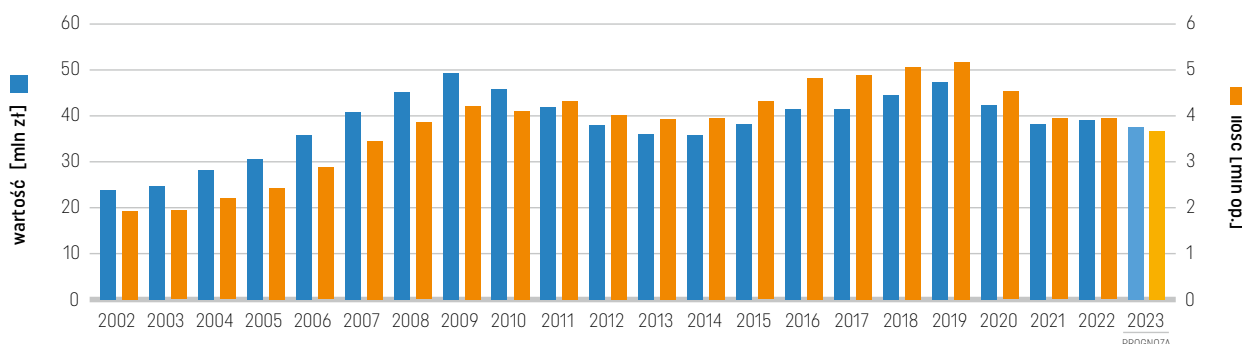


Już nie 38 mln. Liczba ludności Polski z końcem 2022 r. spadła do 37,76 mln osób. Oznacza to spadek o ok. 141 tys. w stosunku do 2021 roku.



Sprzedaż testów ciążowych a liczba urodzeń. Nie ma między nimi prostej korelacji. Liczba sprzedaży wiąże się też m.in. z trendami społecznymi.

SPRZEDAŻ IŁOŚCIOWA I WARTOŚCIOWA W LATACH 2002–2022





Eksperci OSOZ przeanalizowali, jak kształtuje się sprzedaż testów ciążowych – płytkowych, strumieniowych, paskowych i elektronicznych – w aptekach.

Opis rynku

W pierwszym okresie analiz, przypadającym na 2002 rok, pacjenci zapłacili za testy ciążowe zakupione w aptekach 23,84 mln zł. Do 2009 roku wartość sprzedaży systematycznie wzrastała z roku na rok, największy wzrost miał miejsce w 2006 roku i wynosił 16,83%. W 2009 roku wartość sprzedaży była maksymalna i wynosiła 49,37 mln zł. Następnie, w latach 2010–2014 wartość sprzedaży spadała, a w latach 2015–2019 ponownie wzrastała. W roku 2020 oraz 2021 miały miejsce dwa największe spadki wynoszące kolejno 10,26% oraz 9,79%. W minionym, 2022 roku, za testy ciążowe zakupione w aptekach pacjenci zapłacili 39,17 mln zł – o 2,35% więcej niż w roku poprzednim oraz o 60,51% więcej niż w pierwszym okresie analiz. Sprzedaż testów ciążowych kształtowała się w zbliżony sposób jak wartość sprzedaży. W 2002 roku wyno-

siła 1,93 mln opakowań. W latach 2004–2009 systematycznie wzrastała. Największe wzrosty miały miejsce w 2006 oraz 2007 roku i wynosiły kolejno 18,11% oraz 19,79%. Także w latach 2014–2019 sprzedaż wzrastała z roku na rok, a w 2019 roku osiągnęła maksymalny poziom równy 5,17 mln opakowań. W latach 2020–2021 miały miejsce największe spadki wynoszące każdorazowo ponad 12%. W 2022 roku pacjenci zakupili w aptekach otwartych 3,94 mln testów ciążowych – to o 0,04% mniej niż w roku poprzednim oraz o 104,69% więcej niż w pierwszym roku analiz.

Średniomiesięczna wartość sprzedaży testów ciążowych wyliczona na podstawie danych z dwóch ostatnich dekad pokazuje, że sprzedaż tej grupy produktów aptecznych nie podlega sezonowości. W lutym osiąga najniższą wartość wynoszącą 2,87 mln zł, natomiast w styczniu osiąga wartość najwyższą równą 3,57 mln zł.

Tab. 1. Liczba produktów wprowadzonych na rynek w poszczególnych latach, będących do dzisiaj w ofercie oraz średnia cena dla tych produktów. Liczba produktów wycofanych z rynku w poszczególnych latach oraz średnia cena dla tych produktów

	Liczba badanych produktów	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Produkty będące w ofercie w latach 2002–2022	10	12,31	12,77	12,98	12,84	12,68	12,71	12,77	12,78	12,27	10,94	10,52	10,56	10,44	10,15	9,47	9,56	9,58	9,84	10,26	10,75	11,13
Produkty będące w ofercie w latach 2003–2022 a nie będące w ofercie w 2002 roku	1		7,80	8,37	8,68	8,90	8,69	8,76	8,93	8,58	9,32	10,21	9,74	8,59	7,66	8,02	9,05	8,16	7,64	24,51	8,37	8,50
Produkty będące w ofercie w latach 2004–2022 a nie będące w ofercie w latach 2002–2003	3			12,43	12,52	12,73	12,69	13,10	13,21	12,99	10,54	9,71	9,24	9,37	9,21	8,85	8,70	8,94	9,35	9,69	10,05	10,67
Produkty będące w ofercie w latach 2005–2022 a nie będące w ofercie w latach 2002–2004	1				13,62	13,70	14,22	14,45	15,36	15,31	15,17	14,21	14,00	10,57	9,72	9,81	9,82	9,51	9,64	8,93	7,94	8,22
Produkty będące w ofercie w latach 2006–2022 a nie będące w ofercie w latach 2002–2005	7					11,81	7,49	8,29	7,86	7,93	8,27	8,53	8,41	8,35	8,05	7,73	7,96	8,51	9,08	9,17	9,17	8,77
Produkty będące w ofercie w latach 2007–2022 a nie będące w ofercie w latach 2002–2006	6						9,70	10,08	10,03	9,48	9,31	10,83	11,10	9,61	9,66	8,43	8,82	9,15	8,66	9,36	8,46	8,61
Produkty będące w ofercie w latach 2008–2022 a nie będące w ofercie w latach 2002–2007	1							10,93	6,87	5,64	5,19	5,15	5,47	5,46	5,85	6,04	6,11	6,26	5,82	6,42	7,08	7,66
Produkty będące w ofercie w latach 2009–2022 a nie będące w ofercie w latach 2002–2008	2								6,78	7,57	7,47	7,38	7,75	7,08	7,26	7,25	7,89	8,28	8,31	8,33	8,61	8,63
Produkty będące w ofercie w latach 2010–2022 a nie będące w ofercie w latach 2002–2009	5									12,66	9,52	9,94	8,58	8,68	8,13	6,77	7,52	7,71	8,12	8,76	8,86	9,12
Produkty będące w ofercie w latach 2011–2022 a nie będące w ofercie w latach 2002–2010	7										7,19	8,46	8,92	9,42	10,21	10,24	10,30	10,25	10,93	10,27	9,17	10,25
Produkty będące w ofercie w latach 2012–2022 a nie będące w ofercie w latach 2002–2011	7											8,91	8,59	8,56	7,71	7,02	7,51	7,91	8,04	8,65	8,66	9,00
Produkty będące w ofercie w latach 2013–2022 a nie będące w ofercie w latach 2002–2012	2												6,41	7,55	8,31	128,20	181,33	120,37	115,00	146,70	80,43	57,01
Produkty będące w ofercie w latach 2014–2022 a nie będące w ofercie w latach 2002–2013	3													8,54	9,00	9,30	10,11	10,18	10,33	9,99	11,13	12,99
Produkty będące w ofercie w latach 2015–2022 a nie będące w ofercie w latach 2002–2014	8														7,00	7,18	7,46	7,39	7,59	7,73	7,77	8,12
Produkty będące w ofercie w latach 2016–2022 a nie będące w ofercie w latach 2002–2015	7															8,03	8,39	8,66	9,12	9,77	9,88	10,12
Produkty będące w ofercie w latach 2017–2022 a nie będące w ofercie w latach 2002–2016	11																10,88	9,21	9,58	9,08	8,55	9,17
Produkty będące w ofercie w latach 2018–2022 a nie będące w ofercie w latach 2002–2017	13																	14,49	12,05	12,65	11,81	9,55
Produkty będące w ofercie w latach 2019–2022 a nie będące w ofercie w latach 2002–2018	10																		7,27	7,69	8,48	9,37
Produkty będące w ofercie w latach 2020–2022 a nie będące w ofercie w latach 2002–2019	17																			10,10	11,01	11,24
Produkty będące w ofercie w latach 2021–2022 a nie będące w ofercie w latach 2002–2020	21																				11,75	11,83
Produkty będące w ofercie w 2022 roku a nie będące w ofercie w latach 2002–2021	16																					9,34

	Liczba badanych produktów	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Produkty będące w ofercie w latach 2002–2022	10	12,31	12,77	12,98	12,84	12,68	12,71	12,77	12,78	12,27	10,94	10,52	10,56	10,44	10,15	9,47	9,56	9,58	9,84	10,26	10,75	11,13
Produkty będące w ofercie w latach 2002–2021 a nie będące w ofercie w 2022 roku	2	12,19	12,60	12,30	12,38	12,60	11,92	11,72	12,03	10,67	12,27	12,49	13,03	12,86	13,03	12,11	10,10	10,27	10,73	10,42	11,76	
Produkty będące w ofercie w latach 2002–2020 a nie będące w ofercie w 2022 roku	1	12,27	11,22	12,08	12,57	12,37	13,46	13,48	11,57	13,49	13,09	13,00	12,80	13,00	12,63	12,52	12,36	12,81	13,00	13,00		
Produkty będące w ofercie w latach 2002–2019 a nie będące w ofercie w 2022 roku	0	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–			
Produkty będące w ofercie w latach 2002–2018 a nie będące w ofercie w latach 2019–2022	1	11,25	11,07	17,52	13,05	11,43	10,21	10,89	10,72	9,23	8,49	8,57	6,95	6,49	6,54	6,74	5,69	6,76				
Produkty będące w ofercie w latach 2002–2017 a nie będące w ofercie w latach 2018–2022	1	12,53	12,42	12,50	12,52	12,73	12,50	12,49	12,61	12,27	9,75	9,71	10,20	9,93	9,77	9,84	9,69					
Produkty będące w ofercie w latach 2002–2016 a nie będące w ofercie w latach 2017–2022	2	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–						
Produkty będące w ofercie w latach 2002–2015 a nie będące w ofercie w latach 2016–2022	0	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–							
Produkty będące w ofercie w latach 2002–2014 a nie będące w ofercie w latach 2015–2022	0	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–								
Produkty będące w ofercie w latach 2002–2013 a nie będące w ofercie w latach 2014–2022	0	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–									
Produkty będące w ofercie w latach 2002–2012 a nie będące w ofercie w latach 2013–2022	0	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–										
Produkty będące w ofercie w latach 2002–2011 a nie będące w ofercie w latach 2012–2022	0	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–											
Produkty będące w ofercie w latach 2002–2010 a nie będące w ofercie w latach 2011–2022	0	–	–	–	–	–	–	–	–	–												
Produkty będące w ofercie w latach 2002–2009 a nie będące w ofercie w latach 2010–2022	0	–	–	–	–	–	–	–	–													
Produkty będące w ofercie w latach 2002–2008 a nie będące w ofercie w latach 2009–2022	0	–	–	–	–	–	–	–														
Produkty będące w ofercie w latach 2002–2007 a nie będące w ofercie w latach 2008–2022	0	–	–	–	–	–	–															
Produkty będące w ofercie w latach 2002–2006 a nie będące w ofercie w latach 2007–2022	0	–	–	–	–	–																
Produkty będące w ofercie w latach 2002–2005 a nie będące w ofercie w latach 2006–2022	0	–	–	–	–																	
Produkty będące w ofercie w latach 2002–2004 a nie będące w ofercie w latach 2005–2022	0	–	–	–																		
Produkty będące w ofercie w latach 2002–2003 a nie będące w ofercie w latach 2004–2022	0	–	–																			
Produkty będące w ofercie w 2002 roku a nie będące w ofercie w latach 2003–2022	0	–																				

Średnia cena pojedynczego testu ciążowego w pierwszych latach analiz (od 2002 do 2010) kształtowała się na poziomie około 11–13 zł. Najwięcej za test ciążowy pacjenci płacili w 2004 roku – 12,85 zł. Natomiast w latach 2011–2022 średnia cena nie przekraczała 10 zł. Do

2017 roku miały miejsce głównie spadki na wartości średniej ceny i w 2017 roku była ona najniższa, wynosiła 8,50 zł. W ostatnich latach (2018–2022) z roku na rok pacjenci płacą coraz więcej za testy ciążowe. Wzrosty liczone rok do roku wynosiły po kilka procent. W ostat-

Tab. 2. Roczne zestawienie sprzedaży testów ciążowych w latach 2002–2022 oraz prognoza na lata 2023–2024

Rok	Wartość sprzedaży (zł)	Liczba sprzedanych opakowań	Średnia cena za pojedyncze opakowanie (zł)	Wartość sprzedaży na jeden produkt (zł)	Liczba sprzedanych opakowań na jeden produkt	Liczba produktów będących w ofercie	Procentowa zmiana wartości w stosunku do roku poprzedniego	Procentowa zmiana liczby w stosunku do roku poprzedniego
2002	23 844 109	1 925 257	12,38	596 103	48 131	40		
2003	24 761 217	1 933 522	12,80	687 812	53 709	36	3,85%	0,43%
2004	28 252 973	2 198 052	12,85	642 113	49 956	44	14,10%	13,68%
2005	30 588 759	2 433 088	12,57	493 367	39 243	62	8,27%	10,69%
2006	35 736 302	2 873 633	12,44	482 923	38 833	74	16,83%	18,11%
2007	40 893 542	3 442 269	11,88	475 506	40 026	86	14,43%	19,79%
2008	45 171 690	3 854 751	11,72	465 688	39 740	97	10,46%	11,98%
2009	49 369 008	4 205 328	11,74	514 260	43 805	96	9,29%	9,09%
2010	45 828 320	4 106 468	11,16	436 460	39 109	105	-7,17%	-2,35%
2011	41 800 221	4 325 675	9,66	373 216	38 622	112	-8,79%	5,34%
2012	37 981 448	4 019 689	9,45	365 206	38 651	104	-9,14%	-7,07%
2013	36 030 563	3 921 683	9,19	313 309	34 102	115	-5,14%	-2,44%
2014	35 823 914	3 955 738	9,06	265 362	29 302	135	-0,57%	0,87%
2015	38 154 625	4 312 224	8,85	256 071	28 941	149	6,51%	9,01%
2016	41 474 986	4 824 263	8,60	274 669	31 949	151	8,70%	11,87%
2017	41 545 490	4 889 881	8,50	237 403	27 942	175	0,17%	1,36%
2018	44 500 690	5 069 341	8,78	250 004	28 479	178	7,11%	3,67%
2019	47 277 873	5 173 035	9,14	278 105	30 430	170	6,24%	2,05%
2020	42 428 562	4 528 550	9,37	237 031	25 299	179	-10,26%	-12,46%
2021	38 273 251	3 940 856	9,71	199 340	20 525	192	-9,79%	-12,98%
2022	39 174 032	3 939 164	9,94	207 270	20 842	189	2,35%	-0,04%
2023	37 487 076	3 672 926	10,21	—	—	—	-4,31%	-6,76%
2024	37 983 714	3 701 994	10,26	—	—	—	1,32%	0,79%

Rys. 1. Wartość sprzedaży testów ciążowych w latach 2002–2022 oraz prognoza na lata 2023–2024



Rys. 2. Liczba opakowań testów ciążowych sprzedanych w aptekach w latach 2018–2022 oraz prognoza na lata 2023–2024



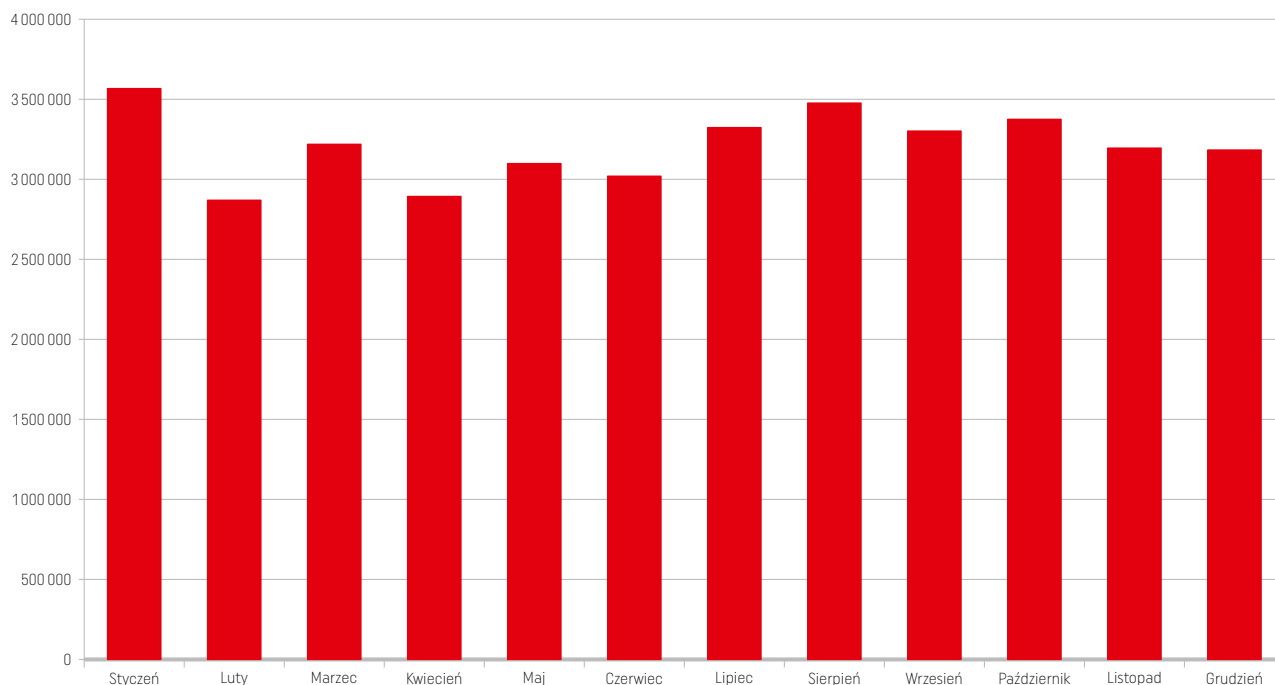
Rys. 3. Średnia cena opakowania testu ciążowego dostępnego w aptekach w latach 2002–2022 oraz prognoza na lata 2023–2024



Rys. 4. Liczba różnych opakowań testów ciążowych dostępnych w aptekach w latach 2002–2022



Rys. 5. Średnia miesięczna wartość sprzedaży w latach 2018–2022



nim roku analiz, średnia cena testu ciążowego była równa 9,94 zł – o 2,40% więcej niż w roku poprzednim oraz o 21,58% mniej niż w pierwszym roku analiz.

Asortyment testów ciążowych na przełomie ostatnich 20 lat, zdecydowanie poszerzył się. W 2002 roku pacjenci mogli wybierać spośród 40 różnych testów aptecznych. W 2022 roku ta liczba wynosiła już 189. Najwięcej nowych testów ciążowych pojawiło się na rynku aptecznym w 2005, 2014 oraz 2017 roku (kolejno 18, 20 i 24 nowe testy).

W ostatnich latach ilość i wartość sprzedaży podlegały różnym trendom – z roku na rok miały miejsce zarówno wzrosty jak i spadki. W 2020 oraz 2021 roku odnotowano największe spadki w całym okresie analiz. Jednak średniej cenie sprzedaży od 2018 roku stale towarzyszy trend rosnący. Poniżej znajdują się dane prognozowane na 2023 oraz 2024 rok.

Trendy przyszłości

Zgodnie z prognozami, wartość sprzedaży w 2023 roku ukształtuje się na poziomie 37,49 mln zł (spadek o 4,31%). W 2024 roku nastąpi wzrost o 1,32%, a wartość sprzedaży wyniesie 37,98 mln zł.

Analogiczne zmiany nastąpią na ilości sprzedaży. W 2023 roku pojawi się spadek wynoszący 6,76%, a sprzedaż wyniesie wówczas 3,67 mln opakowań. W 2024 roku ilość sprzedaży będzie równa 3,70 mln opakowań, co jest jednoznaczne ze wzrostem o 0,79% w porównaniu do roku poprzedniego.

Trend rosnący towarzyszący średniej cenie od 2018 roku zostanie utrzymany w najbliższych latach. W 2023

roku wzrost wyniesie 2,63%, a w kolejnym 2024 roku – 0,53%. Tym samym w dwóch kolejnych latach prognozowana średnia cena ukształtuje się na poziomie równym kolejno 10,21 zł oraz 10,26 zł.

Podsumowanie

W 2022 roku pacjenci zakupili prawie 4 mln testów ciążowych. Wartość sprzedaży w minionym roku wynosiła prawie 40 mln zł. Te wyniki pozwalają na łatwe wyliczenie średniej ceny, która kształtowała się na poziomie około 10 zł. Najbliższe lata nie przyniosą dużych zmian. W 2023 roku ilość i wartość sprzedaży spadną o kilka punktów procentowych, a w 2024 roku nieznacznie wzrosną. Średnia cena za pojedynczy test ciążowy utrzyma trend rosnący, lecz same wzrosty będą nieznaczne.

Porównując dane sprzedaży testów ciążowych z liczbą urodzeń, widać wyraźną korelację. Po szczycie urodzeń na przełomie 2017 i 2018 roku, w kolejnych latach widoczne są wyraźne spadki, co także odbija się na ilości sprzedaży testów. Kolejnym szczytem były lata 2008–2011, po których nastąpił okres spadkowy. Statystycznie, najwięcej testów ciążowych sprzedaje się w styczniu oraz sierpniu. ●

Metodologia prognoz

W celu wyliczenia prognozy sprzedaży testów ciążowych w 2023 oraz 2024 roku zastosowano sezonową metodę prognozowania z zastosowaniem wahań multiplikatywnych. Przy obliczeniach założono, iż nie wystąpią żadne czynniki mogące w gwałtowny sposób zmienić tendencję sprzedaży (gwałtowne wzrost lub spadki).

Czy wiesz jak chronić dane w placówce ochrony zdrowia?

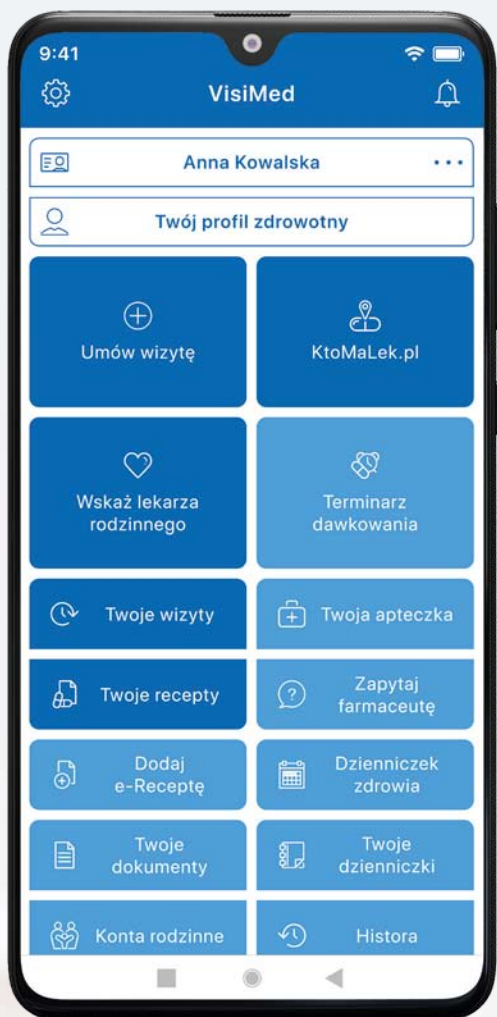
Czasopismo OSOZ prezentuje nowy raport i webinar „Cyberbezpieczeństwo i RODO w placówkach ochrony zdrowia”

Dowiedz się więcej na temat:

- Aktualnych wymagań RODO
- Metod działania cyberprzestępców
- Kar UODO
- Zaleceń dla ochrony zdrowia
- Przetwarzania danych
- Szkoleń personelu
- Ochrony e-dokumentacji

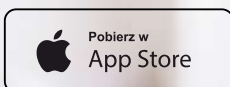
Pobierz bezpłatny przewodnik na **blog.osoz.pl**





Dbaj o zdrowie z aplikacją

VisiMed



visimed.osoz.pl

