



RAPORT: LICZYMY SIĘ Z NASZYM ZDROWIEM - DEBATA MEDYCZNEJ RACJI STANU

Medyczna Racja Stanu jest think tankiem powstałym z inicjatywy: Instytutu Studiów Politycznych Polskiej Akademii Nauk, Polskiej Unii Onkologii, Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce i Green Communication celem łączenia opiniotwórczych osób, środowisk i instytucji wokół wyzwań związanych z kondycją zdrowotną Polaków i wypracowywania zgody politycznej na niezbędne zmiany w systemie ochrony zdrowia.



Warszawa
20 kwietnia 2023 r.

Raport pt. Liczymy się z naszym zdrowiem. Debata Medycznej Racji Stanu. Medyczna Racja Stanu, Kwiecień 2023.

ISBN: 978-83-965731-7-9

Redakcja naukowa: Dr n. med. Jakub Gierczyński, MBA

Autorzy wypowiedzi w kolejności alfabetycznej:

1. Prof. Mariusz Bidziński, Konsultant krajowy w dziedzinie ginekologii onkologicznej, Kierownik Kliniki Ginekologii Onkologicznej Narodowego Instytutu Onkologii w Warszawie
2. Michał Byliniak, Dyrektor Generalny Związku Pracodawców Innowacyjnych Firm Farmaceutycznych INFARMA
3. Prof. Leszek Czupryniak, Kierownik Kliniki Diabetologii i Chorób Wewnętrznych WUM
4. Ksiądz Władysław Duda, Dyrektor Archidiecezjalnego Zespołu Domowej Opieki Paliatywnej w Warszawie, Duszpasterz Warszawskiej Służby Zdrowia
5. Dr Michał Dziągiewski, Dyrektor Departamentu Lecznictwa w Ministerstwie Zdrowia
6. Prof. Ryszard Gellert, Konsultant krajowy w dziedzinie nefrologii
7. Dr Jakub Gierczyński, MBA, Ekspert systemu ochrony zdrowia
8. Prof. Brygida Kwiatkowska, Konsultant krajowa w dziedzinie reumatologii, Kierownik Kliniki Wczesnego Zapalenia Stawów Narodowego Instytutu Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji w Warszawie
9. Prof. Anna Latos-Bieleńska, Konsultant krajowy w dziedzinie genetyki klinicznej, Przewodnicząca Rady ds. Chorób Rzadkich
10. Prof. Jan Lubiński, Kierownik Międzynarodowego Centrum Nowotworów Dziedzicznych Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie
11. Dr Krzysztof Łanda, założyciel Fundacji Watch Health Care, Prezes HTA FORMEDIS Sp. z o.o.
12. Krzysztof Kopeć, Prezes Polskiego Związku Pracodawców Przemysłu Farmaceutycznego
13. Mariusz Kordecki, Zewnętrzny ekspert kliniczny HTA TUV NORD Polska
14. Dr hab. n. med. Adam Maciejczyk, Przewodniczący Rady Przejrzystości AOTMiT, Dyrektor Dolnośląskiego Centrum Onkologii, Pulmonologii i Hematologii we Wrocławiu
15. Prof. Artur Mamcarz, Kierownik III Kliniki Chorób Wewnętrznych i Kardiologii Wydziału Lekarskiego WUM, Członek Zarządu Polskiego Towarzystwa Medycyny Stylu Życia i Polskiego Towarzystwa Leczenia Otyłości
16. Dr Janusz Meder, Prezes Polskiej Unii Onkologii, Narodowy Instytut Onkologii w Warszawie
17. Mec. Piotr Mierzejewski, Dyrektor Zespołu Prawa Administracyjnego i Gospodarczego, współprzewodniczący Komisji Ekspertów do Spraw Zdrowia, współprzewodniczący Komisji Ekspertów ds. Ochrony Zdrowia Psychicznego przy Rzeczniku Praw Obywatelskich
18. Prof. Przemysław Mitkowski, Prezes Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego
19. Prof. Barbara Radecka, Kierownik Kliniki Onkologii z Odcinkiem Dziennym w Opolskim Centrum Onkologii
20. Prof. Konrad Rejda, Prezes Polskiego Towarzystwa Neurologicznego, Kierownik Katedry i Kliniki Neurologii UM w Lublinie
21. Redaktor Iwona Schymalla, Medexpress, Służba Zdrowia
22. Prof. Krzysztof Tomaszewicz, Kierownik Katedry i Kliniki Chorób Zakaźnych Uniwersytetu Medycznego w Lublinie
23. Prof. Gertruda Uścińska, Prezes Zakładu Ubezpieczeń Społecznych
24. Prof. Mariusz Wyleźoń, Wiceprezes Polskiego Towarzystwa Leczenia Otyłości
25. Prof. Lucjan Wyrwicz, Kierownik Kliniki Onkologii i Radioterapii, Narodowy Instytut Onkologii Państwowy Instytut Badawczy
26. Prof. Zbigniew Żuber, Kierownik Katedry Pediatrii KAAFM, Przewodniczący Rady Ekspertów ds. Chorób Rzadkich Medycznej Racji Stanu.

Organizacja Debaty i koordynacja ze strony Medycznej Racji Stanu: Anna Jasińska, Grażyna Mierzejewska.

Wykorzystanie treści raportu pod warunkiem podania źródła: *Raport pt. Liczymy się z naszym zdrowiem. Debata Medycznej Racji Stanu. Medyczna Racja Stanu, Kwiecień 2023.*

Spis treści

1. Medyczna Racja Stanu – misja i działania	2
2. Wprowadzenie, Anna Jasińska, Grażyna Mierzejewska, Medyczna Racja Stanu.....	11
3. Stanowiska ekspertów przedstawione w trakcie spotkania.....	13
Redaktor Iwona Schymalla, Medexpress, Służba Zdrowia	13
Dr hab. n. med. Adam Maciejczyk, Przewodniczący Rady Przejrzystości AOTMiT, Dyrektor Dolnośląskiego Centrum Onkologii, Pulmonologii i Hematologii we Wrocławiu	13
Dr Janusz Meder, Prezes Polskiej Unii Onkologii, Narodowy Instytut Onkologii w Warszawie, MRS...	14
Prof. Gertruda Uścińska, Prezes Zakładu Ubezpieczeń Społecznych	14
Prof. Leszek Czupryniak, Kierownik Kliniki Diabetologii i Chorób Wewnętrznych WUM.....	15
Prof. Mariusz Bidziński, Konsultant krajowy w dziedzinie ginekologii onkologicznej, Kierownik Kliniki Ginekologii Onkologicznej Narodowego Instytutu Onkologii w Warszawie	19
Prof. Krzysztof Tomaszewicz, Kierownik Katedry i Kliniki Chorób Zakaźnych Uniwersytetu Medycznego w Lublinie	20
Prof. Artur Mamcarz, Kierownik III Kliniki Chorób Wewnętrznych i Kardiologii Wydziału Lekarskiego WUM, Członek Zarządu Polskiego Towarzystwa Medycyny Stylu Życia i Polskiego Towarzystwa Leczenia Otyłości	21
Prof. Mariusz Wyleżół, Wiceprezes Polskiego Towarzystwa Leczenia Otyłości	23
Prof. Przemysław Mitkowski, Prezes Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego	24
Prof. Barbara Radecka, Kierownik Kliniki Onkologii z Odcinkiem Dziennym w Opolskim Centrum Onkologii.....	25
Dr Michał Dziegielewski, Dyrektor Departamentu Lecznictwa w Ministerstwie Zdrowia	27
Prof. Jan Lubiński, Kierownik Międzynarodowego Centrum Nowotworów Dziedzicznych Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie.....	29
Prof. Anna Latos-Bieleńska, Konsultant krajowy w dziedzinie genetyki klinicznej, Przewodnicząca Rady ds. Chorób Rzadkich	29
Prof. Lucjan Wyrwicz, Kierownik Kliniki Onkologii i Radioterapii, Narodowy Instytut Onkologii Państwowy Instytut Badawczy	31
Mec. Piotr Mierzejewski, Dyrektor Zespołu Prawa Administracyjnego i Gospodarczego w BRPO, Współprzewodniczący Komisji Ekspertów ds. Zdrowia przy Rzeczniku Praw Obywatelskich, Współprzewodniczący Komisji Ekspertów ds. Ochrony Zdrowia Psychicznego przy Rzeczniku Praw Obywatelskich	32
Prof. Konrad Rejdak, Prezes Polskiego Towarzystwa Neurologicznego, Kierownik Katedry i Kliniki Neurologii UM w Lubinie.....	33
Dr Krzysztof Łanda, Założyciel Fundacji Watch Health Care, Prezes HTA FORMEDIS Sp. z o.o.....	34

Prof. Brygida Kwiatkowska, Konsultant krajowa w dziedzinie reumatologii, Kierownik Kliniki Wczesnego Zapalenia Stawów Narodowego Instytutu Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji w Warszawie	35
Prof. Zbigniew Żuber, Kierownik Katedry Pediatrii KAAFm, Przewodniczący Rady Ekspertów ds. Chorób Rzadkich Medycznej Racji Stanu.....	36
Prof. Ryszard Gellert, Konsultant krajowy w dziedzinie nefrologii	36
Ksiądz Władysław Duda, Dyrektor Archidiecezjalnego Zespołu Domowej Opieki Paliatywnej w Warszawie, Duszpasterz Warszawskiej Służby Zdrowia.....	36
Michał Byliniak, Dyrektor Generalny Związku Pracodawców Innowacyjnych Firm Farmaceutycznych INFARMA	38
Krzysztof Kopeć, Prezes Polskiego Związku Pracodawców Przemysłu Farmaceutycznego.....	39
Mariusz Kordecki, zewnętrzny ekspert kliniczny HTA TUV NORD Polska	40
Dr Jakub Gierczyński, Ekspert systemu ochrony zdrowia.....	41
4. Wnioski i rekomendacje	42
5. Kluczowe informacje przy gotowane na debatę przez Medyczną Rację Stanu z zakresu chorób autoimmunologicznych.	43
Niezaspokojone potrzeby w leczeniu raka piersi w aspekcie refundacji abemacyklibu	44
Refundacja systemu do ciągłego pomiaru glikemii metodą skanowania (isCGM) - FreeStyle Libre (FSL) u kobiet ciężarnych z cukrzycą ciążową, nie wymagających stosowania insuliny	46
Rozszerzenie refundacji flozyn w przewlekłej chorobie nerek oraz niewydolności serca z zachowaną frakcją wyrzutową oraz wprowadzenie flozyn na listę 75+.....	48
Partnerstwo na rzecz Profilaktyki i Leczenia Otyłości	48
6. Tezy dla Zdrowia.....	54
7. Siedem Zasad Doktora Janusza Medera - jak zadbać o wzajemne dobre relacje z pacjentem.....	57

1. Medyczna Racja Stanu – misja i działania

Medyczna Racja Stanu (MRS) jest *think tankiem* powstałym w 2016 r. z inicjatywy: Instytutu Studiów Politycznych Polskiej Akademii Nauk, Polskiej Unii Onkologii, Kolegium Lekarzy Rodzinnych i Green Communication celem łączenia opiniotwórczych osób, środowisk i instytucji wokół wyzwań związanych z kondycją zdrowotną Polaków i wypracowywania zgody politycznej na niezbędne zmiany w systemie ochrony zdrowia. Honorowym patronem MRS jest Ks. Kardynał Kazimierz Nycz.

Dr hab. n. społ. Paweł Kowal, profesor ISP PAN, polityk i politolog, historyk i publicysta

Jako współtwórca Medycznej Racji Stanu bardzo cieszę się z faktu, że ochrona zdrowia stała się jednym z głównych tematów kampanii politycznej, dlatego że w demokratycznych społeczeństwach to jest najlepszy sposób, żeby załatwić jakąś sprawę. Bo niezależnie od wyniku wyborów - każdy będzie musiał



coś z tym zrobić. Ochrona zdrowia musi skoncentrować na sobie uwagę szerszych grup społecznych, a także polityków. A to jest najważniejsze, bo na końcu to politycy decydują. O to nam chodziło, by zainteresować polityków i to wszystkich partii. Zrozumiałem, że jeżeli tym tematem będą zajmowali się tylko eksperci od ochrony zdrowia, lekarze, nawet menadżerowie ochrony zdrowia, to zawsze temat ten będzie pozostawał w zamkniętym kręgu, ważnym, ale jednak zamkniętym kręgu specjalistów, i że trzeba rozmawiać o tym inaczej, prostszym językiem, rozumiałem dla ludzi, którzy na co dzień nie zajmują się ochroną zdrowia, nie leczą, nie kierują szpitalami, ale którym zależy, bo widzą, że jest to najważniejszy program społeczny. I moim zdaniem, jedynym sposobem, by rozwiązać nabrzmiały problem społeczny, jest otwarcie go na inne środowiska, tak żeby zainteresować nim osoby, którym wcześniej nawet do głowy nie przyszłoby zajmować się tym tematem.

Dr n. med. Janusz Meder, Prezes Polskiej Unii Onkologii, Przewodniczący Komisji Bioetycznej Narodowego Instytutu Onkologii w Warszawie

Będąc współzałożycielem Medycznej Racji Stanu mam marzenie, aby zdrowie zakotwiczyło się na stałe w polskiej polityce, bo jest jedną z najważniejszych spraw dla Polaków. Regulamin Sejmu powinien zawierać zapis o corocznym expose premiera, które będzie poświęcone kwestii szeroko pojętej polityki społecznej. Mogło by być wygłaszane w Światowym Dniu Chorego - 11 lutego. Miałoby się odnosić także do aktualnych wyzwań zdrowotnych. Ideą Medycznej Racji Stanu było rozpoczęcie debaty publicznej o ochronie zdrowia.



Debata prowadzącej m.in. do tego, aby polski pacjent miał dostęp do takiego leczenia, jak inni pacjenci w Unii Europejskiej. Miejmy nadzieję, że "Tezy dla Zdrowia" wypracowane przez Medyczną Rację Stanu oraz cykliczne debaty przy okrągłym stole będą wsparciem dla racjonalnej reformy systemu ochrony zdrowia w Polsce.

Dr n. med. Michał Sutkowski, Specjalista Medycyny Rodzinnej i Chorób Wewnętrznych, Rzecznik Prasowy Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce

Współtworząc ideę i tezy Medycznej Racji Stanu pragnę, aby dzięki konstruktywnej debacie pomiędzy wszystkimi interesariuszami systemowymi sformułować długoletnią wizję polityki zdrowotnej dla Polski. Z punktu widzenia poczucia misji i postawy obywatelskiej wydaje się zasadne, żeby odpowiedzialność państwa w zakresie ochrony zdrowia obywateli była większa. W Polsce wciąż dominuje medycyna naprawcza i nie ma dobrych programów profilaktycznych, co ma również wpływ na usytuowanie lekarza rodzinnego w systemie. Ludzie w pierwszej kolejności zwracają się właśnie do lekarzy rodzinnych, bo do nich właśnie pacjenci mają największe zaufanie, czerpią wiedzę i informacje na temat własnego zdrowia - to najłatwiejszy i najlepszy kontakt ze służbą zdrowia.



Prof. dr hab. med. Leszek Czupryniak, Kierownik Kliniki Diabetologii i Chorób Wewnętrznych Uniwersyteckie Centrum Kliniczne WUM

Jako inicjator działalności Medycznej Racji Stanu chciałbym, aby wspólnie zdefiniować optymalny kształt systemu ochrony zdrowia w Polsce. Ochrona zdrowia powinna stanowić taki obszar, którego konieczności rozwoju się nie kwestionuje, bo jest on kluczowy dla każdego obywatela. W tym ujęciu staje się racją stanu, mającą charakter ponadpartyjny, ponad środowiskowy i w jakimś sensie ponadczasowy. Gdybyśmy uznali, że zdrowie ma swoją rację stanu, wówczas zmieniające się ekipy rządowe, bez względu na swoją jakość kompetencyjną czy intelektualną, realizowałyby długofalowy plan rozwoju ochrony zdrowia. Inwestycje w tym obszarze muszą być najwyższej jakości i mieć charakter długofalowy. Na początku tego wieku koncentrowano się na tych dziedzinach medycyny, których reforma przynosi szybko zauważalne zmiany — kardiologia inwazyjna, medycyna ratunkowa. Teraz zaś największym wyzwaniem są choroby przewlekłe, cywilizacyjne, a w ich przypadku horyzont działań i strategii musi znacznie przekraczać cztery lata jednej kadencji parlamentarnej. Nie jest możliwe prowadzenie spójnej i racjonalnej polityki w tym zakresie bez zgody na to, co najważniejsze, czyli właśnie bez podejścia rozumianego jako racja stanu. Mówiąc o medycznej racji stanu, mamy na myśli określenie bardzo konkretnych obszarów, które w przewidywalnej przyszłości, na najbliższe 20-30 lat, będą zawsze rozwijane przez kolejne rządy, bez względu na ich barwy polityczne. W 2019 r. powołane zostały przy Medycznej Racji Stanu: Rada Ekspertów do spraw Chorób Rzadkich oraz Rada Ekspertów ds. Chorób Metabolicznych i Przeciwdziałania Otyłości. W 2020 r. ukonstytuowała się Rada Ekspertów ds. Onkologii. W 2021 r. powołano Radę Ekspertów ds. Chorób Autoimmunologicznych. W latach 2016-2023 Medyczna Racja Stanu zorganizowała i organizuje debaty, których celem było stworzenie platformy dialogu „przy okrągłym stole”, zaproponowanie rozwiązań oraz zainicjowanie konkretnych działań w przestrzeni polityki zdrowotnej w Polsce.



5 grudnia 2016 r. „Zdrowie i Bezpieczeństwo Narodowe” – tak jak niebezpieczeństwa zewnętrzne wymagają czujności i gotowości do działania, tak choroby cywilizacyjne wymagają skutecznych działań systemowych prowadzących do ograniczenia zgonów i inwalidztwa Polaków.



29 czerwca 2018 r. „Tezy dla Zdrowia” - prezentacja wypracowanych przez Radę Ekspertów propozycji pilnych rozwiązań systemowych.



17 kwietnia 2019 r. „Zdrowie - Kapitał Narodu” - potrzeba traktowania nakładów na zdrowie, jako inwestycji, a nie tylko wydatków, szczególnie w odniesieniu do chorób przewlekłych.





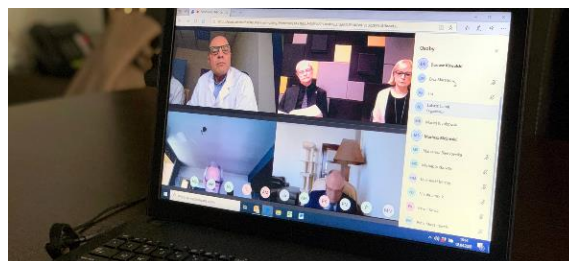
10 października 2019 r. „Czas w Onkologii” - apel o świadomość ryzyka nowotworu każdego z obywateli, czujność onkologiczną lekarzy pierwszego kontaktu, szybki dostęp do nowoczesnej diagnostyki i optymalnych metod terapii.

10 lutego 2020 r. „Ja Pacjent” - wymóg orientacji całego systemu ochrony zdrowia i opieki społecznej na potrzeby pacjentów. W kontekście wyzwań epidemiologicznych, klinicznych i ekonomicznych podkreślano potrzebę solidarności z chorymi oraz empatię i uwagę należną, najmniejszym nawet grupom cierpiących.



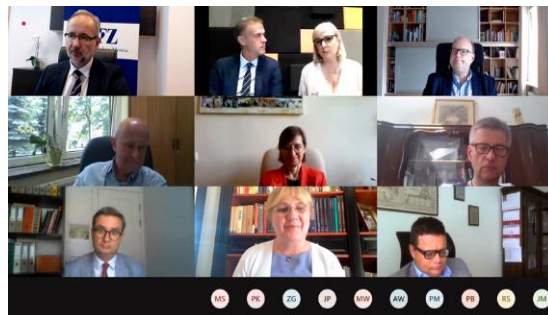
11 grudnia 2019 r. I Spotkanie Rady Ekspertów ds. Chorób Metabolicznych i Przeciwdziałania Otyłości - nadwagę i otyłość ma ponad 20 mln Polaków, na cukrzycę cierpią 3 mln. Najwyższy czas, by wprowadzić system skutecznej profilaktyki i leczenia tych schorzeń w Polsce.

8 kwietnia 2020 r. I Spotkania Online Rady Ekspertów ds. Onkologii Medycznej Racji Stanu – rak nie zna pojęcia kwarantanna. Każdego dnia diagnozuje się w Polsce nowotwór u 450 osób, a umiera z tym rozpoznaniem 270 osób.



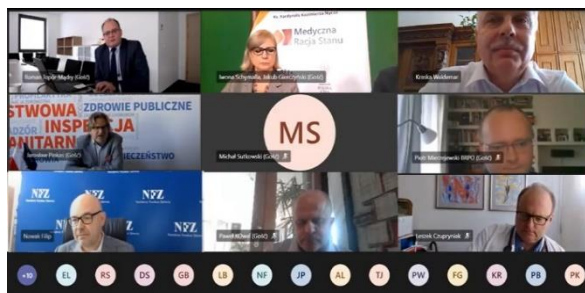
13 maja 2020 r. – III Spotkanie Rady Ekspertów ds. Chorób Rzadkich Medycznej Racji Stanu online – chorzy na choroby rzadkie wymagają szczególnej opieki w dobie pandemii oraz oczekują na Narodowy Plan dla Chorób Rzadkich.

25 czerwca 2020 r. – II Spotkanie Rady Ekspertów ds. Chorób Metabolicznych i Przeciwdziałania Otyłości Medycznej Racji Stanu online – choroby metaboliczne stają się coraz większym wyzwaniem dla systemów ochrony zdrowia w Polsce i na świecie. Pandemia Covid-19 wpływa na wzrost zapadalności oraz nasila powikłania i złe rokowanie pacjentów.



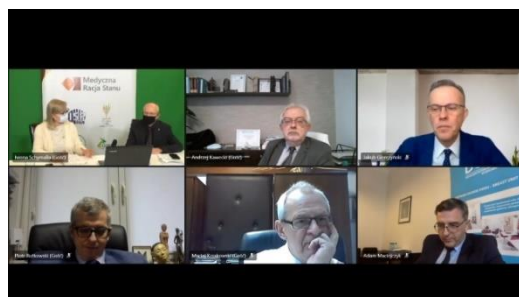
27 lipca 2020 r. – I Spotkanie Rady Ekspertów ds. Chorób Zakaźnych Medycznej Racji Stanu online – choroby zakaźne atakują i od odpowiedzialności obywatelskiej, szczepień profilaktycznych oraz dostępu do skutecznego leczenia zależy zdrowie i życie wszystkich Polaków.

25 września 2020 r. Wartości w medycynie - czego uczy nas światowy kryzys zdrowia - zdrowie jest jedną z największych wartości człowieka i społeczeństwa. Kluczowe jest budowanie świadomości wartości zdrowia oraz inwestycja w system ochrony zdrowia.



7 grudnia 2020 r. Bezpieczeństwo pacjenta onkologicznego: profilaktyka, diagnostyka, terapie, czas odchodzenia - sytuacja epidemiologiczna nie powinna być przesłanką do zahamowania diagnostyki i procesu leczenia nowotworów. Dlatego najwyższym priorytetem jest zachowanie ciągłości wielospecjalistycznego leczenia chorych na raka.

4 lutego 2021 r. Światowy Dzień Walki z Rakiem - Otwarcie dla pacjenta. Otwarcie na pacjenta - debata ekspercko-systemowa odnosząca się do wyzwań onkologii w drugim roku pandemii Covid-19.





IV Spotkanie Rady Ekspertów ds. Chorób Rzadkich

26 lutego 2021 r. IV Spotkanie Online Rady Ekspertów ds. Chorób Rzadkich Medycznej Racji Stanu - skupiło się na sytuacji chorych na choroby rzadkie w czasie pandemii Covid-19 oraz szanse poprawy opieki dzięki wprowadzeniu Narodowego Planu dla Chorób Rzadkich oraz Funduszu Medycznego.

19 marca 2021 r. I Spotkanie Online Rady Ekspertów ds. Chorób Autoimmunologicznych Medycznej Racji Stanu - było poświęcone sytuacji chorych autoimmunologicznych w dobie pandemii Covid-19



„POSTĘP TERAPEUTYCZNY – SZANSE DLA PACJENTÓW. WYZWANIA DLA SYSTEMU. PERSPEKTYWA CZASU PANDEMII”

23 kwietnia 2021 r. Debata Medycznej Racji Stanu Postęp terapeutyczny – szansa dla pacjentów. Wyzwanie dla systemu. Perspektywa czasu pandemii Covid-19 - debata ekspercko-systemowa odnosząca się do nowych możliwości terapeutycznych w medycynie.

17 czerwca 2021 r. I Spotkanie Rady Ekspertów MRS ds. Neurologii i Psychiatrii - debata ekspercko-systemowa odnosząca się do nowych możliwości terapeutycznych oraz poprawy modelu opieki w chorobach mózgu.



Spotkanie Rady Ekspertów ds. Neurologii i Psychiatrii



III Spotkanie Rady Ekspertów ds. Onkologii

10 sierpnia 2021 r. III Spotkanie Rady Ekspertów ds. Onkologii Medycznej Racji Stanu - chorzy na nowotwory złośliwe powinni mieć zagwarantowany dostęp do profilaktyki, diagnostyki, terapii, rehabilitacji oraz opieki paliatywnej

28 września 2021 r. III Spotkanie Rady Ekspertów Medycznej Racji Stanu ds. Chorób sercowo-naczyniowych, Metabolicznych i przeciwdziałania Otyłości - choroby sercowo-naczyniowe, metaboliczne i otyłość stają się coraz większym wyzwaniem dla systemów ochrony zdrowia w Polsce.



Spotkanie Rady ds. Chorób Naczyniowo-Sercowych, Metabolicznych i Przeciwdziałania Otyłości



15 listopada 2021 r. Debata Medycznej Racji Stanu Zdrowie Kobiety - Bezpieczeństwo Rodziny - kobiety stanowią 52% polskiej populacji. Przewiętna długość życia Polki wynosi 82 lata, z czego w zdrowiu 64, a to oznacza 18 lat życia z chorobą. Załedwie 26% pań po 50 roku życia jest aktywnych zawodowo.

2 grudnia 2021 r. Sprawdzam - Wygrywam. Diagnostyka i leczenie wirusowego zapalenia wątroby typu C w Polsce - wirusowe zapalenie wątroby typu C jest jednym z kluczowych wyzwań polityki zdrowotnej w Polsce. Dzięki szybkiej diagnostyce i skutecznemu leczeniu może być wyeliminowane do 2030 r.



Rada Ekspertów ds. Onkologii Medycznej Racji Stanu

1 lutego 2022 r. IV spotkanie Rady Ekspertów ds. Onkologii Medycznej Racji Stanu - eksperci Medycznej Racji Stanu zastanawiali się, jak poradzić sobie z długim zdrowotnym i finansowym w onkologii, który powstał w wyniku pandemii Covid-19. Spowolniła ona realizację Narodowej Strategii Onkologicznej (NSO), czyli programu na lata 2020-2030, wprowadzającego kompleksowe zmiany w polskiej onkologii.

15 lutego 2022 r. V Spotkanie Rady Ekspertów ds. Chorób Rzadkich Medycznej Racji Stanu - pandemia Covid-19 prowadzi do utrudnionego dostępu chorych na choroby rzadkie do diagnostyki, terapii i rehabilitacji. Rekomendowane jest wdrażanie Planu dla Chorób Rzadkich w życie i rozpoczęcie realizacji założonych celów.



V Spotkanie Rady Ekspertów ds. Chorób Rzadkich Medycznej Racji Stanu



25 marca 2022 r. Debata Medycznej Racji Stanu pt. Zdrowie Kobiety w Obliczu Wyzwań Geopolitycznych - II etap kampanii informacyjno-systemowej „Zdowie Kobiety – Bezpieczeństwo Rodziny”

30 maja 2022 r. Debata Medycznej Racji Stanu pt. Bezpieczeństwo zdrowotne Polski - nowe wyzwania dla idei solidarności Europy. Zdrowie jest podstawową wartością w życiu ludzi, a prawo do zdrowia należy do katalogu podstawowych praw człowieka. Realizacja tego prawa w stopniu gwarantującym bezpieczeństwo zdrowotne obywateli musi być wspierana skuteczną polityką państwa.



30 maja 2022 r. Debata Medycznej Racji Stanu pt. Aktualne wyzwania w leczeniu nowotworów kobiecych – III etap kampanii informacyjno-systemowej „Zdowie Kobiety – Bezpieczeństwo Rodziny”

22 sierpnia 2022 r. V Spotkanie Rady Ekspertów ds. Onkologii Medycznej Racji Stanu - Chorzy na nowotwory złośliwe powinni mieć zagwarantowany szybki i Nielimitowany dostęp do profilaktyki, diagnostyki, terapii, rehabilitacji oraz opieki paliatywnej



22 września 2022 r. Wspólne cele w realizacji idei Europejskiej Unii Zdrowia - I debata ekspercka Medycznej Racji Stanu.

26 września 2022 r. VI Spotkanie Rady Ekspertów ds. Chorób Rzadkich Medycznej Racji Stanu - Rekomendowane jest wdrażanie Planu dla Chorób Rzadkich w życie oraz kontynuacja refundacji publicznej leków stosowanych w chorobach rzadkich.





14 listopada 2022 r. Bezpieczeństwo zdrowotne kobiet w Polsce w ramach kampanii Bezpieczeństwo Rodziny - Zdrowie kobiety powinno być traktowane priorytetowo w polskim systemie ochrony zdrowia.

16 grudnia 2022 r. Debata Medycznej Racji Stanu pt. Wyzwania zdrowia - poczucie bezpieczeństwa. Perspektywa 2022/2023 - W czasach pandemii COVID-19 i wojny w Ukrainie wyzwania zdrowia powinny być traktowane priorytetowo we wszystkich aspektach funkcjonowania kraju.



2 lutego 2023 r. Specjalna Debata Rady Ekspertów ds. Onkologii Medycznej Racji Stanu pt. Wiedza, Determinacja, Współpraca - Cancer Moonshot - Dzięki współpracy, możemy zmniejszyć śmiertelność z powodu raka, o co najmniej 50% w ciągu następnych 25 lat poprawiając przeżycie oraz jakość życia chorych na raka.

2 marca 2023 r. VII Spotkanie Rady Ekspertów ds. Chorób Rzadkich Medycznej Racji Stanu - Choroby rzadkie w Polsce są traktowane priorytetowo, co pokazuje rozporządzenie ministra Zdrowia, uchwalony i wdrażany Plan dla Chorób Rzadkich 2021-2023 oraz Fundusz Medyczny



30 marca 2023 II Spotkanie Rady Ekspertów ds. Chorób Autoimmunologicznych Medycznej Racji Stanu - Rekomendowana jest szybka diagnoza chorób autoimmunologicznych, wczesny dostęp pacjentów do skutecznych terapii oraz wprowadzenie modelu opieki kompleksowej.

Zapraszamy Państwa do lektury raportu, wszystkich opublikowanych raportów na stronie [www. medycznaracjastanu.pl](http://www.medycznaracjastanu.pl) oraz współpracy w ramach projektów Medycznej Racji Stanu.



Anna Jasińska



Grażyna Mierzejewska

2. Wprowadzenie, Anna Jasińska, Grażyna Mierzejewska, Medyczna Racja Stanu

W ostatnich dekadach rośnie znaczenie pomiaru kosztów w systemie ochrony zdrowia. Rozwija się ekonomia zdrowia, farmakoekonomika oraz metodologia szacowania kosztów z perspektywy społecznej, systemu ochrony zdrowia i pacjenta. Z perspektywy społeczeństwa, koszty związane z domenami zdrowia i choroby można zdefiniować, jako koszty bezpośrednie, pośrednie i niemierzalne. Koszty bezpośrednie, to koszty związane z wydatkami na świadczenia zdrowotne. Koszty pośrednie to oszacowanie skutków pogorszonego stanu zdrowia jednostki dla gospodarki. Choroba oddziałuje na zdolność osób do wykonywania pracy. Nieobecność w pracy (absenteizm) lub obniżona wydajność chorego pracownika (prezenteizm) wpływają z kolei na obniżenie produktywności. Suma takich efektów zaobserwowanych na poziomie wszystkich przedsiębiorstw odzwierciedla koszty ponoszone przez całą gospodarkę w wyniku zaistnienia choroby, które można wyrazić m. in. zmniejszonym produktem krajowym brutto (PKB). Uwzględnienie kosztów pośrednich choroby może mieć kapitalne znaczenie przy ocenie technologii medycznych, takich jak leki, wyroby medyczne, czy programy zdrowotne.¹ Wartościowym kierunkiem oceny efektywności systemu ochrony zdrowia jest opieka zdrowotna oparta na wartości (ang. Value Based Health Care, VBHC). VBHC ocenia stosunek efektów zdrowotnych, które są istotne dla pacjentów (mierzonych, jako PROM i PREM), do całkowitych kosztów poniesionych na ich uzyskanie.²

Jednym z głównych zadań Ministra Zdrowia jest zapewnienie pacjentom dostępu do skutecznych i bezpiecznych technologii medycznych, a przy tym zmniejszanie obciążenia współpłaceniem pacjentów. Jednym z głównych narzędzi realizacji tego zadania jest refundacja publiczna. Według art. 12. Ustawy Refundacyjnej Minister Zdrowia, mając na uwadze uzyskanie jak największych efektów zdrowotnych w ramach dostępnych środków publicznych, wydaje decyzję administracyjną o objęciu refundacją i ustaleniu urzędowej ceny zbytu, przy uwzględnieniu 13 kryteriów, w tym kryteriów dotyczących kosztów. Są to m.in. stosunek kosztów do uzyskiwanych efektów zdrowotnych dotychczas refundowanych leków, w porównaniu z wnioskowanym; konkurencyjność cenowa; wpływ na wydatki podmiotu zobowiązanego do finansowania świadczeń ze środków publicznych i świadczeniobiorców,

¹ https://assets.ey.com/content/dam/ey-sites/ey-com/en_pl/topics/eat/pdf/03/ey-raport-metodyka-pomiaru-kosztow-posrednich-1709.pdf

² <https://www.isc.hbs.edu/health-care/value-based-health-care/Pages/default.aspx>

wiarygodności i precyzji oszacowań oraz wysokości progu kosztu uzyskania dodatkowego roku życia skorygowanego o jakość, ustalonego w wysokości trzykrotności Produktu Krajowego Brutto na jednego mieszkańca (obecnie próg wynosi 175 926 zł, co odpowiada 3 x 58 642 zł).³ Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji wspomaga Ministra Zdrowia w procesie podejmowania decyzji dotyczących finansowania świadczeń lekowych i nielekowych w systemie ochrony zdrowia wykorzystując w tym celu ocenę technologii medycznych (ang. Health Technology Assessment, HTA). AOTMiT przeprowadza ocenę załączonych do wniosku: analizy klinicznej, analizy ekonomicznej, analizy wpływu na budżet, a w określonych przypadkach analizy racjonalizacyjnej. Wyznacza wartość progowej ceny zbytu netto leku lub wyrobu medycznego, przy której koszt uzyskania dodatkowego roku życia skorygowanego o jakość (QALY), a w przypadku braku możliwości wyznaczenia tego kosztu – koszt uzyskania dodatkowego roku życia, jest równy wysokości progu ustalonego w wysokości trzykrotności PKB na jednego mieszkańca. Analiza Weryfikacyjna Agencji jest przekazywana Komisji Ekonomicznej przez Ministra Zdrowia wraz z ww. wnioskiem, stanowiskiem Rady Przejrzystości, rekomendacją Prezesa Agencji i innymi dokumentami, na podstawie których przygotowana została rekomendacja, celem przeprowadzenia negocjacji warunków objęcia refundacją.⁴ AOTMiT zajmuje się również taryfikacją świadczeń zdrowotnych. Na całkowity koszt świadczenia składają się dwa główne rodzaje kosztów: stałe i zmienne. Koszty stałe odpowiadają takim elementom składowym świadczenia jak infrastruktura (rozumiana jako wszystkie koszty poza kosztami osobowymi, leków, wyrobów medycznych, tj. obejmujące koszty amortyzacji i utrzymania pomieszczeń i sprzętu, narzuty administracji, itp.) oraz koszty osobowe. Koszty zmienne natomiast obejmują zużycie zasobów takich jak produkty lecznicze, wyroby medyczne czy procedury. Podstawę do oszacowania kosztów stałych stanowią ogólne dane finansowo-księgowe przypisane do poszczególnych ośrodków powstawania kosztów (OPK) takich jak: oddziały szpitalne, poradnie, zakłady diagnostyczne i inne. Koszty zmienne kalkulowane są natomiast w oparciu o dane kliniczne i kosztowe obejmujące informacje o rodzaju oraz wielkości zużycia produktów leczniczych, wyrobów medycznych oraz procedur.⁵ Ministerstwo Zdrowia zbiera dane o zadłużeniu samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej. Według danych MZ, dynamika zobowiązań ogółem samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej w latach 2003 - II kw. 2022 rosła, od poziomu 7,5 mld zł w 2003 r. do poziomu 17,9 mld zł w II Q 2022 r. Zobowiązania wymagalne samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej w latach 2002 - II kw. 2022 (w tys. zł) także rosły, od 3,2 mld zł w 2020 r. do 2,1 mld zł w czerwcu 2022 r.⁶

Rok 2023 jest szczególny, bo objęty tak zwaną „aurą wyborczą”. I tym bardziej zapraszamy Państwa do tego, żebyśmy spotykali się może nawet częściej, bo każde słowo w tym roku wypowiedziane ma swój większy ciężar gatunkowy, a przynajmniej powinno. Wartość zdrowia powinna być rozumiana z punktu widzenia finansowego, ale też wartości społecznej. W niezależnym badaniu opinii publicznej, zdrowie jest aktualnie najwyższą wartością z perspektywy społeczeństwa.

³ <https://www.gov.pl/web/zdrowie/refundacja3>

⁴ <https://www.aotm.gov.pl/produkty-lecznicze/wnioski-refundacyjne/>

⁵ https://www.aotm.gov.pl/media/2020/04/analiza_kosztow_swiadczen.pdf

⁶ <https://www.gov.pl/web/zdrowie/zadluzenie-spoz>

3. Stanowiska ekspertów przedstawione w trakcie spotkania

W trakcie wirtualnej debaty wypowiedzieli się eksperci kliniczni, urzędnicy, politycy i eksperci systemowi. Poniżej przedstawiono stanowiska ekspertów w kolejności ich wypowiedzi.

Redaktor Iwona Schymalla, Medexpress, Służba Zdrowia

Dziś będziemy rozmawiać o tym, jak ważna jest inwestycja w zdrowie, w profilaktykę, diagnostykę i leczenie z perspektywy klinicznej i ekonomicznej. To wszystko przekłada się i na kondycję zdrowotną naszego społeczeństwa, na zdrowie publiczne, racjonalizację wydatków budżetowych oraz kondycję gospodarki i ekonomii kraju.



Dr hab. n. med. Adam Maciejczyk, Przewodniczący Rady Przejrzystości AOTMiT, Dyrektor Dolnośląskiego Centrum Onkologii, Pulmonologii i Hematologii we Wrocławiu

Warto zastanowić się, w jakim stopniu decyzje systemowe Ministra Zdrowia łączą troskę o bezpieczeństwo zdrowotne z mądrym gospodarowaniem środkami budżetowymi. Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji odpowiada w tym zakresie za ocenę nowych technologii lekowych i rekomendowanie ich Ministrowi Zdrowia. Te działania są prowadzone bardzo kompleksowo oraz wg. ściśle zdefiniowanych wytycznych. AOTMiT analizuje wdrażanie różnych scenariuszy wprowadzania technologii medycznych, kierując się jakością badań naukowych. Rekomendacje Prezesa Agencji pomagają w podjęciu decyzji refundacyjnych. Dlatego badania, na podstawie których podejmowane są decyzje, powinny jednoznacznie wskazywać na przewagę działania danej terapii lekowej, a także coraz częściej terapii nielekowych. Elementy ekonomiczne odgrywają rolę w procesie porównań w stosunku do komparatorów, czyli do tych leków/świadczeń/wyrobów medycznych, które są alternatywą dla ocenianych technologii.



W aspekcie onkologii, warto zastanowić się, jak funkcjonowanie Krajowej Sieci Onkologicznej może się przyczynić do racjonalizacji wydatków. Pamiętajmy, że KSO jest skupiona na potrzebach pacjenta oraz na dostępie do jakościowej opieki onkologicznej. To, na co zwracamy uwagę, to fakt, że nie ma dobrej opieki onkologicznej, jeśli nie ma dobrze wyszkolonej kadry oraz perfekcyjnie zorganizowanego procesu diagnostyki i leczenia. Jednym z takich elementów, który ma pomóc pacjentom jest wprowadzenie w szerszym zakresie koordynatorów opieki onkologicznej. Będą to osoby, które odciążą kadry medyczne w zakresie logistyki związanej z opieką onkologiczną. To przede wszystkim prowadzenie pacjenta w systemie ochrony zdrowia, zorganizowanie badań, sprawdzenia, czy te badania zostały wykonane poprzez bezpośredni kontakt pacjentów z koordynatorami. Wprowadzenie koordynatorów wpływa także na lepsze zarządzanie personelem medycznym.

Dr Janusz Meder, Prezes Polskiej Unii Onkologii, Narodowy Instytut Onkologii w Warszawie, MRS

Polska Unia Onkologii zabiega od 25 lat o nowoczesną, skuteczną, wysokojakościową i efektywną oraz dobrze finansowaną stosownie do potrzeb obywateli organizację systemu ochrony zdrowia. Myślę, że musimy się zastanowić, jak prowadząc ustawiczny konstruktywny dialog przekonać decydentów, żeby bardziej energicznie wdrażali Narodową Strategię Onkologiczną (NSO) pomimo powstałych opóźnień spowodowanych światowym kryzysem ekonomicznym, pandemią i tragiczną wojną w Ukrainie. Powstały z niemałym trudem kolejny 10-letni Plan logistyczno-organizacyjny na potrzeby walki z rakiem w Polsce przewidziany do realizacji w latach 2020-2030 po raz pierwszy posiada wymiar strategiczny, a nie interwencyjny tak jak miało to miejsce podczas realizacji poprzednich pięciu narodowych programów. Przeznaczono na realizację NSO kwotę 5,1 mld zł co powinno zagwarantować osiągnięcie głównych celów w postaci m.in. osiągnięcia wyników leczenia nowotworów na poziomie krajów Europy Zachodniej bowiem pomimo znaczącej poprawy w ostatnich 20-30 latach nadal gonimy Europę i nasze wyniki leczenia są gorsze o 10-15 punktów procentowych. Po raz pierwszy w historii polskiej onkologii jest realna szansa na zlikwidowanie tej kompromitującej luki powstałej na skutek kilkudziesięcioletnich zaniedbań, zaniechań i niedoinwestowania w sektor zdrowia w Polsce. Powszechny i równy dostęp do wszechstronnej, kompleksowej, koordynowanej i interdyscyplinarnej szeroko pojętej opieki onkologicznej od prewencji, profilaktyki przez diagnozę, leczenie, rehabilitację aż po postępowanie paliatywne i hospicyjne stanie się możliwe dzięki reaktywacji na obszarze całego kraju kooperujących ze sobą zintegrowanych referencyjnych szpitali i przychodni akredytowanych w Krajowej Sieci Onkologicznej (KSO). Mam nadzieję, że niebawem wyniki leczenia nie będą zależne od kodu pocztowego miejsca zamieszkania chorych. Ścisła współpraca i koordynacja na linii Ministerstwo Zdrowia-ZUS-AOTMiT-NFZ pozwoli w niedługim czasie na rzetelne liczenie kosztów pośrednich i bezpośrednich z wykorzystaniem narzędzi cyfryzacji (E-zdrowie), rejestrów KRN i stałego monitoringu jakości usług medycznych w oparciu o kryteria i mierniki w zakresie VBH (Value Based Healthcare). Wiele krytycznie ważnych elementów NSO i KSO wymaga dopracowania i szybkiej modyfikacji szczególnie w zakresie Funduszu Medycznego, RDTL, wykazu terapii innowacyjnych i/lub o wysokiej skuteczności leczenia, dostępu do nowoczesnej diagnostyki molekularno-genetycznej, poważne rozważenie wprowadzenia ulg podatkowych dla osób biorących systematycznie udział w bezpłatnych badaniach okresowych i skryningowych. Konieczne jest też wprowadzanie systemów motywacyjnych promujących współpracę z lekarzami rodzinnymi, medycyny pracy, farmaceutami w sieci aptek, z placówkami San-Epid-u czy też pozyskiwanie absolwentów zdrowia publicznego do zasilenia kadr koordynatorów w KSO. Należy przyspieszyć powstawanie ośrodków kompetencji rządowej (units) oraz poszerzać możliwości udziału chorych w badaniach klinicznych. Nie wolno też stracić szansy korzystania ze wsparcia logistycznego i finansowego we współpracy z Europejską Unią Zdrowotną i w kooperacji przy realizacji Europejskiego Planu Walki z Rakiem. Nareszcie spełniło się to, o co zabiegaliśmy już od 20 lat, czyli refundacja szczepionek przeciwko HPV, aby zlikwidować problem nie tylko raka szyjki macicy, ale też wielu innych nowotworów wyindukowanych wirusem brodawczaka ludzkiego. Mamy także szczepionkę przeciwko wirusowemu zapaleniu wątroby typu B i dzięki temu uniknięcie w przyszłości marskości i raka wątroby, niestety coraz mniej ludzi korzysta z takich możliwości. Podobnie musimy szybciej rozpropagować i wdrażać program badań przesiewowych w kierunku HCV zarówno w gabinetach lekarzy rodzinnych jak i medycyny pracy. Dzięki temu będzie możliwe wczesne skuteczne, nowoczesne leczenie przeciwwirusowe osób zainfekowanych



i niedopuszczenie do powstania raka wątroby. Postulujemy od wielu już lat wprowadzenie powszechnej ustawicznej edukacji w szkołach promującej zdrowie w oparciu o Europejski Kodeks Walki z Rakiem i przeciwdziałanie w ten sposób nie tylko chorobom nowotworowym, ale także wszystkim cywilizacyjnym. Na koniec nakłady na zdrowie w Polsce planowane w roku 2027 - 7% PKB niewiele zmieniają. Średnia w krajach Unii Europejskiej to już blisko 10% PKB i dlatego oczekujemy zdecydowanych działań najważniejszych w Państwie decydentów, aby dorównać w tym zakresie przynajmniej do tego poziomu w najbliższych paru latach!

Prof. Gertruda Uścińska, Prezes Zakładu Ubezpieczeń Społecznych

Medyczna Racja Stanu ma zobowiązującą nazwę, aby dzielić się wiedzą, udostępniać dane, analizy i wzmocnić dalsze kierunki działań reformatorskich w systemie ochrony zdrowia i opieki społecznej. Tytuł dzisiejszej debaty „Liczymy się z naszym zdrowiem” to pewna gra słów, bo będziemy dyskutować o ochronie zdrowia, zdrowiu publicznym, zabezpieczeniu zdrowotnym, polityce zdrowotnej – w ich wymiarze finansowym.



Musimy w naszych rozważaniach brać pod uwagę koszty bezpośrednie i pośrednie. Dzisiaj mamy zdecydowanie większą wiedzę i kompetencje, jeśli chodzi o zarządzanie chorobą. Chciałbym, żeby kiedyś ten paradygmat się zmienił, że wreszcie będziemy mówić, że mamy wiedzę i umiejętności do zarządzania zdrowiem. Zarządzanie zdrowiem, to zapobieganie, prewencja i profilaktyka przez wszystkie fazy życia człowieka. Będziemy mówić bardziej o zarządzaniu chorobą, a uczyć się cały czas zarządzania zdrowiem. Musimy też patrzeć na duży udział finansów publicznych, jeśli chodzi o koszty zarządzania chorobą. To jest kwestia leczenia, czyli kosztów bezpośrednich, ale też aktywności ekonomicznej i utraty produktywności, czyli kosztów pośrednich. Liczymy się zatem bardziej z naszym zdrowiem, bo wtedy będzie mniej choroby i mniej konsekwencji, także tych finansowych. My musimy widzieć szeroki kontekst, zarówno osoby ubezpieczonej w okresie choroby, ale i rodziny i bliskich tej osoby, pracodawców oraz instytucji ubezpieczeniowych, szczególnie państwowych (NFZ, ZUS).

Zajmujemy się długiem zdrowotnym, ekonomicznym, finansowym, ale także technologicznym, bo digitalizacja i wszystkie nowoczesne procesy mogą bardzo pomóc w zarządzaniu zdrowiem i efektywniejszym leczeniu. Odrobiłam pracę domową po ostatniej debacie, kiedy Państwo mocnym głosem mówiliście o potrzebie digitalizacji dokumentacji medycznej i stworzeniu jednej platformy dla tych danych. Dyskutujemy o tych danych w szerszym kontekście. Patrzmy na demografię, rynek pracy i największe wyzwania kosztowe w przyszłości. To z pewnością będą systemy emerytalne, opieka zdrowotna i opieka długoterminowa. Musimy to wszystko mieć na uwadze, szczególnie w Polsce, gdzie następuje stopniowa zmiana struktury demograficznej populacji. Z ostatniego spisu GUS wynika, że w Polsce żyje ok. 38,3 mln osób. Z estymacji demografów wynika, że liczba ludności Polski w ciągu 20 lat spadnie o ponad 3,2 mln osób. Jednocześnie będzie postępował proces starzenia się ludności. To oznacza, że w 2050 r. na jednego emeryta będzie przypadało 1,4 ubezpieczonego – dzisiaj ten współczynnik wynosi 2,3. Nie możemy tego w naszej dyskusji pomijać i musimy ściśle, ekonomicznie się wyrażać.

Dyskutujemy o ważnej kwestii, czyli wydłużania się średniego czasu życia Polaków. Musimy powiedzieć, że w Polsce na początku transformacji w latach 90-tych rozpoczął się proces wydłużania przeciętnego

średniego życia. W perspektywie 1990–2020 obrazują to konkretne wskaźniki. Na przykład dla mężczyzn w wieku 60 lat przeciętne dalsze trwanie życia wzrosło z 15,3 roku (1990 r.) do 17,9 roku (2020 r.), a dla kobiet w wieku 60 lat – z 20,0 lat (1990 r.) do 23,2 roku (2020 r.). Jednak w okresie pandemii COVID-19 trwanie życia skurczyło się o blisko 2 lata. Po pierwszym roku trwania pandemii wróciliśmy do średniego trwania życia z 2009 r., a w drugim roku trwania pandemii wróciliśmy do wyniku z 2004 r. To wszystko spowodowało, że państwo polskie ponosi dodatkowe koszty w różnych obszarach, choćby z tytułu emerytur obliczanych w wyższej wysokości. Zgodnie z najnowszą tablicą trwania życia GUS, bazującą na danych o śmiertelności w 2022 roku, długość życia Polaków znów wydłuża się. To jest to, czego oczekujemy z perspektywy długookresowej na rynku pracy.

Musimy wziąć również pod uwagę udział cudzoziemców w polskim rynku pracy i sytuację, którą mamy w związku z wojną w Ukrainie. Obecnie widzimy, że według rejestru PESEL mamy ok. 1,6 mln obywateli Ukrainy z nadanym numerem PESEL ze znacznikiem UKR. W tej populacji są głównie (blisko w 90 proc.) dzieci i kobiety w wieku produkcyjnym. Około pół miliona uchodźców pracuje, w wielu przypadkach opłacając składki na fundusze publiczne od minimalnej podstawy. Na pewno musimy brać pod uwagę w perspektywie przyszłości, o ile w tej chwili tego nie obserwujemy, większą niż dotychczas skalę korzystania z opieki zdrowotnej przez uchodźców. Migracja musi być brana pod uwagę, zwłaszcza jeśli jesteśmy tak doświadczeni, jak w tej chwili i taka liczba imigrantów lub uchodźców jest w polskim systemie zabezpieczenia społecznego, w tym ochrony zdrowia.

Jeżeli mamy mówić na temat „liczenia się z naszym zdrowiem”, to absolutnie podstawowa jest profilaktyka zdrowotna. To także inwestycja w nowoczesne metody diagnostyki i leczenia. To powoduje ograniczenie wydatków na świadczenia chorobowe. Zdecydowanie lepsza jest rehabilitacja, niż potem kompensacja, bo jest się nieaktywnym ekonomicznie i kompensujemy to zasiłkami, czy rentami. Osiągnęliśmy już, jeżeli chodzi o kwestię dostępności, czy też przyznawania rent z tytułu niezdolności do pracy, standard bardzo wysoki. A więc koszty się zmniejszają, kiedy realizujemy w większym stopniu kwestię profilaktyki i inwestycji w różnego rodzaju prewencję.

Cały czas podkreślam szereg działań, które zostały już podjęte, jak chociaż elektroniczne zwolnienia od 1 grudnia 2018 r. To jest ogromny postęp cywilizacyjny dlatego, że diagnozujemy godziną po godzinie, dzień po dniu, ile osób i na co choruje. Wiemy, że to jest przeciętnie ok. 2 mln zaświadczeń na miesiąc, a więc jakieś 24 mln zaświadczeń rocznie. W pandemii byliśmy pierwszą instytucją, która dzięki elektronicznym zwolnieniom, dzięki swojej Platformie Usług Elektronicznych, wiedziała, nie tylko na co chorują ubezpieczeni, ale która raportowała o konsekwencjach z tym związanych dla gospodarki. Raportowaliśmy na przykład absencję według kodów PKD i widzieliśmy, że ok. 40 proc. to była absencja chorobowa w administracji publicznej, na uczelniach, ale i w obszarze działalności gospodarczej. Ten system był przez pierwsze miesiące głównym źródłem informacji, jakie mogą być konsekwencje pandemii COVID-19. Gdyby nie było tej platformy, to byśmy się o tym nie dowiedzieli.

Musimy też głośno mówić, że koszty pośrednie grup chorobowych ponoszone przez ZUS są bardzo wysokie. Nawet, jak popatrzymy na 2022 r., widzimy, że wystawiono 22 mln zwolnień na 239 mln dni absencji chorobowej dla 7,1 mln osób. Jest to wzrost zwolnień o prawie o 6,7 proc. w stosunku do 2021 r. Absencja chorobowa liczona w dniach spadła. Widzimy też przeciętną długość zwolnienia na jedną osobę, w których duży jest udział krótkich zwolnień – od jednego do czterech dni. Ten trend utrzymuje się od kilku lat, ale też obserwujemy wzrost liczby dłuższych zwolnień – powyżej 30 dni. Natomiast zmienia się od kilku lat przyczyna absencji. Tutaj ranking rodzajów chorób jest podobny: układ szkieletowo-mięśniowy, ciąża, poród i połóg, układ oddechowy, urazy i zatrucia. Ale w okresie

pandemii przybyło zwolnień związanych z zaburzeniami psychicznymi, potem one powróciły na piąte miejsce, czyli tak jak przed pandemią. Cały czas mamy je na wysokim poziomie.

Analizujemy oczywiście też wiek, płeć i strukturę kobiet, oraz mężczyzn. Odnotowaliśmy znacząco wyższy udział wydatków na świadczenia wypłacane mężczyznom, niż udział wydatków na świadczenia wypłacane kobietom. Odnotowujemy to w odniesieniu do rent z tytułu niezdolności do pracy, rent socjalnych i świadczeń rehabilitacyjnych. Z kolei w przypadku absencji chorobowej oraz rehabilitacji leczniczej w ZUS wydatki są wyższe po stronie kobiet. Oczywiście zdecydowanie więcej chorują osoby w wieku średnim. Musimy brać pod uwagę, kto będzie pracował przez najbliższe lata. Od czego będą pobierane podatki, składki, oraz jak będą tworzone fundusze. To są decydujące przesłanki, na jaką opiekę zdrowotną, na co będzie nas stać. Ale przede wszystkim musimy mieć pieniądze na prewencję i rehabilitację. To jest kwestia moim zdaniem najważniejsza. W tym zakresie muszą mówić więcej wszystkie instytucje z mocy prawa do tego wyznaczone, dlatego że prewencja jest kluczowa dla osób w wieku aktywności ekonomicznej.

ZUS realizuje prewencję w formie stacjonarnej lub niestacjonarnej. Obserwujemy efektywność naszych działań rehabilitacyjnych w okresie roku po zakończonym leczeniu. Rehabilitacja, jako prewencja rentowa przynosi wysokie efekty. W całkowitej liczbie rehabilitowanych osób za ubiegły rok, około 60 proc. osób poddanych rehabilitacji nie korzystało później z zasiłków lub innych świadczeń. Dlatego jak najbardziej trzeba ten wskaźnik podnosić i uznać ten kierunek za kluczowy.

Tak, liczymy się z naszym zdrowiem, a więc przede wszystkim spróbujmy podejmować takie działania, aby nim lepiej zarządzać. Myślę, że jest to również kwestia edukacji obywateli oraz dostarczania informacji i naprawde takiej pracy u podstaw, bo w końcu chodzi o zdrowie obywateli, którzy tworzą gospodarkę i ekonomię kraju. Oprócz tego, że powinniśmy zarządzać swoim zdrowiem, to aktywną i wiodącą rolę powinna odgrywać polityka zdrowotna państwa. Szczepienia ochronne zgodnie z zaleceniami WHO i działań podejmowanych na poziomie różnych organizacji międzynarodowych wpisują się znakomicie w ten zakres działania. Być może niewystarczająca jest informacja i edukacja, a być może należy podejmować także inne działania. Wysoki wskaźnik niezaszczepienia noworodków powinien być absolutnie brany pod uwagę. Mamy do czynienia z konfliktem, który nazwałabym socjologiczno-psychologicznym. Z punktu widzenia tego, jak zarządzać swoim zdrowiem, są pewne zalecenia i standardy powszechne. To, co rozumiemy pod pojęciem zdrowia publicznego, to są szczepienia ochronne, aby dłużej żyć w większym zdrowiu. To dotyczy wszystkich osób, które są w strukturze demograficznej. Być może działania, jakie mamy, które są dobrowolne, nie są skuteczne.

***Prof. Leszek Czupryniak, Kierownik Kliniki
Diabetologii i Chorób Wewnętrznych WUM***

Rośnie nam nie tylko częstotliwość debat w ramach Medycznej Racji Stanu, ale też różnorodność prelegentów, co niezmiernie wzbogaca naszą dyskusję. Dużo powiedzieliśmy o profilaktyce, w której obowiązuje zasada, że dużo musimy wydać dziś, żeby jutro wydać mniej. To jest zawsze trudne, bo te pieniądze dzisiaj trzeba mieć do wydania. A kto to wie co będzie za 5, czy 10 lat. Diabetologia stała się taką dziedziną, która jest w tej chwili absolutną awangardą, jeśli chodzi o medycynę zachowawczą. To się stało trochę przypadkowo. Nikt się nie spodziewał, że tak będzie. Mamy dwie grupy leków, które zrewolucjonizowały medycynę metaboliczną, czyli inhibitory DPP-1



i analogi GLP1. Te leki są kosztowne, ale mają ogromne znaczenie, dlatego że inwestycje w nie w bardzo krótkim czasie zmniejszą rozwój powikłań. Inhibitory DPP-1 i analogi GLP1 zmniejszają liczbę przypadków niewydolności serca, chorób nerek, czy zawałów serca. Natomiast, jeśli chodzi o systemy monitorowania glikemii to jesteśmy świadkami rewolucji technologicznej. Tu postęp jest oszałamiający z roku na rok. Jesteśmy parę lat od wejścia technologicznie sztucznej trzustki. Pacjenci będą uwolnieni od myślenia, ile muszą podać insuliny i co się może wydarzyć. Nowoczesne monitorowanie glikemii to jest przeniesienie diabetologii w XXI wiek dlatego, że pacjenci mają stały wgląd w swój profil glikemii. Ja miałem dostęp do pierwszych systemów monitorowania glikemii w 2001 r., które były przewodowe. Myśleliśmy, że to będzie narzędzie tylko i wyłącznie do badań naukowych. Natomiast od kilku lat pojawiły się systemy dostępne komercyjnie, które są bardzo nowoczesne. Od stycznia 2023 r. nastąpiła refundacja systemu FreeStyleLibre dla pacjentów leczonych trzema iniekcjami insuliny lub więcej dziennie, co oznacza, że do tych systemów mają dostęp refundacyjny wszyscy pacjenci z cukrzycą typu 1, bez względu na wiek i wielu pacjentów w zaawansowanym etapie cukrzycy typu 2 leczonych insulinoterapią. Dodatkowo dostęp refundacyjny do systemu FGM mają kobiety ciężarne wymagające insulinoterapii, nawet tylko jednej iniekcji. To są bardzo dobre decyzje Ministra Zdrowia.

Dyskutując o profilaktyce, mówimy o prewencji pierwszo-, drugo-, i trzeciorzędowej. Oczywiście najlepiej, żeby wszyscy pacjenci byli zdrowi i nie chorowali. Na szczęście postęp medycyny sprowadza się do tego, że mamy coraz lepszą diagnostykę i nawet jeżeli mamy coraz więcej chorób i pacjentów, to dzięki nowym technologiom medycznym będą oni coraz dłużej żyli, bo nie umrą, więc licznie będzie nam pacjentów przybywać, ale będą właściwie zarządzać chorobą. W przypadku pacjentów z cukrzycą typu 2, co powtarzam ciągle lekarzom i studentom, że to są „osoby zdrowe”, tylko muszą brać insulinę, aby „nic więcej się u nich się nie popsuło”. Dwadzieścia lat temu było takie podejście, że jeśli masz cukrzycę typu 1, to powinieneś leżeć w łóżku. My teraz całkowicie zmieniamy takie podejście. Mówimy pacjentom otwarcie, że mają się traktować, jak zdrowe osoby. Niestety aktualnie, nie umiemy zapobiec cukrzycy typu 1, a cukrzycy typu 2 jest ciężko zapobiec, choć teoretycznie (i praktycznie) jest możliwe odchudzić pacjenta. Zawsze powtarzam, że w Księdze Mądrości jest napisane, „że prędzej chudy umrze, niż gruby schudnie”. Schudnąć jest trudno. Ale bardzo łatwo możemy zapobiec powikłaniom, bo mamy analogi GLP-1, które są potężną bronią do stosowania. Z badań naukowych wiemy też, że systemy monitorowania glikemii, oprócz komfortu pacjenta eliminują niedocukrzenie, bo pacjent widzi, co się dzieje z jego glikemią. Te systemy pokazują na telefonie, gdzie jest odczyt wyników, strzałki trendu. Pacjent może podjąć decyzje, bo widzi, że cukier mu spada, albo rośnie. Mamy też dane naukowe, że w przypadku cukrzycy typu 1 stosowanie systemu FreeStyleLibre obniża hemoglobinę glikowaną (HbA1C) o 1 punkt procentowy w ciągu 3 lat, czyli poprawia wyrównanie cukrzycy. Czeskie badanie, czyli bardzo blisko polskiej rzeczywistości, pokazuje wartości 7 proc. hemoglobiny glikowanej z zastosowaniem systemu FGM, a na glukometrach - 8 proc. hemoglobiny glikowanej. Różnica 1 punktu procentowego w wartości hemoglobiny glikowanej (HbA1C), to jest bardzo dużo, jeśli chodzi o długofalową wieloletnią profilaktykę prewencji powikłań. Zapobiec powikłaniom możemy w bardzo dużym stopniu i to się dzieje dosłownie. Gdybyśmy się spotkali pięć lat temu, nie miałbym nic do powiedzenia. W tej chwili mamy dane z badań naukowych, dane z rzeczywistej praktyki klinicznej (RWEI) i mamy partnera w Ministerstwie Zdrowia, który to rozumie i idziemy ręką w rękę. Oczywiście postęp wymusza kolejny postęp, bo medycyna ulepsza metody diagnostyki i terapii. W badaniach są nowe leki inkretynowe oraz sztuczna trzustka, czyli pompa insulinowa działająca w systemie „zamkniętej pętli”, czyli sama decyduje o podaniu insuliny pomiędzy posiłkami i w nocy. Koszt takiego urządzenia wynosi ok. 20 tys. zł, ale gwarantuje ono choremu normalne życie. Te ceny też będą malały, gdy będziemy stosować więcej tych urządzeń. Czy są jeszcze

jakieś grupy pacjentów, którzy czekają na refundację? Pożądane byłoby żeby np. wszystkie kobiety ciężarne miały refundację systemu monitorowania glikemii FGM. Są kobiety z cukrzycą rozpoznaną w ciąży, tj. w 3 trymestrze. Mamy dane, że w takim rozpoznaniu monitorowanie glikemii przekłada się na mniejszą ilość powikłań okołoporodowych oraz lepszy stan dziecka. Zależy nam, żeby refundacja systemu FGM nie była tylko ograniczone do pacjentek leczonych insuliną. W tej chwili, jako Polska jesteśmy w awangardzie dostępu do nowoczesnych leków i wyrobów medycznych dla pacjentów z każdym rodzajem cukrzycy. Jako diabetolodzy przyczyniamy się również do tego, że ZUS wydaje na konsekwencje cukrzycy mniej, bo pacjenci są dłużej sprawni. Pacjentów z cukrzycą typu 1 jest w Polsce ok. 200 tys. – w tym dzieci ok. 20 tys. Na cukrzycę typu 2 w tej chwili choruje ponad 3 mln osób, dlatego tak naprawdę wyzwaniem dla systemu ochrony zdrowia jest cukrzyca typu 2. Pomimo, że na diagnostykę i leczenie cukrzycy wydajemy dużo środków publicznych, ale przy właściwym „liczeniu się ze zdrowiem”, absolutnie nie mam cienia wątpliwości, że to się przełoży na dużo mniejsze wydatki późniejsze z racji mniejszej liczby powikłań. Minimum połowa kosztów leczenia cukrzycy, to koszt leczenia powikłań. Niektóre dane mówią, że powikłania cukrzycy odpowiadają za nawet 75% kosztów całkowitych. W Polsce jest to trudne do oceny, dlatego, że te budżety NFZ, ZUS oraz innych resortów nie są połączone informatycznie i dane się „nie spinają”. ZUS widzi pieniądze, które wydaje na zwolnienia i renty, natomiast Ministerstwo Zdrowia tego nie widzi. To nie jest wszystko połączone, a w przypadku chorób przewlekłych, gdy mówimy o cukrzycy, nadciśnieniu, czy chorobie wieńcowej, dane kosztowe powinny być połączone. To udało się zrobić w takich krajach, jak Belgia, czy Skandynawia. My o tym wiemy od lat, że te 75% kosztów cukrzycy, to nie jest, ani leczenie bieżące, ani hospitalizacje ostrych powikłań, tylko właśnie leczenie wieloletniej cukrzycy, która doprowadziła do uszkodzenia nerek, układu krążenia, udarów, amputacji, układu wzroku, itd. Temu możemy zapobiec, myślę że jak spojrzymy za dekadę te koszty będą mniejsze, dzięki decyzjom refundacyjnym Ministra Zdrowia w zakresie refundacji leków i systemów monitorowania glikemii.

Prof. Mariusz Bidziński, Konsultant krajowy w dziedzinie ginekologii onkologicznej, Kierownik Kliniki Ginekologii Onkologicznej Narodowego Instytutu Onkologii w Warszawie



Jestem gorącym zwolennikiem profilaktyki nowotworów i wiem o tym, że to się na dłuższą metę bardzo opłaca z perspektywy klinicznej i ekonomicznej. Po pierwsze, nowotworów profilaktyko-zależnych jest kilka, w tym rak szyjki macicy, rak piersi, czy rak jelita grubego. Jest oczywiście pewien problem z uczestnictwem pacjentów w programach profilaktycznych. Jest niestety duża grupa osób, która z profilaktyki onkologicznej nie korzysta. Na pewno profilaktyka powinna być szczególnie dedykowana grupom tzw. wysokiego ryzyka. Rak szyjki macicy jest dzisiaj w Polsce nadal dużym problemem. W tej chwili mamy rocznie ok 2,4 tys. zachorowań na raka szyjki macicy, a więc bardzo dużo. W tym nowotworze mamy znakomite narzędzia profilaktyki onkologicznej w postaci szczepień przeciwko HPV i badań cytologicznych. Drugim elementem, który kładzie się cieniem na profilaktykę nowotworów jest jej jakość. Przykładowo w raku szyjki macicy wprowadziliśmy bardzo dokładne analizy z Narodowym Funduszem Zdrowia, co do raków interwałowych. Co to znaczy? Osoba korzystała z badania cytologicznego, a za pół roku rozpoznano u niej nowotwór szyjki macicy. Takich zdarzeń wcale nie jest mało, a więc jakość tej profilaktyki musi też być poprawiona. Mówimy w tej chwili o certyfikowanych

laboratoriach oraz o przejściu na cytologię płynną. To są rzeczy, które powinny być zastosowane w zakresie profilaktyki. Jestem przekonany, że rejestr mógłby dzięki nowym narzędziom działać sprawniej. Mam nadzieję, że NFZ jako płatnik zobowiąże wszystkie podmioty realizujące programy profilaktyczne do udziału w procesie rejestracyjnym, bez względu na to, czy to jest podmiot publiczny, czy komercyjny. NFZ powinien wymóc działania zintegrowane. W zakresie jakości, wiem, że na dzień dzisiejszy zarówno liczba patomorfologów oraz ilość laboratoriów wymaga zwiększeniu, żeby ten proces jakościowy w dalszym stopniu poprawić, bo to jest kwestia bardzo istotna. Trzecim elementem jest kwestia edukacji. Bez dobrej edukacji, bez wprowadzenia dobrych nawyków na wczesnym etapie życia nie będziemy w stanie uzyskać pozytywnych efektów zdrowotnych po pewnym czasie. Czwartym elementem jest diagnostyka w ginekologii onkologicznej. Żeby można było zastosować terapie celowane i personalizowane musimy powinniśmy mieć naprawdę bardzo precyzyjne narzędzia z zakresu diagnostyki genetycznej, które pozwolą nam zidentyfikować pacjentów na tych, którzy rzeczywiście skorzystają z nowoczesnej technologii i tych, którzy na dzień dzisiejszy nie spełniają kryteriów. Na pewno diagnostyka genetyczna jest niezwykle narzędziem w onkologii i staramy się, żeby coraz szerszym strumieniem wchodziła do naszej praktyki klinicznej. Na szczęście tak się dzieje. W przypadku ginekologii onkologicznej mamy w tej chwili naprawdę bardzo dobre narzędzia i jesteśmy na dobrej drodze do tego, żebyśmy mogli lepiej diagnozować i leczyć nasze pacjentki. W zakresie leków, które stosujemy mamy coraz większe portfolio. Mam nadzieję, że dalej będziemy szli w tym kierunku, zwiększając asortyment refundowanych leków w terapii nowotworów ginekologicznych.

Prof. Krzysztof Tomasiewicz, Kierownik Katedry i Kliniki Chorób Zakaźnych Uniwersytetu Medycznego w Lublinie



Doświadczenia czasu pandemii zmieniły nasze podejście do zagrożeń związanych z chorobami zakaźnymi. Na pewno nie możemy dzisiaj pożegnać się jeszcze z COVID-19 i przestrzegam przed nadmiernym optymizmem, bo zarówno WHO, jak i nasze władze odwołują stany zagrożenia epidemiologicznego. Jest taki przekaz, że to już jest koniec pandemii. Natomiast my w dalszym ciągu hospitalizujemy pacjentów z ciężkimi przebiegami zakażenia koronawirusem SARS-CoV-2. Na wczorajszym dyżurze w naszej klinice były hospitalizowane cztery osoby z COVID-19. Jedna z pacjentek miała saturację na poziomie 57 proc. i to wskazuje nam, że to wcale nie jest koniec problemu. Następne miesiące i lata będziemy się z tym problemem zmagać. Na pewno nie w takiej skali, jak było to w 2020-2021 r., ale to będzie problem dla pacjentów hematologicznych, onkologicznych, czy pacjentów z obniżoną odpornością. Myślę, że epidemiologia chorób zakaźnych ulega zmianie w związku z ruchami migracyjnymi, m. in. w wyniku wojny w Ukrainie, czy emigracji z Afryki. Wiąże się to z pojawianiem się pacjentów ze znanymi nam infekcjami, którzy wymagają leczenia, czy wchodzenia w programy profilaktyczne. To jest wirusowe zapalenie wątroby typu C (HCV), HIV, czy gruźlica. Dzisiaj nie bardzo wiadomo, kto ma się gruźlicą zajmować. W pewnym momencie stwierdzono, że oddziały pulmonologiczne będą poświęcone do leczenia chorób onkologicznych płuc, a o gruźlicy zapomnieliśmy. Myślę, że pewnym problemem będą pewne wahnięcia, jeśli chodzi o wyszczepialność populacji. Przed chwilą przygotowywałem raport dla pewnych organizacji międzynarodowych dotyczący wyszczepienia obywateli Polski przeciwko WZW typu B. Nie wiem, czy Państwo wiecie, że w 2021 r. wyszczepialność noworodków w tym zakresie była na poziomie tylko 85 proc. Doszliśmy do takiego momentu kiedy wydawałby się, że szczepionka jest wysoce bezpieczna i powinniśmy przyjąć ją wszystkie noworodki, i kiedy właściwie nie ma przeciwwskazań

do szczepień przeciwko WZW typu B, a 15 proc. noworodków praktycznie nie przyjęła tego szczepienia. Większość pacjentów, których pytaliśmy dlaczego się nie zaszczepili przeciwko COVID-19 mówili, że „lekarz mi powiedział, że z Pana chorobami, to ja bym się nie szczepił”. Natomiast w przypadku szczepień obowiązkowych, to uważam, że tutaj powinno działać prawo. Szczepienia nie na darmo nazywają się szczepieniami obowiązkowymi. Myślę, że dajemy zbyt duży margines do nie przyjmowania tych szczepień. Zapominamy, że nieszczepienie dużej grupy ludzi przeciwko częstym chorobom zakaźnym stanowi ogromne zagrożenie dla tych osób, które rzeczywiście nie mogą się szczepić. My, lekarze chorób zakaźnych, powtarzamy to jak mantrę. Tu nie powinno być miejsca do dyskusji. To jest szczepienie obowiązkowe, zdefiniowane są przeciwwskazania do szczepień i to powinno być realizowane.

Środowisko lekarzy chorób zakaźnych i hepatologów od lat działa na rzecz całkowitej eradykacji wirusa HCV stanowiącego zagrożenie rozwoju raka wątrobowokomórkowego. Wydawałoby się, że powinno być lepiej w tym zakresie, bo od 1 lipca 2022 r. dołączono diagnostykę anty-HCV do koszyka świadczeń gwarantowanych lekarza POZ. Walczyliśmy o to przez wiele lat i wydawało nam się, że jeżeli lekarz rodzinny będzie miał możliwość zlecenia tych badań, to sytuacja diagnozowania przypadków zakażenia HCV ulegnie zdecydowanej poprawie. Od tego czasu w zasadzie nic się nie stało. Tych badań wykonywanych jest bardzo niewiele. Nie wiemy, tak naprawdę z czego to wynika. Prowadzimy akcje edukacyjne dla lekarzy rodzinnych, aby te badania wykonywać. Zapis związany z funduszem powierzonym w POZ stanowi, że można wykonać takie badanie u każdej osoby, u której podejrzewa się infekcję HCV. Podkreślamy wielokrotnie, że zakażenie HCV można podejrzewać u każdego pacjenta. Każdy z nas miał lub ma możliwość ekspozycji na sytuacje, gdzie może dochodzić do zakażenia. W ostatnich miesiącach znowu pojawiają się u nas pacjenci zakażeni HCV na etapie marskości wątroby. W ubiegłym miesiącu włączyłem ośmiu pacjentów do leczenia przeciwwirusowego, a siedem z nich miało marskość zdefiniowaną, czyli pacjenci mieli objawy marskości. A przecież nam chodzi, abyśmy rozpoznawali pacjentów na początkowym etapie zakażenia HCV, żebyśmy mogli ich całkowicie wyleczyć, żeby mogli wrócić do normalnego życia i nie byli zagrożeni rozwojem raka wątrobowokomórkowego. Mamy w tej chwili pandemię nowotworów wątroby. Duża grupa pacjentów, którzy trafiają do nas ze zmianami ogniskowymi w wątrobie ma rozpoznanie raka wątrobowokomórkowego. Mam nadzieję, że coś się wydarzy w kierunku eliminacji zakażenia HCV jak i pełnej profilaktyki raka wątrobowokomórkowego.

Prof. Artur Mamcarz, Kierownik III Kliniki Chorób Wewnętrznych i Kardiologii Wydziału Lekarskiego WUM, Członek Zarządu Polskiego Towarzystwa Medycyny Stylu Życia i Polskiego Towarzystwa Leczenia Otyłości

Na początku chciałbym podkreślić znaczenie medycyny stylu życia w procesie „liczenia się z naszym zdrowiem”. Medycyna stylu życia pozwala nam wyznaczyć właściwą ścieżkę, żeby zarządzać swoim zdrowiem, a nie chorobą. Potencjał dla medycyny stylu życia jest w tej chwili oczywiście ogromny, natomiast perspektywa poprawy sytuacji i realnych zmian jest wieloletnia. Zmiany nawyków i zmiany w stylu życia

nie generują korzyści krótkoterminowych, w związku z tym my musimy o tym mówić, bo my widzimy ten długofalowy interes potencjalnych pacjentów. Filarami medycyny stylu życia są m.in. szczepienia ochronne, niepalenie tytoniu, nienadużywanie alkoholu, właściwy model żywienia, aktywność fizyczna,



dobry sen i relacje między ludźmi. Pandemia COVID-19 wszystkie te filary zaburzyła. Dysfunkcja snu dotyczy obecnie około 30% pacjentów. Bezsenność generuje zwiększone ryzyko przyjęcia 500 kcal więcej następnego dnia, bo organizm rozpoznaje tę sytuację, jako alarm i potrzebuje więcej kalorii, więc to napędza nadwagę i otyłość. Dysfunkcja snu niesie zwiększone ryzyko chorób z bardzo różnych kręgów, więc potencjał jest ogromny. Po pandemii mamy ogromny problem z nadwagą otyłością i złymi nawykami u dzieci i młodzieży. Otyłości dzieci i młodzieży generuje ogromne konsekwencje natury kardiologicznej. Ładunek elementów ryzyka, który rozpoczyna się u 8-,10- czy 12-latków musi w konsekwencji zaowocować powikłaniami nie tylko w zakresie chorób układu sercowo-naczyniowego, lecz także metabolicznych, czy onkologicznych. Tak naprawdę wiemy, że nowotwory są zależne od nadmiaru tkanki tłuszczowej. Tkanka tłuszczowa generuje uogólniony proces zapalny, a zapalenie uogólnione to jest powód wielu problemów, więc to jest kwestia czasu, jeśli czegoś nie zrobimy dzisiaj, to będzie nas czekał wysyp ciężkich powikłań u coraz młodszych ludzi, a w konsekwencji skrócenie czasu trwania życia. Będziemy mierzyli się z ogromnymi problemami i powikłaniami. Widujemy ludzi dwudziestopięcioletnich, trzydziestoletnich dorosłych, którzy mają ciężkie powikłania patologicznej, zagrażającej życiu otyłości, jak chociażby powikłania zakrzepowo-zatorowe, których część pacjentów może nie przeżyć. W związku z tym mamy skrócenie życia i pogorszenie jego jakości i wiele innych problemów. Wobec tego musimy zacząć od dzieci i młodzieży. Tym zajmują się pediatrzy. Są pierwsze rejestry cukrzycy typu 2. u dzieci i młodzieży. Kiedyś, gdy zaczynałem swoją drogę zawodową w zasadzie tego problemu nie było. Ten problem ponad dekadę temu był zauważalny, a dzisiaj jest rzeczywistym tematem, którym trzeba się pilnie zająć. Generujemy ogromny problem dla młodych lekarzy, którzy będą się za chwilę zajmowali się otyłością olbrzymią młodych dorosłych, która powoduje wystąpienie bardzo licznych powikłań diabetologicznych, neurologicznych i kardiologicznych. Powinniśmy podjąć działania w tym kierunku. Są narzędzia, które politycy znają, chociażby podatek cukrowy, o którym sporo mówiliśmy. Przy każdej okazji staram się to powiedzieć, że uważam, że całość z tego podatku powinna być przeznaczona na edukację dzieci i młodzieży i zwiększenie ich aktywności fizycznej. Pozwoli to na kształtowanie właściwych modeli zachowań, które mogą być przenoszone do domu, a przez dzieci możemy edukować ich rodziców. Szczepienia ochronne są jednym z filarów profilaktyki zdrowotnej w kardiologii. Rekomendacje, które się pojawiają w niewydolności serca, nadciśnieniu płucnym mówią, że szczepienia przeciwko grypie, COVID-19 i pneumokokom są potrzebne. Mamy mocne dane, które pokazują, że jest ogromna przestrzeń do poprawy. Coraz częściej o tym mówimy. Jest bardzo duża grupa pacjentów, którzy mają wskazania, a się nie szczepią. To musi zabrzmieć, że my jako środowisko klinicyстів nie możemy przekazać komunikatu pacjentowi: „jest pan zbyt chory, żeby się zaszczepić”. Jest na odwrót, im bardziej pacjent jest chory, tym bardziej powinien się zaszczepić. Korzyści wynikające z tego szczepienia będą większe. Niestety bardzo często się zdarza, że lekarz Podstawowej Opieki Zdrowotnej poddaje pod wątpliwość branie statyn. To nie są rzadkie przypadki, więc myślę, że edukacja lekarzy i pacjentów jest bardzo ważna. tylko tak działać, żeby chorobę wyprzedzić, żeby ona się nie pojawiła.

Pacjenci z niewydolnością serca, to bardzo duża grupa pacjentów w Polsce. Nie ma precyzyjnych szacunków, bo nie ma dobrych rejestrów. Wg. danych NFZ w Polsce żyje między 1,2-1,5 miliona pacjentów z niewydolnością serca. Coraz więcej jest doniesień dotyczących wytycznych stosowania flozyn nie tylko u pacjentów z problemami diabetologicznymi, nefrologicznymi, lecz także kardiologicznymi. Rośnie znaczenie terapii flozynami u pacjentów z niewydolnością serca z zachowaną frakcją wyrzutową. W wytycznych Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego, które są akceptowane przez narodowe towarzystwa naukowe znalazły się informacje o tym, że zastosowanie flozyn ma poziom rekomendacji klasy 1A, czyli niestosowanie tych leków u pacjentów z niewydolnością

serca jest błędem w sztuce lekarskiej. Bardzo się cieszymy, że dwie flozyny, które mają za sobą badania kliniczne udawadniające wydłużenie przeżycia pacjentów kardiologicznych są już refundowane w Polsce. Wobec tego stosujemy je powszechnie i myślę, że warto porównywać odsetek pacjentów, którzy w nefrologii, kardiologii, diabetologii przyjmują flozyny, bo rekomendacje kliniczne są bardzo podobne. Myślę, że kardiologia zaczyna być liderem, jeśli chodzi o stosowanie flozyn u pacjentów z niewydolnością serca. W 2023 r. ukażą się na przełomie lata i jesieni nowe wytyczne, które wskażą stosowanie flozyn w niewydolności serca z zachowaną funkcją skurczową komory. To jest nowy, bardzo ciekawy obszar, bo do niedawna nie mieliśmy interwencji lekowej, która by przynosiła korzyści pacjentom. W związku z tym myślę, że czeka nas poprawa rokowania pacjentów z tym rozpoznaniem. Obserwujemy te efekty na co dzień. Widzimy pacjentów, którzy do tej pory mieli duszność przy podstawowych czynnościach codziennego dnia, a nagle wchodzą na 2. czy 3. piętro bez zadyszki w 3., 4. lub 5. dobie po włączeniu flozyn do leczenia. W sensie zarówno patofizjologicznym, jak i medycznym jest to niezwykle postęp, którego doświadczamy. Mamy poczucie, że refundacja flozyn w niewydolności serca przynosi ogromną korzyść dla chorych i ogromny postęp w terapii tego trudnego do leczenia schorzenia. Wiemy, że jest problem z wykupywaniem leków u pacjentów 75 plus. Warto zabezpieczyć dostępność refundacyjną flozyn też dla tej grupy pacjentów. Jako środowisko kardiologów rekomendujemy wpisanie flozyn na listę leków dla pacjentów 75 plus. Systemowe rozwiązania, które powodują, że dostępność dla konkretnych grup pacjentów rośnie, a zmniejsza się ograniczenie dostępu do leków z powodów finansowych są zalecane i dobre z perspektywy medycznej i społecznej. Oczywiście nie ma żadnego ograniczenia wiekowego dla stosowania flozyn. To jest wspólne nasze interdyscyplinarne doświadczenie, „zsywamy medycynę” łącząc interesy pacjentów, którzy mają cukrzycę, niewydolność serca i przewlekłą chorobę nerek. Ponad 4 miliony pacjentów ma przewlekłą chorobę nerek i 1,5 miliona żyje z niewydolnością serca. To jest ogromny wspólny zbiór osób chorujących przewlekłe. Część z chorych ma cukrzycę, ponieważ przewlekła choroba nerek jest związana z cukrzycą, na którą chorują od wielu lat. Jesteśmy wspólnie świadkami ogromnego postępu w tym zakresie.

Prof. Mariusz Wyleźół, Wiceprezes Polskiego Towarzystwa Leczenia Otyłości

W Polsce szacuje się, że na otyłość choruje około 6-8 milionów osób. Wszyscy ci chorzy są zagrożeni rozwojem powikłań otyłości, których liczba jest gigantyczna: cukrzyca typu 2, nadciśnienie tętnicze, zaburzenia lipidowe, choroby układu sercowo-naczyniowego, rozwój nowotworów złośliwych. Mierzymy się więc z ogromnym wyzwaniem. Co najgorsze, to widzimy, że wszelkie podejmowane działania, które miałyby zmierzać do tego, ażeby częstość tej choroby była mniejsza, zawodzą na całym świecie. Myślę, że one zawodzą głównie dlatego, że my oczekujemy tych działań ze strony pacjentów. Brakuje mi podjęcia działań systemowych, takich jak zwrócenie uwagi na rolę współczesnego przemysłu spożywczego w olbrzymim wzroście częstości zachorowań na otyłość. Bardzo często podczas rozmowy z chorymi pytam ich, czy zwracają uwagę na to, co kupują w sklepie. Pierwsza odpowiedź, która pada to: „skąd mamy wiedzieć, co jest dobre, a co złe”. Polecam, aby pacjenci zerkali na drugą stronę opakowania, gdzie znajduje się wartość kaloryczna spożywanych produktów. Wprowadziłem nawet krótką instrukcję dla chorych, żeby wartość kaloryczną, która jest podawana dzielić przez 10. To odpowiada liczbie łyżeczek cukru, które musielibyśmy wsypać do herbaty, ażeby uzyskać podobną kaloryczność. Spróbujcie Państwo zastosować taki prosty przelicznik idąc do sklepu



spożywczego i okaże się, że w zasadzie każdą wypijaną herbatę powinniście Państwo postodzić 8-10 łyżeczkami cukru. Przecież nikt by tego nie wypił, a tymczasem takie produkty spożywcze są przez nas kupowane w pełnej nieświadomości. Czego oczekiwać zatem od osób, które wiedzy żywieniowej nie posiadają, a wszędzie są atakowane reklamami i promocjami, które zachęcają do kupna „pyszno i zdrowo” produktu. Powinniśmy podjąć wspólny wysiłek, ażeby usiąść z przemysłem spożywczym wspólnie do stołu i zacząć na ten temat rozmawiać, bo to jest zguba dla naszej ludzkości. Natomiast w sytuacji, kiedy choroba otyłościowa się już rozwinie, to musimy takich chorych leczyć, ponieważ wielokrotnie ta choroba nie jest zależna od decyzji podejmowanych przez chorego, ma charakter endogenny, czyli pierwotne są zaburzenia neurohormonalnej regulacji spożycia pokarmów. Często jestem pytany, jak leczyć otyłość? Leczyć należy dokładnie tak samo, jak leczymy wszystkie inne choroby. Czyli po pierwsze – diagnostyka, po drugie - leczenie zachowawcze, czyli farmakologiczne, a po trzecie, jeżeli to nie jest skuteczne - leczenie chirurgiczne. To jest dokładnie takie samo postępowanie, jak w przypadku każdej innej choroby. Mogę jedynie dodać, że jestem szczęśliwy z tego powodu, że doczekałem czasów, kiedy jako chirurg bariatra, który przez wiele lat nie miał alternatywy dla leczenia chirurgicznego, od kilku lat są już dostępne na rynku wysoce skuteczne leki przeciwotyłościowe, które dają dwucyfrową, w aspekcie procentowym, redukcję masy ciała. To jest efekt nieznan dotychczas medycynie, który ja często porównuję do wprowadzenia antybiotyków przed kilkudziesięciu laty. Myślę, że to jest wielki przełom w medycynie. Oczywiście wszyscy zdajemy sobie sprawę z dużych ograniczeń w dostępności do leków przeciwotyłościowych. Bardzo mogłoby nam wszystkim pomóc uporządkowanie tego rynku poprzez wprowadzenie finansowania leczenia stosowania leków przeciwotyłościowych ze środków publicznych. To byłaby wyraźna wskazówka zarówno dla lekarzy, jak i dla chorych, kiedy po te leki powinniśmy sięgać i może wówczas okazałoby się, że tą dramatyczną sytuację niedoboru leków, z którą w chwili obecnej się mierzymy moglibyśmy rozwiązać. Nie jestem ekspertem od leczenia dzieci chorujących na otyłości, ale z wielką trwogą obserwuję, jak w chwili obecnej żyje młodzież. Niestety wciąż zbyt mało młodych ludzi uprawia sport, dba o aktywność fizyczną. Obecnie trenowane są głównie mięśnie kciuków, które służą do przesuwania ekranu w telefonie. Powinniśmy, my jako dorośli, włożyć olbrzymi wysiłek, aby stworzyć bezpieczną przestrzeń publiczną dla naszych dzieci, wyciągnąć dzieci z domów i oderwać od komórek, komputerów. To jest nasza wielka odpowiedzialność. Otyłość u dzieci, które wkraczają w świat dorosłych ma zdecydowanie większe zagrożenie dla zdrowia. To są wielkie dramaty tych dzieci i przeżywane nieszczęście.

Prof. Przemysław Mitkowski, Prezes Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego

Dzisiaj rozmawiamy o diagnostyce, profilaktyce i o leczeniu, a także o tym, że wydatki na profilaktykę, diagnostykę i leczenie to nie jest koszt, a inwestycja. Szczególnie dotyczy to kardiologii, gdzie profilaktyka lub leczenie przekłada się na zysk całego życia obywatela. Wiele czynników ryzyka, które powodują progresję miażdżycy, czyli wysokie stężenie cholesterolu, nadciśnienie tętnicze, zaburzenia gospodarki węglowodanowej, czyli stany przedcukrzycowe i cukrzyca wymagają wielu lat istnienia, żeby spowodować objawową chorobę układu sercowo-naczyniowego. To co dla nas wszystkich jest chyba najgorsze, to fakt że same w sobie te wyniki nie boją, w związku z tym odkładamy wykonanie badań profilaktycznych, bo żyjemy w poczuciu pełnego zdrowia i trudno nam sobie wyobrazić, że coś się z nami może dziać. Jeżeli



ktokolwiek z nas ma w rodzinie kogoś kto zmarł przed 50. rokiem życia, to badania profilaktyczne powinny być wykonane już w wieku 15, 20, a najpóźniej 25 lat. Jeżeli nikogo takiego nie mieliśmy, to te badania powinniśmy wykonać w wieku 35, czy 40 lat. Służy temu chociażby program 40 plus. Niestety nie wszyscy z uprawnionych skorzystali z tego programu. Zdaję sobie sprawę, że to nie załatwia wszystkich problemów zdrowotnych, ale chociażby pozwoli nam na modyfikowanie bardzo wczesne tych czynników ryzyka, czyli zaburzeń gospodarki lipidowej i węglowodanowej i nadciśnienia tętniczego, które odpowiadają za to, w jakim stanie będzie nasze zdrowie kiedy osiągniemy wiek 50, 60, 70 czy 80 lat. Te czynniki ryzyka potrafimy dosyć dobrze modyfikować, w związku z tym warto zobaczyć, na jakie ryzyko jesteśmy narażeni i jak je skorygować. Polska należy do państw o bardzo wysokim ryzyku sercowo-naczyniowym. W porównaniu do państw niskiego ryzyka, do jakich należą chociażby Francja, Hiszpania, Wielka Brytania, czy kraje skandynawskie mamy, przy takim samym nasileniu podstawowych czynników ryzyka, jakimi są wiek, płeć, palenie papierosów, ciśnienie tętnicze i wartość cholesterolu HDL, ryzyko w polskiej populacji dwu- lub 2,5-krotnie wyższe. Czyli mamy ponad dwukrotnie większe szanse zachorowania na objawową chorobę układu sercowo-naczyniowego w ciągu następujących dziesięciu lat. Wiemy, jak temu zaradzić, ale trzeba u każdego z nas indywidualnie to ryzyko określić i wdrożyć odpowiednie leczenie.

Chciałbym podkreślić znaczenie terapii flozynami, szczególnie u pacjentów z niewydolnością serca z zachowaną frakcją wyrzutową. Jest to wspaniała grupa leków i niezwykle wygodna w leczeniu, dlatego że obserwujemy znikomą ilość działań ubocznych oraz zdarzeń niepożądanych. Te leki nie wymagają dostosowywania dawki, jest jedna dawka dla pacjentów z niewydolnością serca. W 2022 r. flozyny u chorych z niewydolnością serca z obniżoną frakcją wyrzutową trafiły na listę refundacyjną z odpłatnością 30-procentową. To spowodowało, że większość naszych pacjentów mogło pozwolić sobie na tę terapię, która wydłuża życie i zmniejsza liczbę hospitalizacji. Mamy również badania opublikowane w ubiegłym roku, które mówią, że także u chorych z niewydolnością serca z zachowaną frakcją wyrzutową, to jest mniej więcej podobna populacja, jak chorych z niewydolnością serca z obniżoną frakcją wyrzutową. U tych chorych, jeżeli zdiagnozujemy niewydolność serca to potrafimy zmniejszyć ryzyko hospitalizacji i bardzo ważne jest to, że kryteria wyłączenia do tych programów, czyli opis grupy, która może skorzystać z takiego leczenia są bardzo proste. Są to trzy kryteria: pierwsze - oznaczenie jednej substancji we krwi, drugie - stwierdzenie cech niewydolności serca, czyli chociażby łatwego męczenia przy pokonaniu pewnego dystansu i trzecie - stwierdzenie choroby organicznej serce, czyli przerost ścian lewej komory, czy powiększenie lewego przedsionka.

Prof. Barbara Radecka, Kierownik Kliniki Onkologii z Odcinkiem Dziennym w Opolskim Centrum Onkologii

Problem raka piersi jest dużym wyzwaniem nie tylko medycznym, ale również społecznym i ekonomicznym. Rak piersi, to ciągle najczęstszy nowotwór wśród kobiet i główna przyczyna zgonów kobiet w okresie aktywności zawodowej. W ostatnich paru latach pojawiło się kilka bardzo istotnych refundacji innowacyjnych leków, które poszerzyły nasze polskie portfolio terapii chorych na raka piersi. Zrefundowane leki zostały bardzo szybko zaimplementowane do codziennej praktyki klinicznej i liczba chorych, które korzystają z tych nowoczesnych terapii systematycznie wzrasta. W listopadzie 2022 r. pojawiła się refundacja leku sacytuzumab gowitekan, nad którą chwilę się zatrzymam, ponieważ jej szczególną wartością było również to, że proces



refundacji przebiegał bardzo szybko. Była to refundacja związana z zapisami ustawy o Funduszu Medycznym, co umożliwiło skrócenie ścieżki refundacyjnej dla tego innowacyjnego leku. To znacząco odbiega od przewlekłości procesów refundacyjnych, do której jesteśmy przyzwyczajeni. Dzięki temu chore na raka potrójnie ujemnego (agresywny, niekorzystnie rokujący podtyp raka piersi) uzyskały bardzo szybko refundację innowacyjnej terapii. Lek należy do tzw. koniugatów, czyli leków łączących w jednej cząsteczce przeciwcało skierowane na określony cel molekularny w komórce nowotworowej i lek cytostatyyczny. Ta forma leczenia robi obecnie furorę w różnych wskazaniach w onkologii. Wiele takich leków jest obecnie na różnych etapach badań klinicznych. Chcę podkreślić, że każdy rok przynosi nowe doniesienia o innowacyjnych lekach w raku piersi, pojawiają się nowe rejestracje, w związku z tym również oczekiwania refundacyjne rosną. W tej chwili na różnych etapach procesu refundacyjnego są kolejne leki dla chorych na raka piersi. Na refundację oczekuje inny koniugat, tym razem dedykowany chorym na zaawansowanego raka HER2 dodatniego. Kolejna metoda leczenia - immunoterapia ma obecnie w onkologii coraz szersze zastosowanie i jest coraz lepiej oceniana. Nowy lek immunologiczny dla chorych na raka potrójnie ujemnego jest także w procesie refundacyjnym. Czekamy na refundację abemacyklibu dla chorych na wczesnego raka piersi hormonozależnego. To jest dość duża grupa chorych, ale lek, o którym wspominałam jest dedykowany tylko chorym z tzw. wysokim ryzykiem nawrotu. To wysokie ryzyko jest definiowane jako występowanie określonych cech klinicznych - przerzutów do pachowych węzłów chłonnych, wysokiej złośliwości lub dużych wymiarów pierwotnego guza w piersi. To jest już znacząco mniej liczna populacja, prawdopodobnie ok. 1,2 tys. do 1,5 tys. chorych w skali roku. Lek ma być podany po to, aby to ryzyko nawrotu zmniejszyć. Wyniki badań naukowych wyraźnie wskazują, że taka możliwość jest. Onkolodzy bardzo cenią leki z grupy cyklibów, nie tylko ze względu na ich szczególną wartość w chorobie zaawansowanej, ale również ze względu na możliwość doustnego stosowania w warunkach domowych i względnie dobrą tolerancję. W tej chwili jeden z tych leków – abemacyklib jest już zarejestrowany i dopuszczony do obrotu w Unii Europejskiej w chorobie wczesnej, a my czekamy na ukończenie procesu refundacyjnego tego leku w Polsce. Mam nadzieję, że to się odbędzie w najbliższych miesiącach. Producent tego leku wystąpił z programem wczesnego dostępu, który skierował do kilkunastu ośrodków onkologicznych w Polsce i w ramach tego dostarcza lek za symboliczne euro. Obecnie kilkadziesiąt kobiet w Polsce z takiej formy dostępu do leczenia korzysta.

Co do czynników, które mogą stanowić podwyższone ryzyko zachorowania na raka piersi dyskusje nieustannie się toczą. Bardzo trudno te czynniki zdefiniować. Na pewno wiemy, że czynnikiem ryzyka jest płeć, większość raków jest zależna od przemiany estrogenów, niemniej jednak trudno w odniesieniu do pojedynczej pacjentki zdecydować, który czynnik wywołał u niej chorobę nowotworową. Badania obserwacyjne dużych grup chorych, a także dane z badań podstawowych wskazują na to, że u kobiet otyłych, u których przemiana metaboliczna jest również związana z większą produkcją estrogenów to ryzyko jest statystycznie wyższe. Co więcej, chore otyłe mają gorsze wyniki leczenia, częściej u nich dochodzi do nawrotu choroby, po wcześniejszym radykalnym leczeniu. Bardzo zwracamy uwagę u kobiet, które przeszły leczenie z powodu raka piersi na kontrolę masy ciała. Niektórzy wręcz nazywają to nowym adjuwantem. Adjuwant to w onkologii leczenie wspierające główne leczenie operacyjne, a więc jest adjuwantowa chemioterapia, adjuwantowa hormonoterapia, leczenia systemowe, które wspierają zasadniczy zabieg operacyjny. Niektórzy kontrolę masy ciała i aktywność ruchową nazywają nowym adjuwantem. Mamy dowody naukowe, które pozwalają nam rekomendować chorym po przebyciu leczenia raka piersi kontrolę masy ciała i regularną aktywność fizyczną.

Bardzo dziękuję i jeszcze jedna kwestia. Otóż słyszymy ostatnio, że wśród kobiet po 70 roku życia kobiety nie poddają się badaniom profilaktycznym, ponieważ uważają, że rak piersi dotyczy tylko kobiet młodych bądź kobiet na początku tego wieku średniego. Proszę pani profesor powiedzieć bardzo wyraźnie, że nie jest to prawda.

Bardzo wyraźnie - nie jest to prawda. Program badań przesiewowych jest kierowany do kobiet pomiędzy 50 a 69 rokiem życia i to jest grupa wiekowa, która w większości krajów jest objęta programem badań przesiewowych. Utrwała się zatem przekonanie, że tylko w tym okresie można zachorować i tylko w tym okresie życia należy się zgłaszać na badania. Niestety, nic bardziej mylnego. Prawda jest, że pomiędzy 50 a 69 rokiem życia występuje największy szczyt zachorowań, dlatego dla tej grupy wiekowej prowadzimy program badań populacyjnych. Chorują jednak również panie starsze, a rzeczywiście one tę czujność onkologiczną tracą, nawet jeśli wcześniej poddawały się regularnej mammografii co 2 lata, po 70. roku życia uważają, że badań nie muszą wykonywać. To powoduje, że u kobiet w podeszłym wieku rozpoznajemy raka piersi w wyższych stopniach zaawansowania, kiedy leczenie jest trudniejsze. To są panie także z problemem wielochorobowości, bo z wiekiem inne schorzenia cywilizacyjne także zaczynają je dotykać, co jeszcze bardziej utrudnia leczenie. To również przekłada się na dane Krajowego Rejestru Nowotworów, a mianowicie zwiększenie umieralności z powodu raka piersi wśród seniorek. Świat obecnie dyskutuje i ta dyskusja toczy się również w Polsce, nad wydłużeniem okresu badań przesiewowych co najmniej o 5 lat, a więc do 74 roku życia. Należy pamiętać, że kobiety żyją coraz dłużej, również w Polsce, a więc na pewno wydłużenie tego okresu badań przesiewowych jest w mojej opinii zasadne. Myślę, że będzie to również utrwalalo właściwe wzorce zachowań.

***Dr Michał Dziągiewski, Dyrektor Departamentu
Lecznictwa w Ministerstwie Zdrowia***

Jest taka słynna „trójca rzemieślnicza”, kiedy klient chce, żeby rzeczy były zrobione szybko, dobrze i tanio. Sam temat dzisiejszej sesji mówi o tym, że chcemy, aby było szybko. Jesteśmy przekonani, że w medycynie nic nie może być zrobione niedobrze, czyli dobrze chcemy na pewno. Czyli tak naprawdę mówimy o tej trzeciej części, której z całą pewnością rzemieślnik nie dochowa, czyli tanio nie będzie. Dlaczego potrzebujemy, tak dobrze określonych kategorii? Całkiem niedawno do polskiej medycyny wprowadzono robota da Vinci. On póki co działa w Polsce w jednym wskazaniu - raka gruczołu krokowego. Pracujemy nad dalszymi wskazaniami, bo tych obszarów, w których robot ma zdecydowaną przewagę nad operatorem, który posługuje się tylko laparoskopem bądź w ogóle metodą otwartą jest więcej. Za rakiem prostaty optowała większość, ponieważ wielu Polaków jeździło do Niemiec, aby móc skorzystać z tego typu operacji przeprowadzonej robotem, przeznaczając na to swoje prywatne oszczędności. Dwa kolejne wskazania, w których jest udokumentowana wartość technik robotowych, to rak macicy i rak jelita grubego.



W zakresie genetyki genetycznej wiemy, że będzie dobrze, szybko, ale nie będzie tanio. Nie chcielibyśmy, aby w każdym przypadku wykonywany był cały panel genetyczny, bo wydamy pieniądze zupełnie niepotrzebnie na badania, które nie wniosą nic, bądź wniosą niewiele. Prym w badaniach genetycznych będzie wiodła u dorosłych głównie onkologia, a w mniejszym zakresie neurologia. Świat poszedł już w tym kierunku, że w niektórych przypadkach, w wąskich wskazaniach bez badania genetycznego nie da się dopasować dobrego leczenia pacjentowi. Jeżeli mamy zapewniać to jako

świadczenie gwarantowane, to chcemy wiedzieć, kto tego będzie potrzebował, w jakim zakresie, w jakiej fazie choroby, w jakiej lokalizacji, jak muszą być do tego przystosowane laboratoria oraz jak będzie mierzony finalny efekt całego procesu. Wszystkie te dane muszą być dokładnie zebrane, ponieważ dobra raz danego się nie odbiera. Jest to kosztowne, dlatego przygotowania muszą być precyzyjne. Wiemy w Ministerstwie Zdrowia, że działania związane z większą dostępnością do badań genetycznych to jest konieczność.

W aspekcie mammograficznych badań przesiewowych rozważamy udostępnienie ich dla kobiet w starszych przedziałach wiekowych. Lada chwila wejdzie w życie rozporządzenie, które będzie zmieniało granice wieku w obydwu programach profilaktycznych, bo nie mówimy tylko o raku piersi, ale także o raku szyjki macicy.

Chcemy podejmować wszystkie decyzje dotyczące leczenia pacjentów w Polsce w oparciu o bezpieczeństwo pacjenta, skuteczność ścieżki diagnostyczno-terapeutycznej oraz efektywność kosztową. Problem polega na tym, że na Ministerstwo Zdrowia składa się wiele osób, bardzo dużo różnych zespołów współpracujących z ekspertami ze świata zewnętrznego. Niedobrze by było, gdyby to urzędnicy ministerstwa postanawiali, co jest skuteczne, co bezpieczne i właściwe, więc zawsze w tych momentach korzystamy z porad ekspertów klinicznych. Dobrym przykładem do zobrazowania, jak wyglądają takie decyzje jest sam proces refundacyjny, o którym często się rozmawia. Znają Państwo ten magiczny próg opłacalności kosztowej definiowany jako 3 PKB/na głowę mieszkańca, który stosowany literalnie praktycznie wyeliminowałby z refundacji większość nowych terapii, które Minister Zdrowia zrefundował. Dlatego cały proces refundacji technologii medycznych opiera się na wielu różnych filarach decyzyjnych, ale także na możliwości budowania kompleksowego modelu. Bo to jest bardzo istotne w chorobach rzadkich, że sukcesem medycyny jest, gdy w ogóle możemy jakkolwiek lek zastosować. I tam trudno się wtedy targować z producentem, aby osiągnąć próg opłacalności ok. 176 tys. zł za QALY. Dlatego głównym beneficjentem tych decyzji refundacyjnych, poza pacjentami są akcjonariusze firm farmaceutycznych. W związku z tym, w procesie podejmowania decyzji w publicznym systemie ochrony zdrowia jest prowadzony proces pewnego rodzaju wyważania tych wszystkich składowych, bo formuły matematycznej się z tego nie robi. Jest to też pewnego rodzaju intuicja, empatia i wsłuchiwanie się w głos organizacji pacjentów i klinicystów. Czasem również skorzystanie z ekspertów nieujawnionych, bo bardzo dobrze się rozmawia z profesorami, którzy mają wielką wiedzę i szerokie horyzonty, ale czasem „doktor ze zwykłej poradni, z małego szpitala” potrafi powiedzieć coś, co wydawało się być nieoczywiste, a przedstawia realny obraz rzeczywistej sytuacji.

W zakresie samoleczenia Polaków, to ostatnio opublikowano wyniki badań, z których wynika, że jest z tym nadspodziewanie dobrze. Jesteśmy w czołówce krajów europejskich, jeżeli chodzi o skłonność do samoleczenia się i proponujemy rozszerzenie tego jeszcze. Problemem wydaje się, gdzie można kupić te leki, bo obecnie można je kupić wszędzie. Z całą pewnością, nie jest to tylko ukierunkowane na wyłącznie wskazanie, które substancje powinny być dostępne w obrocie dodatkowym, poza receptami, czy nawet poza aptekami. To jest temat do dłuższej rozmowy, na temat tego, w jaki sposób uzupełniamy nasz system opieki zdrowotnej możliwością zakupu leków OTC na wolnym rynku. Drugim krajem po nas jest Wielka Brytania. Myśmy kopiowali, o ile dobrze pamiętam, model brytyjski, stosując większość rozwiązań w tym zakresie.

Prof. Jan Lubiński, Kierownik Międzynarodowego Centrum Nowotworów Dziedzicznych Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie

Nowoczesne, szybkie diagnozowanie chorób nowotworowych w Polsce to bardzo złożony problem i są bardzo różne aspekty, które tutaj trzeba by poruszyć. Cieszę się, że udało nam się opracować szereg projektów, które są naszym oryginalnym osiągnięciem w skali międzynarodowej. Pierwsza rzecz, która wydaje mi się wyjątkowo skuteczna, ważna i która nie jest do końca wykorzystana, to wykorzystanie potencjału diagnozowania wysokiego ryzyka raków przez mutacje charakterystyczne dla polskiej populacji. Mamy co najmniej milion osób, które są do zdiagnozowania w sposób niezwykle prosty, niezwykle tani w oparciu o ocenę tak zwanych mutacji założycielskich, charakterystycznych dla polskiej populacji. Program, który ostatnio się rozwija to „Kompleksowa opieka nad rodzinami z wysokim dziedzicznym uwarunkowanym ryzykiem zachorowania na nowotwory” obejmując pacjentów z grupy najwyższego ryzyka. Mamy narzędzia w Polsce wypracowane, które są tanie i skuteczne, ale nie wykorzystujemy ich w pełni. Ten program został przeniesiony z finansowania budżetowego do NFZ. Dobrze, że tak się stało, jednak są kwestie, które trzeba dopracować. Wystaliśmy propozycje poprawek do ministerstwa zdrowia, lecz odzewu póki co nie ma. Perspektywy diagnostyki predyspozycji do chorób w ogóle, nie tylko do nowotworów szybko się rozwijają. W tej chwili kończymy prace nad testem, którym będziemy badać około 2 tys. mutacji, zarówno dla chorób nowotworowych, jak i nienowotworowych. Koszt takiego badania to ok. 50 euro. Możemy dzięki temu zdiagnozować w Polsce parę milionów osób z grup najwyższego ryzyka zachorowania. To będzie dostępne lada tydzień. Kolejna kwestia to najnowsze postępy, (w wielu aspektach jesteśmy pierwsi na świecie) nad korelacjami pomiędzy żywieniem, a dokładniej z pierwiastkami, a ryzykiem chorób i nad przeżyciami pacjentów z nowotworami. Opublikowane dane są takie: dobry selen, dobry poziom cynku, ryzyko zgonów w ciągu 5 lat pacjentów z rakiem piersi, rakiem prostaty, czerniakiem złośliwym, rakiem płuca, rakiem krtani jest na poziomie ok. 10%. Złe, niedoborowe pierwiastki i to ryzyko zwiększa się do ok. 50%. Jest to więc przełom, który powinien znaleźć odbicie we wdrożonych standardach postępowania i testach. Póki co, nie jest widoczny wpływ tych wniosków w zaleceniach specjalistycznych towarzystw lekarskich. Myślę, że powinien mieć również odbicie w katalogach świadczeń i badań diagnostycznych lekarzy POZ.



Prof. Anna Latos-Bieleńska, Konsultant krajowy w dziedzinie genetyki klinicznej, Przewodnicząca Rady ds. Chorób Rzadkich

Mówimy od wielu lat o diagnostyce genetycznej i jej kluczowej roli w procesie diagnostyki i leczenia. Na początku po prostu mówiliśmy, jak ważne są badania genetyczne, ale potem staraniem całego środowiska genetyków klinicznych przygotowaliśmy Białą Księgę, w której gromadziliśmy przykłady, jak diagnostyka genetyczna kładzie kres odysei diagnostycznej w chorobach rzadkich. Okazało się, że dopiero wtedy przebiliśmy się z naszym przekazem do decydentów, kiedy pokazaliśmy, że diagnostyka genetyczna, która uchodziła niesłusznie za drogą i wydawało się często, że jest niepotrzebna, finalnie jest znacznie tańsza. Ale diagnostyka genetyczna nie może być na samym końcu procesu diagnostycznego, ona musi



być wykonana dość wcześnie. To dotyczy zarówno onkologii, jak i chorób rzadkich. W onkologii jest to podstawa właściwej terapii, a że terapie są drogie, to bardzo ważne jest, żeby najpierw precyzyjnie ustalić, u których pacjentów dany lek będzie działać, a u których nie. W tym przypadku efekt ekonomiczny diagnostyki genetycznej będzie duży. Ustaliliśmy, że odpowiednio wcześnie wykonana diagnostyka genetyczna choroby rzadkiej jest pięciokrotnie tańsza niż powtarzanie badań obrazowych, czy powtarzanie różnego typu badań biochemicznych. Kiedy pomyślimy, że w chorobach rzadkich zazwyczaj jest to bardzo chore dziecko, to trzeba wziąć pod uwagę nie tylko aspekt ekonomiczny, ale także oszczędzenie dziecku - i tak bardzo cierpiącemu - dodatkowego cierpienia, długich hospitalizacji i wielu bolesnych i stresujących badań. Są jednak pewne warunki, które powinny być spełnione, żeby w Polsce diagnostyka genetyczna rozwijała się we właściwym kierunku. Na pierwszym miejscu wymienię Ustawę o testach genetycznych, bardzo potrzebną zarówno w onkologii, jak i chorobach rzadkich. W chorobach rzadkich jeszcze musimy pamiętać o znaczeniu porady genetycznej i tutaj rozpoznanie przyczynowe z określeniem efektu molekularnego jest absolutnie podstawowe. Musimy mieć pewność, że jakość badań genetycznych jest wysoka, badanie musi być wiarygodne, ponieważ źle zrobione przyniesie wiele krzywdy i to nie tylko jednemu pokoleniu, lecz także następnym. Ustawa o testach genetycznych byłaby gwarantem tej wysokiej jakości. Laboratoria genetyczne będą certyfikowane, pracować w nich będzie kompetentna kadra, badania zostaną przeprowadzane dobrze technicznie, a wyniki będą we właściwy sposób zinterpretowane i we właściwy sposób wykorzystane w praktyce klinicznej. Ustawa powinna regulować sprawę praw pacjenta - u kogo można zrobić badania, a u kogo robić ich nie wolno. Powinna również uporządkować kwestię wywozu materiału genetycznego Polaków za granicę. Ten temat wraca, szczególnie wobec tego, co dzieje się obecnie na świecie. Ważną kwestią jest również certyfikacja laboratoriów. Zarówno w Narodowej Strategii Onkologicznej, jak i w Planie dla Chorób Rzadkich została przewidziana certyfikacja laboratoriów genetycznych już w 2023 r. Najpierw będą certyfikowane laboratoria, które robią badania genetyczne w chorobach rzadkich. Myślę, że nastąpi to jesienią tego roku. Nieco później będzie certyfikacja laboratoriów, które robią badania genetyczne w onkologii. Kolejną sprawą jest uzupełnienie listy świadczeń o wysoko przepustowe badania genomowe w chorobach rzadkich. W onkologii jest w ocenie kolejna grupa testów diagnostycznych, genetycznych, które będą miały zastosowanie w niektórych nowotworach. Jest bardzo ważne, żeby te testy były stosowane u właściwych pacjentów i według właściwych wskazań. Dlatego są potrzebne, zarówno w onkologii, jak i w chorobach rzadkich, rekomendacje dotyczące diagnostyki genetycznej. Te rekomendacje będą ukończone w tym półroczu i przedstawione Ministrowi Zdrowia, a następnie wejdą w życie, jako obwieszczenie Ministra Zdrowia. Zmieniliśmy też program specjalizacji z genetyki klinicznej. To jest w tej chwili nowoczesna medycyna genomowa. Poprzednio program był bardzo mocno nastawiony na diagnostykę prenatalną i wady wrodzone. Dzisiaj to jest zupełnie inna specjalizacja, chociaż nazywa się tak samo. Największym jednak problemem jest rozwój kadry genetyków laboratoryjnych. Do tej pory specjalizację z laboratoryjnej genetyki medycznej mogli robić tylko diagnosty laboratoryjni. W tej chwili możliwość zrobienia specjalizacji jest otwarta też dla biotechnologów, biologów, genetyków i absolwentów biomedycyny. To są takie kierunki, gdzie już na studiach jest dużo genetyki molekularnej i dla absolwentów tych kierunków została utworzona nowa specjalizacja, to jest medyczna genetyka molekularna. Program specjalizacji napisaliśmy i czekamy na akceptację ze strony CMKP. Mam nadzieję, że już pod koniec roku będą pierwsi specjaliści medycznej genetyki molekularnej. Zdajemy sobie sprawę z tego, że należy też wesprzeć lekarzy. Byłoby to wsparcie poprzez wprowadzenie umiejętności „onkogenetyka” dla lekarzy onkologów. Ale to nie do końca rozwiązuje problem, bo onkolodzy są bardzo zapracowani i trudno, żeby jeszcze dodatkowo realizowali te wszystkie działania, które należą do genetyka klinicznego. Wobec tego myślimy o tym, że powinien być doradca genetyczny w dziedzinie onkologii,

który we współpracy z lekarzem onkologiem, ale jednak z dosyć dużą samodzielnością, mógłby te zadania realizować. W Polsce są osoby, które choć nieformalnie jeszcze, są takimi doradcami genetycznymi właśnie w onkologii, miałam okazję z takim znakomitym doradcą genetycznym współpracować i to się doskonale sprawdza. Natomiast w poradni genetycznej widziałabym wsparcie pielęgniarki genetycznej. Taka specjalizacja dla pielęgniarstwa stanowiłaby ogromne wsparcie dla specjalisty genetyki klinicznej. Musimy stale myśleć też o edukacji na kierunku lekarskim. Należy również zmienić program studiów na kierunku Analityka, dodając więcej zajęć z diagnostyki genetycznej i genetyki molekularnej. W ramach Rady ds. Chorób Rzadkich aż trzy zespoły ekspertów pracują w obszarze poprawy diagnostyki genetycznej i efekty naszej pracy będą niedługo widoczne.

Prof. Lucjan Wyrwicz, Kierownik Kliniki Onkologii i Radioterapii, Narodowy Instytut Onkologii Państwowy Instytut Badawczy

Postęp, jeśli chodzi o metody diagnozowania implikuje postęp terapeutyczny w chorobach nowotworowych, który wpływa na to, że pacjent może zachować swoją aktywność, może funkcjonować w rolach społecznych i zawodowych. Dzisiaj kładziemy akcent na koszty, na to, jak optymalizować



te wydatki w systemie ochrony zdrowia. Natomiast to, że pacjent onkologiczny dzięki temu, że wykonano badania diagnostyczne i zastosowano terapię celowaną może być aktywny, ale to też ma znaczenie dla jego rodziny. Pandemia COVID-19 była nie tylko trudnym wyzwaniem dla medycyny, ale była też okolicznością, która pozwoliła na to, aby szereg różnych zmian wdrożyć. Onkologia się w ostatnich trzech latach bardzo się zmieniła, zarówno pod względem wykorzystania zasobów szpitalnych, jak i znaczącego skracania ścieżek diagnostycznych. Staramy się maksymalnie uprawdopodobnić procedury diagnostyczne, których chory będzie wymagał do tego, żeby dojść do celu, czyli postawienia diagnozy i wdrożenia leczenia. To też jest zgodne z oczekiwaniami naszych pacjentów. Oni nie chcą chodzić od lekarza do lekarza. Potrzebują kompleksowości w diagnostyce. Jak dostaną się do onkologia, to oczekują, że cały plan diagnostyki zostanie naświetlony i dowiedzą się, kiedy mogą rozpocząć leczenie. Kiedyś problemem w rozpoczęciu leczenia były kolejki. Dzisiaj w zasadzie problem kolejek w onkologii, poza chirurgią, nie jest jakiś przerażający. Liczba ośrodków świadczących opiekę chorym w zakresie chemioterapii, czy radioterapii jest wystarczająca. Możemy powiedzieć, że to często ośrodki czekają na chorego, a nie chory na ośrodek. W okolicznościach okołopandemicznych udało się wdrożyć infuzory, jako świadczenie gwarantowane, które zmieniły dużo w zakresie dostępności do leczenia onkologicznego nowotworów przewodu pokarmowego. Muszę podkreślić, że nowotwory przewodu pokarmowego w każdym ośrodku onkologicznym stanowią ok. 25% zachorowań, czyli co 4 pacjent onkologiczny, który przychodzi do onkologa lub do szpitala onkologicznego, cierpi na nowotwory przewodu pokarmowego. Ci chorzy mają nowotwory o dużej częstości, nowotwory, w których relatywnie długo się żyje i mają nowotwory, które wymagają dużej liczby prostych świadczeń zdrowotnych, jak na przykład podanie chemioterapii. Narodowy Instytut Onkologii wykorzystując infuzory jednorazowe, zastępuje stałe obłożenie 60 łóżek szpitalnych tylko po to, żeby podawać chemioterapię, która trwa kilka dób, czyli jest to dramatyczna oszczędność systemowa. Przechodząc do kompleksowości i diagnostyki, to z jednej strony bardzo dobrze, że mówimy o potrzebach zwiększenia i poprawy w zakresie diagnostyki molekularnej, czy genetycznej, choć pamiętajmy, że w onkologii duża część tej diagnostyki dotyczy chorych leczonych paliatywnie, a nie radykalnie. Musimy pamiętać o tym, że zwiększanie dostępu do tych metod jest ważne, ale może

nie dawać bezpośredniego przełożenia na to, czy zwiększy się wyleczalność w określonym nowotworze. Nie mówię tu o wszystkich nowotworach, ale mam na myśli te najczęstsze nowotwory. Gdybyśmy mieli uzupełniać czymś pojedynczym portfolio diagnostyczne, to powinniśmy uzupełnić je adekwatną diagnostyką, która zwiększa wczesne wykrywanie, czy optymalne leczenie radykalne, jako pierwszy krok, a dopiero potem w drugim kroku uzupełniać. Oczywiście, to jest teoretyczne rozważanie, bo w medycynie tak mamy, że wszystko naraz próbujemy zrobić i wdrożyć i troszeczkę wsparcia w zakresie rozliczania diagnostyki molekularnej, genetycznej w onkologii, by się przydało, bo ta dziedzina została dosyć szczerze potraktowana w poprzednich latach. Pozostało jedno, może dwa wskazania do badań molekularnych, które trudno dzisiaj sfinansować w obecnych instrumentach.

Mec. Piotr Mierzejewski, Dyrektor Zespołu Prawa Administracyjnego i Gospodarczego w BRPO, Współprzewodniczący Komisji Ekspertów ds. Zdrowia przy Rzeczniku Praw Obywatelskich, Współprzewodniczący Komisji Ekspertów ds. Ochrony Zdrowia Psychicznego przy Rzeczniku Praw Obywatelskich



Mówiąc o chorobach rzadkich, wiemy, jak istotna jest diagnostyka, bo ona oszczędza cierpienia pacjentowi, jednocześnie przynosząc konkretne oszczędności związane choćby z brakiem hospitalizacji pacjentów. Po odbytym w Biurze Rzecznika Praw Obywatelskich posiedzeniu Komisji Ekspertów ds. Zdrowia Rzecznik skierował wystąpienie do Ministra Zdrowia, w którym zasygnalizował szereg kwestii. Podkreślenia wymaga, że diagnostyka w każdej chorobie jest podstawą. W przypadku chorób rzadkich nie budzi wątpliwości fakt, że jednym z podstawowych praw pacjenta jest prawo do tego, aby mieć szybką i prawidłową diagnozę schorzenia, na które cierpi. Diagnoza musi być połączona z możliwością szybkiego wdrożenia leczenia przy pomocy takich leków, które będą skuteczne. Jest to system naczyń połączonych, a wiem, że z tym bywają niestety problemy. Odnosząc się generalnie do problematyki chorób rzadkich, pragnę w dużym skrócie wskazać kluczowe kwestie podniesione przez RPO w związku rekomendacjami ekspertów, które mają znaczenie dla chorych w Polsce. To na co w czasie tej debaty zwracano uwagę i to, co znalazło swoje odzwierciedlenie w wystąpieniu do Ministra Zdrowia, to były kwestie dotyczące tego, że przede wszystkim powinny być przygotowane szczegółowe rekomendacje dla lekarzy dotyczące diagnostyki genetycznej poszczególnych chorób rzadkich. Wiemy doskonale, że choroby rzadkie, to taka terra incognita, gdzie przy bardzo wielu już zdefiniowanych schorzeniach diagnozowane są nowe jednostki chorobowe. Problem tych pacjentów w dużym stopniu polega na tym, że medycyna cały czas te choroby powoli identyfikuje i niewykluczone jest, że nawet za kilkadziesiąt lat nowe choroby rzadkie będą identyfikowane. To jednak nie zwalnia nas z obowiązku, aby w przypadku poszczególnych chorób rzadkich były rekomendacje kliniczne, czyli ścieżka, jak należy postępować z pacjentem. Kolejna kwestia, to wdrażanie Planu dla Chorób Rzadkich. Na jednym z poprzednich spotkań mówiłem szerzej o tym, jak ta walka Rzecznika wglądała na przestrzeni ostatnich dziesięciu lat. Bardzo się cieszymy, że ten plan jest w końcu wdrażany. W zakresie planu, istotne jest to, że należy poprawić samą diagnostykę chorób rzadkich, co musi być powiązane z dostępem do nowoczesnych metod diagnostyki z wykorzystaniem technologii genomowych. Jednocześnie, postawienie diagnozy musi być powiązane z dostępem refundacyjnym do rekomendowanych klinicznie leków i środków specjalnego przeznaczenia żywieniowego. Musi być jednocześnie stworzony Rejestr Chorób Rzadkich, Paszport Pacjenta i platforma informacyjna. To wszystko musi być powiązane, w systemie, który będzie

sprawnie funkcjonował. Rekomendowane jest ustanowienie nowych specjalizacji w zakresie diagnostyki genetycznej, takich jak: doradca genetyczny czy pielęgniarka genetyczna. Postulowane jest stałe poszerzanie i zwiększenia środków na koszyk świadczeń gwarantowanych. W przypadku diagnostyki genetycznej dotyczy to wysoko przepustowych badań genomowych, jak również konieczności stałego rozszerzania diagnostyki przesiewowej. Bardzo ważne jest zwiększanie oferty farmakologicznej dla pacjentów z chorobami rzadkimi, również u noworodków, bo im wcześniej wykryjemy daną chorobę tym jest większa szansa na to, że ten pacjent będzie miał, o ile nie da się go wyleczyć, przynajmniej komfort życia. Przechodząc do kosztów, wskazać należy, że Państwo powinno kłaść szczególny nacisk nie tylko na profilaktykę, lecz właśnie na diagnostykę. Jest bardzo istotne, kiedy możemy pewne choroby wykryć u osoby, u której występuje wysokie ryzyko zachorowania, choroba może też być utajona i dopiero po latach daje o sobie znać, kiedy konsekwencje są już duże. Państwo powinno też szczególną uwagę przykładać do tego, aby racjonalnie finansować świadczenia medyczne. W przypadku masowego stosowania testu wiemy, że im częściej go stosujemy, im większa jest produkcja danego rodzaju produktu, to koszt jednostkowy powinien być niższy. Badania przesiewowe będą wpływały na zdrowie populacji, ale również na finanse publiczne, ponieważ wczesne wykrycie w dużym stopniu może w przyszłości zapobiec konieczności wydatkowania dużych środków z budżetu państwa na leczenie osoby już w zaawansowanym stadium choroby. Diagnostyka w dużym stopniu powinna być dokonywana u jak najmłodszych pacjentów. To wiąże się z nakazem dla władzy, który wynika z Konstytucji, z artykułu 68, ustęp 3. Zawiera on nakaz skierowany do władz publicznych stosowania tzw. dyskryminacji pozytywnej. Ustawodawca wskazuje w nim szczególne grupy obywateli, które powinny być traktowane w sposób priorytetowy. Wśród tych grup wymieniane są dzieci, co jest nakazem, że w stosowaniu tego prawa, w tworzeniu prawa, wdrażaniu określonych procedur powinno się mieć właśnie na względzie to, że dobrostan dziecka jest jednym z priorytetów państwa jako przyszłego dorosłego obywatela, który powinien móc aktywnie uczestniczyć w społeczeństwie i stanowić dla niego wartością dodaną.

*Prof. Konrad Rejdak, Prezes Polskiego
Towarzystwa Neurologicznego, Kierownik
Katedry i Kliniki Neurologii UM w Lubinie*

W neurologii kluczową kwestią jest szybka diagnoza i wdrożenie skutecznego leczenia. Nie zawsze jest to możliwe, a powikłań jest bardzo wiele. Te powikłania wykluczają pacjenta z aktywności zawodowej. Dzisiaj mówimy też o kosztach związanych z zaniechaniem pewnych



działań w przypadku konkretnych chorób neurologicznych. Obecnie neurologia podlega dużej transformacji, jeśli chodzi o optymalizację systemu opieki w naszym kraju. Jesteśmy bardzo zadowoleni z dobrego dialogu z Ministerstwem Zdrowia, dzięki któremu wprowadzamy zmiany w zakresie skutecznej diagnostyki i leczenia. Najlepszym przykładem są udary mózgu. Udar mózgu, to ostra choroba, która grozi zgonem, ciężkimi powikłaniami i niepełnosprawnością. Niepełnosprawnością, której nie da się często cofnąć, więc cieszymy się, że przedłużono funkcjonowanie programu pilotażowego dotyczącego leczenia ostrej fazy udaru niedokrwiennego za pomocą przezcewnikowej trombektomii mechanicznej naczyń domózgowych lub wewnątrzczaszkowych. To pozwoli przygotować się lepiej wielu ośrodkom klinicznym w Polsce do wdrożenia tych rozwiązań na stałe. Możemy się pochwalić, że mamy dobre wskaźniki, na poziomie ok. 5%, jeśli chodzi o zastosowanie trombektomii mechanicznej. Oczywiście cały czas postulujemy o nowe rozwiązania systemowe. Do tej

pory pokutował system rozliczeń świadczeń w neurologii, że trzeba było przyjąć pacjentów do szpitala i rozliczyć określony w nim pobyt, który wiązał się z szeroką diagnostyką. Wiemy, że to jest absurd, bo jeżeli pacjent wyjdzie dzień wcześniej, a ma wykonane wszystkie należne badania, to nie może to w żaden sposób dawać szansy właściwego rozliczenia dla oddziału. Na te zmiany jeszcze czekamy. Nie jest to łatwe do wprowadzenia, ale liczymy na współpracę w tym zakresie z MZ i NFZ. W ostatnim czasie doszło do pozytywnych modyfikacji w zakresie diagnostyki wczesnej chorych z chorobami neurozwyrodnieniowymi. Dokonała się dobra zmiana, bo mamy szansę na jednodniowy pobyt pacjentów w szpitalu, wykonanie obrazowania mózgu, szybkiej diagnostyki i postawienia właściwej diagnozy.

Dr Krzysztof Łanda, Założyciel Fundacji Watch Health Care, Prezes HTA FORMEDIS Sp. z o.o.

Chciałbym poruszyć dwa zagadnienia w zakresie optymalizacji wydatków w systemie ochrony zdrowia. Przede wszystkim chciałbym zaapelować o bardziej aktywną rolę Ministerstwa Zdrowia w zakresie optymalizacji zarówno leczenia, jak i kosztów leczenia pacjentów z chorobami przewlekłymi na przykładzie cukrzycy. Mamy w tej chwili dostępne nowoczesne leki - agoniści GLP-1, które są praktycznie w ogóle w Polsce nierefundowani. *De facto*, te leki są refundowane w bardzo niewielkim stopniu, dla bardzo wąskiej grupy osób.



Ostatnio Pan Minister Miłkowski poszerzył istotnie zastosowanie systemów ciągłego monitorowania glikemii i dla pewnej grupy chorych mogłyby te dwie interwencje posłużyć, jako kompleksowa możliwość odroczenia insulinoterapii u pacjentów z cukrzycą typu 2. Zrobiłem pewne obliczenia, które pokazują, że synergia pomiędzy stosowaniem systemów ciągłego monitorowania glikemii oraz agonistów GLP-1 może znacząco (nawet do 10 lat) odroczyć stosowanie insulinoterapii. Jest to jednak zastosowanie GLP-1 w stanie przed-cukrzycowym, czyli jeszcze przed koniecznością wdrożenia insuliny, a to jest zastosowanie tych leków poza wskazaniami rejestracyjnymi, czyli *off-label*. Oczywiście, zgodnie z art. 40 ustawy refundacyjnej, Minister Zdrowia może takie wskazanie zrefundować w Polsce zlecając Agencji Oceny Technologii Medycznych ocenę tej technologii medycznej we wskazaniu *off-label*. Wg. danych IQVIA, 50% osób z cukrzycą typu 2 w Polsce nie przyjmuje żadnych leków. To są zatrważające dane, które pokazują, że połowa ludzi z rozpoznaną cukrzycą typu 2 zupełnie się nie leczy. I teraz powstaje pytanie, czy w tych przypadkach rola Ministra Zdrowia nie powinna być bardziej aktywna i czy nie powinien on aktywniej projektować zmiany w polityce lekowej, wychodząc z propozycjami refundacji, również jeżeli chodzi o wskazania pozarejestracyjne. Drugą kwestią, którą chciałbym poruszyć, to jest potrzeba samoleczenia w Polsce. Ostatnio Fundacja Watch Health Care opublikowała raport dotyczący stosowania leków OTC (ang. over-the-counter) w obrocie pozaaptecznym. W tym raporcie zaproponowaliśmy kryteria, którymi Minister Zdrowia mógłby się kierować, jeśli chodzi o przydział leków do obrotu aptecznego oraz przydział leków tych, które mogą i powinny być stosowane poza aptekami. Potrzeba samoleczenia w takim kraju, jak Polska jest coraz większa. Mamy coraz dłuższe kolejki do lekarzy. W związku z tym, samoleczenie zdecydowanie odgrywa i będzie odgrywać coraz większą rolę w Polsce. Myślę, że tutaj kreowanie również aktywnej polityki Ministerstwa Zdrowia powinno być widoczne. To, że Polska jest w czołówce krajów, jeżeli chodzi o samoleczenie i obrót pozaapteczny lekami OTC, to nie jest powód do dumy. To jest prośbę Państwa raczej wynik tego, że ludzie nie mogą dostać się do lekarza i otrzymać receptę na lek. W związku z tym, ci biedni ludzie, cierpiąc w domu, po prostu muszą kupić leki OTC w

aptece, na stacji benzynowej, czy w sklepie. Wykluczenie komunikacyjne narasta i niestety, szczególnie w obszarach wiejskich, ta sytuacja jest dramatyczna. Stąd wzrost dostępu do samoleczenia jest koniecznością, a nie efektem rozwoju cywilizacyjnego Polski.

Prof. Brygida Kwiatkowska, Konsultant krajowa w dziedzinie reumatologii, Kierownik Kliniki Wczesnego Zapalenia Stawów Narodowego Instytutu Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji w Warszawie



Optymalne leczenie to wielka wartość dla pacjenta, dla jego rodziny, ale też dla finansów publicznych. W przypadku reumatologii dokonało się dużo pozytywnych zmian, ale w pierwszej kolejności skupialiśmy się i nadal skupiamy na zapalnej chorobie reumatycznej. Dlatego, że w zapalnej chorobie reumatycznej możemy dokonać bardzo dużo dla relatywnie małej, młodej grupy ludzi. Dla tej grupy pacjentów wczesne leczenie i dobra organizacja opieki (bo to są dwie rzeczy, które trzeba prowadzić równolegle), powodują, że jesteśmy w stanie utrzymać ich w dobrej kondycji zdrowotnej, a jednocześnie utrzymać na rynku pracy. Możemy zredukować schorzenia współistniejące i zgony z powodów sercowo-naczyniowych, czy nowotworowych. I tu dokonał się rzeczywiście bardzo duży postęp, przede wszystkim związany ze zwiększoną dostępnością refundacyjną do innowacyjnego leczenia. Jest jednak dalej dużo do zrobienia w zakresie opóźnień diagnostycznych. Wynikiem tego jest samoleczenie, bo bardzo często pacjenci zanim trafią do reumatologa, wykorzystują wszystkie możliwości samoleczenia. Drugim naszym kierunkiem działania to koordynacja i kompleksowość opieki. Choroby reumatyczne są chorobami, w których dominuje wielochorobowość na bardzo wczesnym etapie procesu zapalnego i wymaga to koordynowania opieki pomiędzy wieloma specjalistami. Bardzo często te choroby powodują zmiany wielonarządowe, a więc tym pacjentem musi zająć się wielu specjalistów. Drugim wyzwaniem jest udroźnienie płynnego przejścia i zaopiekowanie się pacjentami, którzy zaczynają chorować w wieku dziecięcym i osiągają wiek pełnoletni. Ci pacjenci bardzo często kończą 18 lat i nie wiedzą, gdzie się leczyć, jak się leczyć, a mają chorobę do końca życia. Więc na pewno tutaj jest dużo do zrobienia. Kolejne wyzwanie, to jest wyzwanie populacyjne. Poza chorobami zapalnymi, nad którymi cały czas pracujemy i staramy się optymalizować opiekę, są choroby, które nie są chorobami zapalnymi, tak jak choroba zwyrodnieniowa czy osteoporoza. Według danych Narodowego Funduszu Zdrowia, tylko 8% chorych z osteoporozą się leczy. W Polsce jest ok. 2 milionów chorych na osteoporozę (głównie kobiet), a konsekwencją braku skutecznego leczenia są niestety duże wydatki finansowe na endoprotezoplastykę, która jest wynikiem złamań i niestety pogorszenie stanu zdrowia i jakości życia pacjentów. To samo dotyczy choroby zwyrodnieniowej. W chorobie zwyrodnieniowej niewiele możemy zdziałać poza finalnym leczeniem, jakim jest endoprotezoplastyka. Możemy jednak działać profilaktycznie poprzez kształtowanie świadomości, co zrobić, żeby pacjenci tą chorobę zwyrodnieniową osiągnęli w dużo późniejszym wieku.

***Prof. Zbigniew Żuber, Kierownik Katedry Pediatrii
KAAFm, Przewodniczący Rady Ekspertów ds.
Chorób Rzadkich Medycznej Racji Stanu***



Jestem dumny, że Medyczna Racja Stanu skupia tak wspaniałych fachowców, ekspertów, ale także pasjonatów medycyny, bo to jest najważniejsze. Każdy z nich oczywiście walczy o swoją dziedzinę najlepiej, jak potrafi. W dziedzinie reumatologii i chorób rzadkich mamy działamy ze wszystkich sił i staramy się pomóc naszym pacjentom. W dziedzinie reumatologii, znakomicie współpracujemy z Panią Profesor Brygidą Kwiatkowską, konsultantem krajowym, z AOTMiT, NFZ i Ministerstwem Zdrowia. To przekłada się na refundację nowych terapii oraz nowych możliwości diagnostycznych. Osteoporoza dotyczy pacjentów we wszystkich chorobach przewlekłych. Jest to bardzo duży problem. W optymalizacji modelu opieki będą na bazie ośrodków reumatologicznych tworzone nowe poradnie osteoporotyczne. Mamy nadzieję, że to poprawi leczenie osteoporozy i ograniczy patologiczne, niskoenergetyczne złamania oraz dolegliwości bólowe u wielu pacjentów. W zakresie medycyny wieku rozwojowego mamy nowe terapie i staramy się, w jak najlepszej formie doprowadzić naszych pacjentów do wieku dorosłego. W zakresie najczęstszej artropatii wieku dziecięcego, czyli młodzieńczym idiopatycznym zapaleniu stawów, najwięcej zachorowań jest w przedziale wiekowym między 2 a 6 rokiem życia. To jest grupa, gdzie są najczęstsze zachorowania, ale tutaj też mamy zbyt dużo stawianych późnych rozpoznań tej choroby. Tutaj jest gigantyczna luka w wiedzy i kierowaniu pacjentów do ośrodków reumatologicznych. Pacjenci są wielokrotnie hospitalizowani, wielokrotnie leczeni, wielokrotnie operowani, zanim zostaną rozpoznani. W chorobach reumatycznych wieku rozwojowego jest również problem z wiekiem przejściowym, bo tutaj mamy, tak zwaną magiczną granicę 18-ego roku życia. Z tym wiąże się problem, że są to pacjenci w szkole średniej, przed maturą, a mają przed sobą egzaminy na studia. Natomiast, chcę podkreślić jedną rzecz i chciałbym, żeby to wybrzmiało bardzo wyraźnie - choroba nawet jednego stawu nadal jest chorobą ogólnoustrojową. Nie musi być zajętych 5-10 stawów, żeby to była ciężka choroba układowa. Każda choroba z zajęciem stawów, to jest choroba ogólnoustrojowa, autoimmunizacyjna, która dotyczy wszystkich narządów organów, z wieloma powikłaniami narządowymi. W przebiegu choroby następuje zajęcie narządów wewnętrznych, powikłania kardiologiczne, gastrologiczne, neurologiczne, okulistyczne, z zaburzeniem normalnego funkcjonowania w społeczeństwie. I to, co najważniejsze - pacjent trzyletni do wieku 18 lat ma 15 lat przed sobą. On musi być dobrze leczony, żebyśmy mieli pacjentów w remisji, a mamy ku temu odpowiednie możliwości, żeby nasi pacjenci byli dobrze leczeni, tak jak w innych krajach europejskich. I wydaje mi się, że to jest najważniejsze przesłanie. Podkreślam jeszcze raz - nawet choroba jednego stawu to nadal ciężka choroba ogólnoustrojowa.

***Prof. Ryszard Gellert, Konsultant krajowy w dziedzinie
nefrologii***



Myślę, że w polskim społeczeństwie jest niestety niska świadomość zagrożeń nefrologicznych. W Polsce może być nawet 4,7 miliona osób z niewydolnością nerek. Ludzi, którzy przedwcześnie umierają z powodu choroby nerek w naszym kraju jest tyle, co osób umierających z powodu choroby nowotworowej, czyli ok. 100 tysięcy rocznie. Osób, które chorują na kłębuszkowe zapalenia nerek mamy ok. 6 tys. osób. Cała reszta chorych, to pacjenci z powikłaniami

cukrzycy, nadciśnienia tętniczego oraz innych chorób przewlekłych. Niestety, również samo leczenie wielu chorób, często kończy się tym, że uszkodzamy nerki. Każda alergologia polekowa, która manifestuje się na skórze może niszczyć nerki. Jeżeli mówimy o ostrym uszkodzeniu nerek, to wiemy, że im starszy człowiek tym bardziej może być narażony na powikłania nerkowe antybiotykoterapii, stosowania niesterydowych leków przeciwzapalnych, czy leków przeciwbólowych. To te przyczyny, w wyniku których tracimy nerki. 90 proc. ludzi z zaawansowaną chorobą nerek, o tym nie wie. Nikt im tego rozpoznania nie stawia, bowiem ta choroba nie boli. A skoro pacjent się nie skarży, to lekarze, i z przykrością to mówię, tego nie szukają. Szukają nowotworu, ale choroby nerek, która zabija równie skutecznie – nie. Tymczasem, choroba nerek, nawet w okresie wydolności skraca, od momentu rozpoznania oczekiwany czas dalszego życia o ok. 30 proc.. Dla dwudziestolatka, który ma przed sobą przeciętnie w Polsce średnio 60 lat życia, to jest ok. 18 lat. Powinniśmy również mówić o miliardach złotych, które są wynikiem utraty produktywności tych chorych nefrologicznych w wyniku absencji, rent i przedwczesnych zgonów. To są olbrzymie koszty społeczne braku wczesnego rozpoznania i skutecznego leczenia choroby nerek. Dzięki współpracy Ministerstwa Zdrowia i środowiska klinicystów przygotowano i ma być wprowadzony „Model organizacji opieki ambulatoryjnej nad pacjentem z przewlekłą chorobą nerek (PChN)”. W zapisach znajdują się bardzo precyzyjne wytyczne dla lekarza POZ, diabetologa i kardiologa, kiedy i jakie postępowanie zastosować i kiedy pacjenta skierować do nefrologa. Diagnostyka PChN opiera się na badaniach kreatyniny lub albuminurii. Badanie albuminurii jest szczególnie istotne, bo na jego podstawie można wykryć PChN wcześniej niż za pomocą badania kreatyniny i wprowadzić leczenie nefroprotektoryjne. Jednak w rzeczywistości rzadko się je wykonuje. Szczególną uwagę na potrzebę regularnych pomiarów kreatyniny i albuminurii powinni zwrócić lekarze POZ u chorych z tzw. grupy podwyższonego ryzyka. PChN rozwija się często na podłożu cukrzycy typu 2, nadciśnienia tętniczego czy niewydolności serca, ale też innych chorób. Warto profilaktycznie wykonywać badania stężenia kreatyniny oraz poziomu albuminurii w kierunku PChN. Wartościowe może być nawet zwykłe badanie moczu, które w przypadku nieprawidłowości zwróci uwagę lekarza i skłoni go do dalszego poszukiwania problemu. Obecnie możemy skutecznie leczyć niewydolność nerek dzięki refundacji ACE-inhibitorów w pierwszej linii leczenia oraz refundacji flozyn w drugiej linii leczenia. Mamy, jako nefrolodzy nadzieję, że Minister Zdrowia zrefunduje lek trzeciej generacji - inhibitor receptora dla mineralokortykoidów.

*Ksiądz Władysław Duda, Dyrektor
Archidiecezjalnego Zespołu Domowej Opieki
Paliatywnej w Warszawie, Duszpasterz
Warszawskiej Służby Zdrowia*



W czasie Medycznej Racji Stanu mówimy zawsze o tym, jak ważna jest opieka nad pacjentem na końcu jego życia. Głównie są to pacjenci nowotworowi, którzy potrzebują opieki hospicyjnej i paliatywnej, a opieka jest także ważna dla ich rodzin, bo ta profesjonalna opieka, wiele daje też najbliższemu otoczeniu. Nasz panel ma tytuł „Czas to życie, czas to pieniądz” i na wstępie chcę powiedzieć, że Kardynał Stefan Wyszyński mówił „Czas to miłość”, a ksiądz Twardowski, napisał „Kochajmy ludzi, bo tak szybko odchodzą”. Widzimy więc, że ten czas w miłości w rodzinie jest ogromnie ważny. Jestem w ruchu hospicyjnym od początku, kiedy on się tworzył, to znaczy od lat osiemdziesiątych, a dokładnie od 1987 r. pracuję w warszawskim środowisku hospicyjnym. I muszę powiedzieć, że kiedy powstawał ruch hospicyjny, a to był wtedy ruch społeczny, wtedy bardzo

akcentowano niechęć do hospicjów stacjonarnych. W trakcie debat wiele osób wtedy mówiło: „my nie chcemy mieć przed oknami umieralni”. Dlatego, w Polsce rozwijał się ruch hospicjum domowego, a wzorce zaciągane były z Anglii. Koszt hospicjum domowego, w porównaniu z hospicjum stacjonarnym jest znacząco mniejszy, a korzyści dla pacjenta, rodziny i najbliższych są ogromne. Hospicjum domowe ma pomóc, żeby człowiek mógł odchodzić we własnym łóżku, domu i wśród najbliższych. To jest ogromnie ważne, to jest poczucie bezpieczeństwa w ostatnich chwilach życia tego człowieka. Postawmy siebie w tym miejscu. Wiemy, że hospicja stacjonarne, są tak prowadzone, żeby jak najbardziej przypominały warunki domowe, ale to nigdy nie będzie własny dom. Wielokrotnie Forum Ruchu Hospicyjnego w Polsce zwracało na to uwagę Ministerstwu Zdrowia, że rozwój hospicjów domowych i ich dofinansowanie jest o wiele korzystniejsze z wielu względów i na różnych poziomach, niż opieka stacjonarna. Przez wiele lat, które poświęciłem na pracę w hospicjum i prowadząc setki rozmów z odchodzącymi pacjentami słyszałem: „Proszę księdza, dostałem skierowanie do szpitala, ale ile czasu życia przedłuży mi ten szpital? Dwa tygodnie życia? Trzy tygodnie życia? W szpitalu będę leżał wśród obcych ludzi. Ja nie chcę tam iść. Ja wolę żyć krócej, ale być i umrzeć u siebie w domu”. I to najbardziej istotne dla chorego, dla rodziny i dla najbliższych. Owszem, narasta coraz większy problem niechęci rodziny do opiekowania się chorym terminalnie w domu. Rodzina mówi: „Ale my sobie nie wyobrażamy umierania bliskiej osoby w domu”. To jest pierwszy argument, chociaż coraz rzadziej spotykany. A drugi argument, to: „No tak, ale w szpitalu, w hospicjum lepiej pomogą” Dlatego edukacja rodziny w opiece nad chorym terminalnie jest bardzo ważna. Hospicjum domowe edukuje rodzinę oraz otacza rodzinę opieką socjalną i psychologiczną. Poza tym, organizuje wolontariuszy. Wielokrotnie to nasz pracownik socjalny wchodzi w kontakt z sąsiadami chorego, bo rodzina jest niezdolna do organizowania opieki nad tym chorym przez sąsiadów. Oczywiście, są ważne i potrzebne hospicja stacjonarne, ale główny nacisk powinien być położony jednak na rozwój hospicyjnej opieki domowej.

***Michał Byliniak, Dyrektor Generalny Związku
Pracodawców Innowacyjnych Firm
Farmaceutycznych INFARMA***



Warto przeprowadzić całościową ocenę wpływu, jak innowacja w medycynie wpływa na zdrowie społeczeństwa i na wydatki całego systemu ochrony zdrowia w Polsce. W medycynie lepiej jest szukać rozwiązań, które czasami kosztują więcej, ale finalnie przynoszą więcej wartości dla pacjenta i systemu. Jeżeli chodzi o system ochrony zdrowia, to w zasadzie można powiedzieć, że od 2012 r. ustawa refundacyjna przyniosła korzystną zmianę w udostępnianiu pacjentom nowych technologii medycznych - lekowych i nie lekowych. Możemy powiedzieć, że w wielu obszarach, co też widzimy w stanowiskach pacjentów i klinicystów, coraz więcej technologii, coraz więcej terapii jest refundowanych. Decyzje Ministra Zdrowia przekładają się na dostępności chorych do leków, które leczą lub przynoszą ulgę w chorobie i poprawiają jakość życia. Na pewno stawia to przed systemem ochrony zdrowia, coraz więcej nowych wyzwań. Kiedy pomyślimy sobie o tym, na jak wysokim poziomie innowacji medycznych są terapie genowe, czy szczepionki przeciwko COVID-19, to musimy sobie powiedzieć, że to są niezwykle wysoko zaawansowane terapie. A to nie jest ostatnie słowo w medycynie i farmacji, które zostało powiedziane. Przed nami wyzwania w zakresie ATMP, czyli produktów leczniczych terapii zaawansowanej (ang. Advanced Therapy Medicinal Products). Obecnie liczymy w setkach badania kliniczne w ostatnich fazach z tymi terapiami.

Wydaje się, że za chwilę będziemy stali przed zupełnie innymi wyzwaniami, przed którymi stoimy dzisiaj i będziemy musieli zastanawiać się, w jaki sposób pokazywać płynące z tego korzyści dla pacjentów i systemu ochrony zdrowia. Mówimy, że się opłaca. My tą opłacalność musimy wykazać poprzez szukanie i udowadnianie efektu, który przekłada się na zmniejszenie obciążenia systemu ochrony zdrowia, na koszty hospitalizacji, liczby dni absencji chorobowej, itp. Tak naprawdę trzeba się zastanowić nad tym, czy inwestycja chociażby w diagnostykę molekularną i zaawansowane techniki diagnostyczne nie warunkuje dostępu chorych do terapii celowanych, które będą skuteczne. I wydaje się, że ta filozofia powinna zacząć być realizowana po to, abyśmy pacjentów leczyli szybciej, lepiej i skuteczniej. Powinniśmy również pilnować, żeby tam gdzie tylko to jest możliwe, pacjent był zaopatrywany w tą jakość, która się opłaca i jest efektywna. Hasło „Liczymy się z naszym zdrowiem” ma wymiar systemowy, finansowy, ekonomiczny, kliniczny oraz etyczny. Wiemy także, że postęp, który się dokonuje na przykład w chorobach rzadkich, musi się wiązać z jakością, ale też z ceną leków zazwyczaj wyższą, niż przy chorobach powszechnych. Choroby rzadkie są tym obszarem, w którym pojawia się temat analizy wielokryterialnej, która uwzględnia wszystkie wyniki terapii. W przypadku pacjentów z chorobami rzadkimi mówimy o niewielkich populacjach, które czasami statystycznie nie pozwalają na to, żeby akceptowalne obecnie w innych obszarach parametry wykazać. W przypadku chorób końca życia (ang. end of life treatment) mówimy o pacjentach, u których czas stosowania leku jest zbyt krótki, żeby pewne efekty wykazać. I tutaj zderzamy się z sytuacją, w której trzeba podjąć decyzję, nie tylko opierając się na centymetrze guza, nie tylko opierając się na pewnym mierzalnym parametrze, tylko trzeba sięgać po obszary z dziedziny etyki, których naukowo nie da się opisać, ale one są bliższe życiu i są dla pacjenta najlepsze.

Krzysztof Kopeć, Prezes Polskiego Związku Pracodawców Przemysłu Farmaceutycznego

Warto zwrócić też uwagę na problem przeniesienia z Europy do Azji produkcji substancji czynnych do wytwarzania leków. Chcieliśmy kupować jak najtaniej i tylko cena się liczyła. Wydawało się nam więc, że to jest najlepsze rozwiązanie. Jeszcze w latach 90-tych 80% wszystkich substancji powstawało w Europie lub w USA, a tylko 20% w pozostałych rejonach świata, w tym w Azji. Tyle że wszyscy oczekiwali obniżek cen leków, a obniżki cen to po prostu cięcie kosztów i dlatego część produkcji przeniosła się do Chin. Tymczasem Chiny oraz Indie świadomie zachęcały do lokowania u nich tej produkcji, ponieważ wyczuli koniunkturę i zaczęli inwestować środki w budowę fabryk. Zresztą ostatnio powstał też program rządowy w Indiach, jak przejąć produkcję API z Chin. Produkcja API w Chinach do wytwarzania leków generycznych koncentruje się w 80% w pięciu prowincjach i stamtąd są one eksportowane na cały świat. Większość API jedzie prosto z Chin do Indii, gdzie w fabrykach, które są też dotowane przez rząd, powstają gotowe leki, eksportowane do Europy. No i tu wracamy do tego, co jest tematem dzisiejszej debaty Medycznej Racji Stanu. Jakość, przestrzeganie standardów ochrony środowiska i prawa pracy kosztują, ale się opłacają. I jeśli zrezygnujemy z tego i jeszcze bardziej będziemy się uzależniać od Azji w całym cyklu produkcji— od API do leku gotowego, to jakość i bezpieczeństwo lekowe Europy i Polski będą zagrożone. Na szczęście, cała Europa powoli się budzi i coraz głośniejsze mówi o konieczności produkcji w Europie części API, przynajmniej tych kluczowych, tych które są podstawą do produkcji najbardziej potrzebnych leków (ang. essential drugs), gwarantujących bezpieczeństwo terapii większości pacjentów. Być może to skończy się dotacjami na kształt rynku rolnego, być może innymi rozwiązaniami, ale już nikt się nie



oszukuje, że to niepotrzebne. To jest ten moment, kiedy wszyscy zdajemy sobie sprawę, że jakość znaczy także produkcja leków i API w Europie, produkcja bliżej tych rejonów, które są demokratyczne i są bliżej naszego kręgu kulturowego. I tutaj widzimy również aktywności ze strony Unii Europejskiej. Są to takie inicjatywy, jak ustawa farmaceutyczna, zapewnienie stabilności łańcucha dostaw, czy współpraca przy wspólnych zakupach leków i szczepionek. Cały pakiet farmaceutyczny będzie służył wzmocnieniu pozycji Europejskiej Agencji Leków w nadzorowaniu jakości oraz roli Unii Europejskiej na rynku produkcji leków. Jednym z głównych zadań Urzędu ds. Gotowości i Reagowania na Stany Zagrożenia Zdrowia (HERA) jest także zabezpieczenie obywateli Unii Europejskiej przeciwko brakom leków oraz użyciu ewentualnej broni biologicznej, chemicznej lub nuklearnej.

***Mariusz Kordecki, zewnętrzny ekspert kliniczny HTA TUV
NORD Polska***



Warto zadać sobie pytanie, czy jakość kosztuje obecnie więcej, niż kiedyś i czy się nadal opłaca, jeśli mamy na uwadze aktualne regulacje prawne? W kontekście wyrobów medycznych, ze względu na regulacje, które obecnie mamy, mówimy o Rozporządzeniu Parlamentu Europejskiego w zakresie MDR. To rozporządzenie zdecydowanie podwyższa jakość, jeżeli chodzi o kwestie spełnienia norm zharmonizowanych oraz dopuszczania do obrotu wyrobów medycznych na terenie Unii Europejskiej. Parlament Europejski wyciągnął wnioski, powodując że de facto wymogi kliniczne są dużo bardziej restrykcyjne, niż były w poprzednim rozporządzeniu. Wyroby medyczne w ramach oceny całej procedury certyfikacji (CE), posiadają system zarządzania jakością. I ten system zarządzania jakością został znacznie podwyższony. Najważniejszym dokumentem w ramach całej procedury jest oczywiście ocena kliniczna, która opiera się na wiarygodnych dowodach naukowych oraz często wykonania systematycznego przeglądu literatury. Producenci muszą wykonywać również plan obserwacji, który też jest obligatoryjny oraz plan oceny klinicznej, który poprzedza ocenę kliniczną. Jeżeli popatrzymy sobie szeroko, czyli od strony dowodów naukowych i ich jakości, to wszystko jest zdecydowanie wyższej jakości niż było kiedyś. Natomiast sytuacja o tyle się zmieniła, że część wyrobów medycznych, które wcześniej nie musiały spełniać pewnych norm, zmieniła klasę wyrobów z 1 na 2a, albo z 2a na 2b. Tym samym te wyroby weszły w procedurę obowiązkowych badań klinicznych. Natomiast ciągle oczywiście możliwość wykazania równoważności wyrobów, które mogą być w tej samej klasie. Natomiast sama procedura oceny dla niektórych klas wyrobów wymaga podejścia szerszego. Są powołane zespoły ekspertów klinicznych, które oceniają sprawozdania z oceny klinicznej. Czyli gremia niezależne oceniają dodatkowo jakość dowodów naukowych. Pamiętajmy też, że wyroby medyczne, to również spełnienie norm technicznych. Nie odnoszę się w tym momencie do kwestii zapisów ustawy refundacyjnej, bo wyroby, które są refundowane, to jest tylko pewien odsetek wszystkich wyrobów, dopuszczanych do obrotu na terenie Unii Europejskiej. Jeżeli mówimy o innowacyjnych wyrobach medycznych, to producenci muszą zainwestować w jakość, bo normy się zmieniły na bardziej restrykcyjne i wymogi jakościowe są dużo wyższe. Natomiast spełnienie tych wymogów jakościowych powoduje, że taki produkt otrzymuje znak CE i dopuszczenie do obrotu w całej Unii Europejskiej i to się właśnie opłaca.

Dr Jakub Gierczyński, Ekspert systemu ochrony zdrowia

Kluczowym warunkiem właściwego pomiaru kosztów jest gromadzenie i dostęp do wiarygodnych oraz rzeczywistych danych nt. kosztów. Informacja o wydatkach ponoszonych na ochronę zdrowia jest poszukiwana i wykorzystywana przez wielu odbiorców. Narodowy Rachunek Zdrowia (NRZ) obejmuje bieżące wydatki na zdrowie, zarówno publiczne, jak i prywatne. Wyniki NRZ służą porównaniom międzynarodowym i umożliwiają opisanie systemu ochrony zdrowia z perspektywy poniesionych bieżących wydatków przez różne podmioty. Zgodnie ze wstępnymi wynikami NRZ, opublikowanymi przez GUS, wydatki bieżące na ochronę zdrowia w 2020 r. wyniosły 151,9 mld zł, co stanowiło 6,5% PKB97 (w roku 2019 również 6,5% PKB), w tym bieżące wydatki publiczne wynosiły 109,8 mld zł za rok 2020, co stanowiło 4,7% PKB (w roku 2019 – 4,6% PKB). W 2021 r. bieżące wydatki na ochronę zdrowia wyniosły 172,9 mld zł i były wyższe niż w roku 2020 o 21,0 mld zł, tj. o 13,8% w stosunku do kwoty takich wydatków z 2020 r. Bieżące wydatki na ochronę zdrowia (publiczne i prywatne) stanowiły w 2021 r. 6,6% PKB. Wzrost wydatków bieżących zaobserwowano zarówno wśród wydatków publicznych, jak i prywatnych. Publiczne wydatki bieżące na ochronę zdrowia wyniosły w 2021 r. – 125,5 mld zł i były o 15,7 mld zł wyższe niż w 2020 r. (109,7 mld zł), a ich udział w PKB wyniósł 4,8%. Również bieżące wydatki prywatne zwiększyły się w stosunku do 2020 r. (42,1 mld zł) i wyniosły w 2021 r. 47,4 mld zł. Na wzrost wydatków bieżących na ochronę zdrowia wpływ miało m.in. zwiększenie bezpośrednich wydatków gospodarstw domowych, które wyniosły 33,8 mld zł, tj. o 4,1 mld zł (14,0%) więcej niż w roku 2020.⁷



Niewydolność publicznego systemu ochrony zdrowia finansowanego publicznie skłania Polaków do racjonalizowania wydatków prywatnych na zdrowie. Według danych Polskiej Izby Ubezpieczeń (PIU) na koniec 2022 r. liczba osób z prywatnym ubezpieczeniem zdrowotnym wyniosła blisko 4,23 mln, czyli o 9,2 proc. więcej niż w 2021 r. Co dziesiąty Polak jest objęty dodatkowym ubezpieczeniem zdrowotnym, które zapewnia mu głównie opiekę ambulatoryjną. To dzięki temu ubezpieczona część społeczeństwa, korzystająca z dodatkowej opieki, ma mniejszą szansę trafić do szpitala. Koszty leczenia tych osób przenoszone są na opiekę ambulatoryjną, finansowaną przez ubezpieczycieli, a składka odprowadzana przez te osoby do NFZ może być przeznaczona na potrzeby innych osób. W 2022 r. Polacy przeznaczyci na prywatne polisy 1,3 mld zł, to jest o 17 proc. więcej, niż w 2021 r. Według raportu PIU „Wpływ ubezpieczeń na polską gospodarkę i społeczeństwo” aż 80 proc. Polaków obawia się, że zabraknie im pieniędzy na leczenie poważnej choroby. Niemal 70 proc. obawia się o brak dostępu do opieki medycznej.⁸

Wydatki Zakładu Ubezpieczeń Społecznych na świadczenia z ubezpieczeń społecznych związane z niezdolnością do pracy rosną w ostatnich latach, co pokazuje jak określone schorzenia wpływają na rynek pracy i świadczeń społecznych.⁹ W 2021 r. wydatki na świadczenia związane z niezdolnością do pracy ogółem wyniosły 44,4 mld zł i w stosunku do 2020 r. (42,5 mld zł) wzrosły blisko o 2 mld zł. (w 2017 r. wydatki wyniosły 36,6 mld zł., w 2018 r. – 36,8 mld zł, a w 2019 r. - 38,6 mld zł). Kwota tych

⁷ <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie-i-ochrona-zdrowia-w-2021-roku,1,12.html>

⁸ <https://piu.org.pl/prywatne-ubezpieczenia-zdrowotne-ma-ponad-4-mln-polakow/>

⁹ <https://www.zus.pl/baza-wiedzy/statystyka/opracowania-tematyczne/wydatki-na-swiadczenia-z-ubezpieczen-spoecznych-zwiazane-z-niezdolnoscia-do-pracy>

wydatków w 2021 r. stanowiła 1,7% PKB i w porównaniu z rokiem 2020 udział ten zmniejszył się o 0,1 punktu procentowego. W ostatnich latach stopniowo maleje udział wydatków na renty z tytułu niezdolności do pracy w wydatkach ogółem. W 2017 r. wydatki na renty z tytułu niezdolności do pracy stanowiły 39,9% ogółu wydatków, a w 2021 r. - 31,0%. Malą również liczba pobierających renty z tytułu niezdolności do pracy. W 2017 r. ich przeciętna liczba wynosiła 843,9 tys., a w 2021 r. – 616,8 tys. Jednocześnie wzrasta znacząco udział wydatków na absencję chorobową, wypłacaną przez ZUS i z funduszy zakładów pracy. Liczba dni absencji chorobowej w 2021 r. wynosiła ok. 250 mln dni i w porównaniu z rokiem 2017 wzrosła o 20 mln dni. W strukturze wydatków rosną także wydatki na świadczenia rehabilitacyjne i renty socjalne. W strukturze wydatków ogółem na świadczenia z tytułu niezdolności do pracy w 2021 r. grupami chorobowymi generującymi najwyższe wydatki były analogicznie, jak w roku poprzednim zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania – 7,4 mld zł (16,7% ogółu wydatków), choroby układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej – 6,5 mld zł (14,5%), choroby związane z okresem ciąży, porodu i połogu – 5,5 mld zł (12,5%), urazy, zatrucia i inne określone skutki działania czynników zewnętrznych – 5,4 mld zł (12,2%), choroby układu oddechowego – 3,7 mld zł (8,2%), choroby układu krążenia – 3,5 mld zł (8,0%) oraz choroby układu nerwowego – 3,4 mld zł (7,7%). W 2021 r. wyżej wymienione grupy chorobowe były przyczyną 79,8% wydatków poniesionych w związku z niezdolnością do pracy. W 2020 r. udział tych grup chorobowych ukształtował się na niewiele wyższym poziomie - 81,2%.

Na koniec należy podkreślić, że gwarancją pozytywnych zmian w zakresie chorób autoimmunologicznych jest adekwatne finansowanie systemu ochrony zdrowia w Polsce. Polska przeznaczyła na ochronę zdrowia w 2020 r. 1 600 Euro PPP na głowę mieszkańca, gdy średnia dla Unii Europejskiej wyniosła 3 200 Euro PPP.

Na stronie <https://medycznaracjastanu.pl/raporty/> jest już opublikowanych 27 raportów przekrojowych. W sumie ponad 250 osób z różnych obszarów sektora ochrony zdrowia i sektora opieki społecznej współtworzyło te opracowania naukowe. Pokazuje to ważność i interdyscyplinarność poruszanych tematów i problemów.

4. Wnioski i rekomendacje

Wnioski	Rekomendacje
W ostatnich dekadach rośnie znaczenie pomiaru kosztów w systemie ochrony zdrowia. Rozwija się ekonomia zdrowia, farmakoeconomika oraz metodologia szacowania kosztów z perspektywy społecznej, systemu ochrony zdrowia i pacjenta.	Rekomendowany jest całościowy pomiar kosztów bezpośrednich i pośrednich.
Wartościowym kierunkiem oceny efektywności systemu ochrony zdrowia jest opieka zdrowotna oparta na wartości (VBHC).	Rekomendowany jest pomiar wartości efektów zdrowotnych, które są istotne dla pacjentów w stosunku do całkowitych kosztów poniesionych na ich uzyskanie w polskim systemie ochrony zdrowia.
Gwarancją pozytywnych zmian w zakresie wzrostu efektywności systemu ochrony zdrowia w Polsce jest jego adekwatne finansowanie.	Rekomendowany jest jak najszybszy wzrost finansowania systemu ochrony zdrowia w Polsce z obecnego 6,5% PKB do 9% (poziom finansowania w

	Czechach w 2020 r.), a następnie do 10% PKB (średnia dla Unii Europejskiej w 2020 r.).
W Polsce, NFZ i ZUS prowadzą odrębny rachunek kosztów.	Należy połączyć funkcjonalnie rachunek kosztów bezpośrednich NFZ z rachunkiem kosztów pośrednich ZUS celem pomiaru efektywności działań po stronie NFZ i ZUS.
Choroby kardiologiczne odpowiadają za ok. 40% zgonów i utratę produktywności obywateli w ich wyniku.	W przypadku chorób kardiologicznych rekomendowany jest szybki dostęp refundacyjny do skutecznych terapii lekowych i wyrobów medycznych oraz wprowadzenie w całej Polsce modelu opieki opartego o doświadczenia Krajowej Sieci Kardiologicznej. Rekomendowana jest refundacja fioletyn w niewydolności serca z zachowaną frakcją wyrzutową oraz wprowadzenie fioletyn na listę 75+.
Nowotwory odpowiadają za ok. 30% zgonów i utratę produktywności obywateli w ich wyniku. Konsekwencje społeczne i ekonomiczne raka piersi są znaczne, mimo że rokowanie raka piersi na przestrzeni ostatnich lat bardzo się poprawiło, dzięki dostępowi do innowacyjnych terapii oraz optymalizacji modelu opieki.	W przypadku nowotworów rekomendowany jest szybki dostęp refundacyjny do skutecznych terapii oraz wprowadzenie w całej Polsce modelu opieki opartego o doświadczenia Krajowej Sieci Onkologicznej. W zakresie raka piersi rekomendowana jest refundacja abemacyklidu we wczesnym raku piersi.
Cukrzyca odpowiada za ok. 5% zgonów oraz wiele powikłań, co przekłada się na utratę produktywności obywateli w ich wyniku.	W cukrzycy rekomenduje się dalszą optymalizację opieki zgodnie z zaleceniami PTD oraz refundację systemu do ciągłego pomiaru glikemii metodą skanowania u kobiet ciężarnych z cukrzycą ciążową, nie wymagających stosowania insuliny.
Otyłość odpowiada za zgony oraz wiele powikłań, co przekłada się na utratę produktywności obywateli w ich wyniku.	W zakresie otyłości rekomendowane jest stworzenie narodowej strategii przeciwdziałania otyłości, edukacja od szkoły do miejsca pracy, refundacja publiczna leków przeciwotyłościowych oraz zwiększenie finansowania modelu KOS-BAR. Bardzo ważne jest wykorzystanie wpływów z podatku cukrowego na te działania.
Choroby nerek odpowiadają za zgony oraz wiele powikłań, co przekłada się na utratę produktywności obywateli w ich wyniku.	Rekomendowane jest szerokie wprowadzanie na terenie całego kraju modelu organizacji opieki ambulatoryjnej nad pacjentem z przewlekłą chorobą nerek oraz refundacja fioletyn w przewlekłej chorobie nerek.

5. Kluczowe informacje przy gotowane na debatę przez Medyczną Rację Stanu z zakresu chorób autoimmunologicznych.

Poniżej przedstawiono wybrane obszary terapeutyczne z zakresu chorób autoimmunologicznych w Polsce.

Niezaspokojone potrzeby w leczeniu raka piersi w aspekcie refundacji abemacyklibu

Optymalizacja strategii leczenia raka piersi powinna pozostać jednym z priorytetów polskiego systemu ochrony zdrowia, ze względu na fakt, że rak piersi jest najczęściej występującym nowotworem złośliwym u kobiet – według KRN, stanowił 23% wszystkich nowo rozpoznanych nowotworów w 2019 r. Stanowił on też drugą przyczynę zgonów na nowotwory złośliwe, tuż po nowotworze płuc, co przekłada się na znaczne konsekwencje społeczno-gospodarcze. Rokowanie w raku piersi zależy m.in. od stadium zaawansowania nowotworu oraz konkretnego podtypu molekularnego. Najczęściej spotykany jest rak hormonozależny, diagnozowany we wczesnym stadium.

Co oznacza diagnoza hormonozależnego wczesnego raka piersi i jak przekłada się na rokowanie? Umownie raka piersi możemy podzielić na wczesnego i zaawansowanego (przerzutowego). Różnica jest zasadnicza – dotycząca rokowania. Wczesnego raka piersi leczymy z intencją całkowitego wyleczenia, a w przypadku raka zaawansowanego naszym celem jest wydłużenie przeżycia i utrzymanie jak najwyższej jakości życia pacjentki. Spośród nowotworów piersi raki hormonozależne związane są z nie najgorszym rokowaniem, natomiast należy mieć na uwadze, że populacja pacjentów z diagnozą wczesnego raka piersi nie jest jednorodna - zdarzają się w niej również pacjenci z bardziej rozwiniętą chorobą – np. mający przerzuty do licznych węzłów czy większy rozmiar guza. Czynniki te przyczyniają się do gorszego rokowania. Mimo wczesnego stadium, u tych pacjentów choroba jest groźniejsza - w tej grupie pomimo dostępnego leczenia nawrót choroby występuje u nawet 30% osób. Nawrót występuje najczęściej w postaci przerzutów odległych, co czyni chorobę nieuleczalną.

Czy aktualnie dostępne leczenie zaspokaja potrzeby pacjentów z tym wskazaniem? Większość pacjentów ze wczesnym rakiem piersi dobrze reaguje na aktualnie dostępne leczenie. Istnieje jednak grupa pacjentów z czynnikami ryzyka i gorszym rokowaniem - aż u 30% leczonych aktualnie dostępnymi metodami pacjentów występuje nawrót choroby w ciągu pierwszych kilku lat od wdrożenia terapii. Nawrót choroby występuje najczęściej w postaci przerzutów odległych, co oznacza przejście w zaawansowany etap choroby, który wiąże się z wypadaniem z ról społecznych i brakiem perspektywy wyleczenia (stosowane leczenie ma wtedy charakter paliatywny). Tym samym, w grupie pacjentów z wysokim ryzykiem istnieje niezaspokojona potrzeba optymalnej terapii, która obniżyłaby zwiększone ryzyko nawrotu w tej grupie pacjentów.

Czy jesteśmy w stanie przewidzieć jaka grupa chorych narażona jest na największe ryzyko nawrotu choroby? Istnieje grupa czynników kliniczno-patologicznych, o których wiemy już, że predysponują do wystąpienia nawrotu. Są to m.in. liczba zajętych węzłów chłonnych, wielkość guza, stopień złośliwości histologicznej.

Jakie byłoby najbardziej optymalne postępowanie terapeutyczne właśnie u tych pacjentów, u których ryzyko nawrotu jest szczególnie wysokie? Aktualne postępowanie u chorych z wysokim ryzykiem polega na stosowaniu chemioterapii, radioterapii, hormonoterapii stosowanej przez kilka lat. Mimo stosowania takiej kombinacji różnych metod, nawet do 30% pacjentów doświadcza nawrotu choroby. Pojawiają się dla tych pacjentów nowe opcje leczenia takie jak skojarzenie hormonoterapii z terapią celowaną jednym z inhibitorów CDK4/6, dla którego wykazano skuteczność w redukcji ryzyka nawrotu choroby - dane z badania klinicznego wskazują na 34% redukcję ryzyka choroby inwazyjnej oraz 34%

redukcję ryzyka przerzutów odległych.¹⁰ Według ekspertów uzyskane wyniki są szczególnie ważne, ponieważ redukcję ryzyka nawrotu wykazano w populacji, która jest szczególnie narażona na nawrót choroby – posiada cechy predysponujące do gorszego rokowania.¹¹

Dlaczego informacja o długości przeżycia wolnego od nawrotu choroby jest istotna klinicznie? Eksperci wskazują, że osoby poddane leczeniu wczesnego raka piersi boją się nawrotu choroby, który wiąże się z koniecznością poddania ciągłemu leczeniu jak w chorobie przewlekłej i wymusza przeorganizowanie życia - przywiązanie do ośrodka, w którym są poddawane terapii, rezygnację z życia, jakie miały przed nawrotem choroby. Dlatego tak ważne jest maksymalne możliwe obniżenie ryzyka nawrotu choroby, co umożliwi normalne funkcjonowanie pacjenta i pozostawanie w wysokiej jakości życia.¹² Dlatego też w przypadku wczesnych stadiów nowotworów, urzędy zajmujące się rejestracją nowych terapii takie jak FDA (Agencja Żywności i Leków) oraz EMA (Europejska Agencja Leków) nie wymagają oceny wpływu testowanej terapii na przeżycie całkowite, natomiast rekomendują stosowanie parametru IDFS (czas przeżycia wolnego od nawrotu inwazyjnego). Oczekują jednak, by różnice uzyskane tą drogą w porównywanych terapiach leczenia były widoczne i istotne.

Rak piersi wiąże się z poważnymi konsekwencjami zarówno dla chorego, jego rodziny, jak i społeczno-ekonomicznymi. Z perspektywy pacjenta deficyt zdrowia odbija się na wszystkich aspektach jego życia. W przypadku wczesnej postaci choroby, przebyte leczenie może pozostać jedynie epizodem zakończonym trwałym wyleczeniem, powrotem do pełnego zdrowia, ról społecznych, zdolności do pracy - pełni normalnego funkcjonowania. W przypadku zaawansowanego raka piersi jest to choroba nieuleczalna, wymagająca długotrwałej farmakoterapii i monitorowania, mogąca tym samym prowadzić do wypadania z ról społecznych, obniżenia jakości życia, cierpienia – wiążąca się ze znacznym obciążeniem psychicznym chorego, wymagająca wsparcia psychologicznego. Rak piersi we wczesnych stadiach rozwoju nie wywołuje objawów, jednak w okresie zaawansowanej choroby powoduje liczne objawy fizyczne, ale także zaburza funkcjonowanie w sferze psychologicznej, społecznej, rodzinnej, seksualnej i duchowej. Jakość życia związana ze stanem zdrowia stanowi najważniejszy aspekt życia każdego człowieka. Kobiety z rozpoznaniem raka piersi cechuje obniżona jakość życia, w porównaniu z populacją zdrową. Ocena jakości życia kobiet z rakiem piersi, jako chorobą dającą odległe skutki, jest niezwykle istotna, również dla powodzenia leczenia przeciwnowotworowego i objawowego. Wśród czynników warunkujących jakość życia wymieniane są 4 grupy: zmienne socjo-demograficzne, zmienne kliniczne, czynniki psychosocjalne i przekonania zdrowotne. Ocena jakości życia pozwala dobrać korzystne dla pacjentki leczenie, a poziom jakości życia posiada także znaczenie rokownicze. Interwencje mające na celu poprawę jakości życia mogą wydłużyć czas przeżycia kobiet z rakiem piersi.¹³

¹⁰ Abemaciclib plus endocrine therapy for hormone receptor-positive, HER2-negative, node-positive, high-risk early breast cancer (monarchE): results from a preplanned interim analysis of a randomised, open-label, phase 3 trial - PubMed (nih.gov)

¹¹ [Nowa opcja terapeutyczna dla pacjentek z wczesnym rakiem piersi - MedExpress.pl](#)

¹² [Stawką jest życie wielu pacjentów - Dziennik.pl](#)

¹³ Osmiałowska Edyta et al. Jakość życia pacjentek z rozpoznaniem nowotworu piersi Palliative Medicine in Practice 2018, tom 12, nr 3 Via Medica, ISSN 2545–0425 DOI: 10.5603/PMPI.2018.0003

Konsekwencje społeczne i ekonomiczne raka piersi są znaczne, mimo że rokowanie raka piersi na przestrzeni ostatnich lat bardzo się poprawiło, dzięki dostępowi do innowacyjnych terapii, które zmieniają oblicze tej choroby. Konsekwencje obejmują zarówno koszty dla systemu ochrony zdrowia, jak i systemu ubezpieczeń społecznych i całej gospodarki kraju. Koszty wynikają z przedwczesnych zgonów, rent z tytułu niezdolności do pracy, absenteizmu i prezenteizmu zarówno samych chorych jak i ich opiekunów. W 2021 r. rak piersi (C50) odpowiadał za 1,2 mln dni absencji chorobowej i 57,2 tys. zaświadczeń. W 2020 r. ponowne orzeczenia rentowe w zakresie raka piersi dotyczyły 2 975 osób, z czego niezdolność do samodzielnej egzystencji dotyczyła 479 osób, całkowita niezdolność do pracy – 854 osób, a częściowa niezdolność do pracy – 1 642 osób. Koszty bezpośrednie medyczne poniesione przez NFZ w 2014 r. tytułem leczenia raka piersi wyniosły ok. 0,5 mld zł, natomiast koszty pośrednie związane z utratą produktywności chorych z rakiem piersi wyniosły ok. 3 mld zł. Na koszty pośrednie związane z utratą produktywności chorych z rakiem piersi składały się koszty pośrednie wynikające z trwałej absencji chorych – 1 mld zł, koszty pośrednie wynikające z przedwczesnych zgonów chorych – 0,8 mld zł, koszty absenteizmu chorych - 0,5 mld zł oraz koszty prezenteizmu chorych – 0,2 mld zł.¹⁴ W tym kontekście kluczowe jest podkreślenie, że im szybciej, na wcześniejszym etapie zdiagnozowany jest rak piersi, tym większa jest szansa, dzięki dostępowi do skutecznej terapii na całkowite wyleczenie i tym samym uniknięcie systemowych kosztów wygenerowanych przez trwałą niezdolność do pracy, renty i straty spowodowane przedwczesnymi zgonami.

Refundacja systemu do ciągłego pomiaru glikemii metodą skanowania (isCGM) - FreeStyle Libre (FSL) u kobiet ciężarnych z cukrzycą ciążową, nie wymagających stosowania insuliny

W Polsce około 3 milionów osób choruje na cukrzycę. Jak wskazują szacunki, jeśli obecna dynamika zachorowań nie ulegnie zmianie, to w 2030 roku na cukrzycę zdiagnozowanych będzie ponad 4,2 mln osób. Według Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego, całkowite koszty leczenia cukrzycy (suma leczenia samej choroby i jej powikłań), wyniosły tylko w samym 2017 roku ponad 6 mld zł. Zaś według wyliczeń Instytutu Ochrony Zdrowia, aż 50% kosztów cukrzycy w naszym kraju to koszty leczenia powikłań – prawie 70% z nich związanych jest z układem sercowo-naczyniowym. Dodatkowo - w 2020 r. karetki pogotowia ratunkowego wyjeżdżały do osób chorych na cukrzycę 23 745 razy, co oznacza, że średnio w Polsce, co około 20 minut osoba z cukrzycą wymaga interwencji zespołu ratunkowego.

Ostatnie lata przyniosły wiele zmian dla osób z cukrzycą, które w znaczącym stopniu wpływają na ograniczenie rozwoju powikłań tej choroby. Najistotniejsza zmiana życia pacjentów z cukrzycą stała się możliwa dzięki coraz powszechniejszemu stosowaniu nowoczesnych rozwiązań technologicznych, takich jak systemy ciągłego monitorowania glikemii. System do ciągłego pomiaru glikemii metodą skanowania (isCGM) - FreeStyle Libre (FSL) – umożliwia pacjentowi oraz lekarzowi uzyskanie informacji o stężeniu glukozy i zmienności glikemii w ciągu doby. W Polsce system ciągłego monitorowania glikemii metodą skanowania był refundowany od 2019 r. dla populacji pediatrycznej, a od 1 stycznia 2023 r. z refundacji mogą skorzystać wszyscy dorośli chorujący na cukrzycę, którzy podają sobie insulinę minimum 3 razy w ciągu doby (czyli są leczeni w modelu intensywnej insulinoterapii).

¹⁴ Nojszewska E. (red.): Ocena strat ekonomicznych i kosztów leczenia nowotworów piersi, szyjki macicy i jajnika w Polsce. Warszawa: Instytut Innowacyjna Gospodarka, 2016

Refundacja objęła również osoby niewidome chorujące na cukrzycę oraz kobiety w ciąży stosujące insulinę (nawet jedną dawkę w ciągu doby) .

Finansowanie systemów monitorowania glikemii ze środków publicznych potwierdza, że są to rozwiązania generujące istotne korzyści zarówno kliniczne jak i finansowe, świadczą o tym m.in. liczne publikacje naukowe. Mając na uwadze możliwość coraz szerszego wykorzystania innowacyjnych technologii, w tym z obszaru telemedycyny w opiece nad pacjentami, za zasadne należy uznać zwiększenie poziomu refundacji w przyszłości (poszerzenie grupy pacjentów). Co więcej, zdalne monitorowanie przebiegu cukrzycy może zwiększyć jakość świadczeń i skrócić kolejki dzięki wykorzystaniu dostępnych raportów oraz wyników badań.

Grupą pacjentek, która również szczególnie mogłaby skorzystać z dostępu do ciągłego monitorowania glikemii są ciężarne z cukrzycą ciążową, nie wymagające stosowania insuliny. O objęciu refundacją tej wrażliwej grupy pacjentek, zawniioskowali w ostatnim czasie eksperci kliniczni – ginekolodzy wspólnie z diabetologami oraz perinatologami. Z uwzględnieniem wyników analizy skuteczności klinicznej, przeprowadzona analiza ekonomiczna wykazała wysoką kosztową efektywność systemu FSL. Liczbę pacjentek w ciąży z hiperglikemią niewymagającą insulinoterapii NFZ i eksperci szacują na ok. 30 tys. rocznie. Można przyjąć, że w pierwszym roku około 20 % pacjentek skorzystałoby z refundacji, 30% w roku kolejnym, docelowo do 40%. Zgodnie z propozycją ekspertów, FSL przysługiwałoby pacjentkom od momentu stwierdzenia przez lekarza cukrzycy ciążowej do 6. tygodnia połogu włącznie. Pacjentki diagnozowane są standardowo w 25-28 tyg. ciąży, tylko ok. 20% pacjentek diagnozowanych przed 24 tyg. (tym samym stosowanie systemu FSL trwałoby ok 16 tyg.) Inkrementalne koszty dla budżetu płatnika publicznego związane z refundacją FSL wyniosą około 3 mln PLN, 5 mln PLN i 7 mln PLN odpowiednio w 1., 2. i 3. roku refundacji.

Dodatkowo w lutym 2023 r. na międzynarodowym kongresie diabetologicznym ATTD, opublikowano wyniki polskiego badania randomizowane FLAMINGO. W badaniu porównywano kobiety z cukrzycą ciążową, stosujące FSL do grupy kontrolnej stosującej glukometry. Wyniki badania wskazują m.in. na statystycznie znamiennej redukcję odsetka płodów u których wystąpiła makrosomia (4% w grupie FSL vs 20% w grupie pasków, $p=0,028$). W praktyce przełożyć się to może bezpośrednio na redukcję liczby cięć cesarskich podczas porodów oraz w przyszłości redukcję występowanie otyłości oraz cukrzycy typu II (makrosomia jest czynnikiem ryzyka warunkującym przyszłe występowanie cukrzycy i otyłości). W związku z powyższym należy się spodziewać dodatkowej redukcji kosztów w systemie ochrony zdrowia w horyzoncie zarówno krótko (cesarskie cięcia, opieka około oraz poporodowa) jak i długookresowym.

Ministerstwo Zdrowia podejmuje działania na rzecz rozwoju i upowszechnienia rozwiązań telemedycznych w świetle dokumentu polityki publicznej pt. „Zdrowa przyszłość. Ramy strategiczne rozwoju systemu ochrony zdrowia na lata 2021 – 2027 (z perspektywą do 2030 r.)”. Głównym celem ma być poprawa jakości leczenia i dostępności do świadczeń dla pacjentów poprzez zapewnienie szybszego i łatwiejszego dostępu do usług medycznych dzięki zastosowaniu rozwiązań telemedycznych. Kształtowana w tym kierunku od lat polityka publiczna znajduje odzwierciedlenie także w Programie rozwoju e-zdrowia w Polsce. Telemedycyna została uznana jedną z najnowocześniejszych form świadczenia usług medycznych, która może ograniczyć potrzebę częstych wizyt bezpośrednich oraz umożliwić szybszą interwencje w przypadku stanów nagłych oraz rozwiązać

część problemów związanych z leczeniem chorób przewlekłych (w tym cukrzycy), które może przyczynić się do zwiększenia jakości opieki oraz popularyzacji profilaktyki.

Rozszerzenie refundacji flozyn w przewlekłej chorobie nerek oraz niewydolności serca z zachowaną frakcją wyrzutową oraz wprowadzenie flozyn na listę 75+

Z danych raportu OECD Health at a Glance 2022, wynika, że Polska jest na drugim miejscu w Europie, pod względem odsetka pacjentów, u których występują co najmniej 2 choroby przewlekłe: ponad 65% Polaków jest dotkniętych taką sytuacją.

Jednymi z częściej występujących chorób przewlekłych w Polsce u pacjentów o średniej wieku 65 lat są przewlekła choroba nerek (na które łącznie choruje PChN; 4,5 mln Polaków), cukrzyca (3 mln) i niewydolność serca (NS; 1,2 mln). Choroby te często współwystępują ze sobą:

40% pacjentów z niewydolnością serca ma cukrzycę typu 2¹⁵,

67% pacjentów z PChN ma również cukrzycę typu 2¹⁶

24% pacjentów z cukrzycą typu 2 ma niewydolność serca jako pierwsze powikłanie¹⁷

58% pacjentów z cukrzycą typu 2 zachoruje na PChN¹⁸

Niewydolność serca i PChN to błędne koło – jedna powoduje/nasila drugą¹⁹

Wszystkie te 3 choroby zasilają docelowo pulę zgonów kardiologicznych, które w Polsce wciąż są przyczyną nr 1 zgonów - odmiennie niż w krajach zachodniej Europy, gdzie tych zgonów jest blisko o 30% mniej. Niewydolność serca jest bezpośrednią przyczyną aż 10% wszystkich zgonów²⁰ w Polsce, a rozwija się często na tle dwóch pozostałych chorób. Zjawisko to nasiliło się w czasie COVID-19, kiedy co trzeci (33%) nadmiarowy zgon dotyczył pacjentów senioralnych (średnia wieku 75 lat) z tymi schorzeniami.²¹

Wszystkie te 3 choroby oprócz generowania istotnej nadmiernej umieralności Polaków powodują istotne obciążenie kosztami NFZ m.in. hospitalizacji z powodu niewydolności serca w kwocie około 1,7 mld zł rocznie²², czy dializ o koszcie ponad 1,3 mld zł rocznie.²³ Choroby te generują też istotne koszty pośrednie oraz obniżają jakość życia chorych i ich opiekunów.

¹⁵ https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9499855/pdf/41591_2022_Article_1971.pdf

¹⁶ <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa2024816>

¹⁷ Birkeland KI i wsp. *Diabetes Obes Metab.* 2020;22:1607-1618

¹⁸ Parving HH i wsp. *Kidney Int.* 2006;69:2057-2063.

¹⁹ Ronco C i wsp. *J Am Coll Cardiol.* 2008;52:1527-1539

²⁰ https://ptkardio.pl/resources/data/sections/245/niewydolnosc_podsumowanie_net.pdf

²¹ <https://www.gov.pl/web/zdrowie/raport-o-zgonach-w-polsce-w-2020-r>

²² https://ptkardio.pl/wazne/raport_o_niewydolnosci_serca

²³ <https://ezdrowie.gov.pl/porta1/home/badania-i-dane/zdrowe-dane/raporty/przewlekla-choroba-nerek>

Kolejnym krokiem dla upowszechnienia pozytywnych efektów stosowania flozyn jest włączenie flozyn na listę bezpłatnych leków dla seniorów 75+. W obecnej sytuacji ekonomicznej pacjenci senioralni rezygnują z zakupu potrzebnych leków - z przeprowadzonego przez Koalicję „Na pomoc niesamodzielnym” badania opinii publicznej jednoznacznie wynika, że wydatki na leki obciążają budżet domowy prawie 95 proc. osób starszych. Co gorsza, badanie wykazało, że 80 proc. seniorom zdarzyło się nie wykupić recept z uwagi na ceny leków. Najtrudniejsza sytuacja występuje wśród seniorów w wieku 70-75 lat - to właśnie w tej grupie deklarowano, że osoby często powstrzymują się od wykupienia recept w całości (aż 34% badanych). W obecnej refundacji mimo, iż koszt dopłaty pacjenta do flozyn wydaje się niewielki (około 50 zł za miesięczną terapię), to u pacjentów senioralnych, wielochorobowych, wykupujących dużą liczbę leków nawet ta niewielka kwota stanowić może istotny koszt i znaczne obciążenie dla budżetu domowego, co obserwujemy też w praktyce – wg danych NFZ flozyny na koniec grudnia 2022 roku były stosowane u zaledwie 173 tys. pacjentów (0,173mln pacjentów) mimo ich bardzo wysokiej pozycji w wytycznych diabetologicznych (PTD 2022[4], EASD[5]), kardiologicznych (ESC 2021)[6] i nefrologicznych (KDIGO 2022)[7] w tych powszechnie występujących chorobach. Flozyny są uniwersalnym rozwiązaniem terapeutycznym poprawiającym rokowania pacjenta w 3 głównych chorobach populacyjnych. W Polsce na Przewlekłą Chorobę Nerek choruje co najmniej 4.7 mln osób, z czego 95% nie jest świadoma swojej choroby. Tylko 5 na 100 pacjentów ma zdiagnozowaną PChN. Pacjenci diagnozowani są zwykle na bardzo późnym etapie choroby – zdecydowana większość pacjentów trafia do nefrologa w ostatnich 11 miesiącach przed rozpoczęciem leczenia nerkozastępczego, a co drugi pacjent, który trafia na dializę nie miał wcześniej rozpoznanej przewlekłej choroby nerek. Koszty leczenia PChN w Polsce w blisko 85% pochłania dializoterapia – w 2019 roku to był koszt 1,33 mld zł wg danych NFZ. Roczna dializoterapia pacjenta to koszt blisko 70 tys. zł. Flozyny redukują ryzyko zgonu, hospitalizacji i odsuwają w czasie konieczność dializoterapii lub przeszczepu nerek. Dlatego ważne jest, by leczenie nefroprotektoryjne wdrożyć na jak najwcześniejszym etapie choroby. W tym momencie do leczenia flozynami, dzięki refundacji w przewlekłej chorobie nerek, która obowiązuje od 1 lipca 2022 roku zakwalifikowało się w pół roku zaledwie około 2 tys. pacjentów (ok. 5 tys. pacjentów przewidywanych w skali roku), a planowano 3x więcej w skali roku i docelowo ok. 40 tys. pacjentów. Wpływa na to szereg czynników, dlatego środowisko nefrologiczne apeluje o zmianę zapisu refundacyjnego z badania ilościowego („albuminuria $\geq 200\text{mg/g}$ ”) na jakościowe, czyli: „albuminurię lub białkomocz”. Albuminuria nie była dotychczas badaniem rutynowo zlecanym przez nefrologów, a doświadczenia płynące z upowszechnienia stosowania albuminurii w innych krajach wskazują, że jego popularyzacja będzie trwała latami. Ten problem nie dotyczy tylko Polski – badanie albuminurii bardzo powoli upowszechnia się na świecie. Badanie REVEAL-CKD pokazało, że jedynie 4% ma ją zlecaną we Francji, a np. w Niemczech lub we Włoszech w ogóle brak danych o zlecaniu albuminurii. Lekarz POZ w podstawowym koszyku badań nie ma możliwość zlecenia badań albuminurii. Badanie to pojawia się dopiero w ramach opieki koordynowanej w POZ, która niestety nie jest obligatoryjna.

[4] <https://ptdiab.pl/zalecenia-ptd>

[5] <https://www.easd.org/guidelines/statements-and-guidelines.html>

[6] <https://www.escardio.org/Guidelines/Clinical-Practice-Guidelines/Acute-and-Chronic-Heart-Failure>

[7] <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0085253822005075?via%3Dihub>

Zgodnie z wytycznymi KDIGO 2012 istnieje możliwość zastąpienia ilościowego badania albuminurii testem paskowym w przypadku utrudnionego dostępu do ilościowego pomiaru albuminurii – co ma miejsce w Polsce zarówno u lekarzy nefrologów jak i POZ.²⁴ Polepszenie dostępu do floszyny w PChN, pozwoliłoby na realne wykorzystanie refundowanego leczenia wpływającego na redukcję śmiertelności ogólnej o 31% oraz redukcji o 34% ryzyka przeszczepu nerki lub długoterminowej dializoterapii w wyniku zastosowania dapagliflozyny.

Choroby sercowo-naczyniowe stanowią pierwszą przyczynę zgonów Polaków, a niewydolność serca jest obecnie jedną z największych niezaspokojonych potrzeb medycznych w Polsce. Sama niewydolność serca jest pierwszą przyczyną zgonów w Polsce²⁵, z rokowaniem nawet gorszym od większości nowotworów. W Polsce już przed pandemią odnotowywano ok. 30% więcej zgonów z powodów kardiologicznych niż w krajach Europy Zachodniej. W 2018 r. zmarło w Polsce 142 tys. osób z niewydolnością serca, z czego u prawie 41 tysięcy osób NS była bezpośrednią przyczyną śmierci (co stanowi prawie 10% wszystkich zgonów w Polsce²⁶ – w 2018 wg danych GUS zmarło 414 000 osób w Polsce²⁷). Obok pacjentów z HF z obniżoną frakcją wyrzutową serca, zgodnie z szacunkami około połowę pacjentów z NS stanowią chorzy z zachowaną frakcją wyrzutową. Grupa ta dotychczas była pomijana jako typ niewydolności serca, gdyż często jej objawy są maskowane przez inne choroby. Ze względu na swoją skomplikowaną wielochorobową naturę, niewydolność serca z LVEF>40% jest bardzo trudna w diagnostyce – objawy HFpEF mogą być przypisywane podeszłemu wiekowi, otyłości, nadciśnieniu tętniczemu, POCHP, itp. Dodatkowym ograniczeniem jest fakt trudności w dostępie do badania echokardiograficznego lub pomiaru poziomu peptydów natriuretycznych w szczególności u lekarza POZ, ale też niejednokrotnie u lekarza kardiologa.

Przez lata kardiolodzy nie dysponowali skuteczną terapią redukującą śmiertelność oraz częstość hospitalizacji u pacjentów z niewydolnością serca z zachowaną frakcją wyrzutową (HFpEF). Zalecane było jedynie stosowanie diuretyków w celu złagodzenia objawów przedmiotowych i podmiotowych. Sytuacja uległa zmianie w 2022 roku, kiedy floszyny, zgodnie z wynikami badań klinicznych, okazały się skuteczne również w zachowanej frakcji wyrzutowej niewydolności serca (HFpEF) i łagodnie obniżonej frakcji wyrzutowej serca (HFmrEF) – i na ich podstawie zarejestrowane do stosowania w Europie w tej grupie pacjentów. Obecna refundacja objęła jednak tylko część pacjentów z NS – tych z obniżoną frakcją wyrzutową serca (HFrEF). Pacjenci z niewydolnością serca z zachowaną i łagodnie obniżoną frakcją wyrzutową nadal nie mają dostępu do skutecznego leczenia.

Zgodnie z wynikami badania klinicznego z września 2022 roku stosowanie dapagliflozyny wiąże się z redukcją o 18% ryzyka zgonu z przyczyn s-n lub hospitalizacji z powodu niewydolności serca oraz 12% redukcją ryzyka pogorszenia niewydolności serca, definiowaną jako nieplanowana hospitalizacja lub pilna wizyta u pacjentów z łagodnie zmniejszoną i zachowaną frakcją wyrzutową tj. LVEF>40% (badanie

²⁴ Kidney Disease Improving Global Outcome (KDIGO). CKD Evaluation and Management. 2012. <https://kdigo.org/guidelines/ckd-evaluation-and-management/> [dostęp 18.11.2022 r.]

²⁵ [Niewydolność-RAPORT-A4-2021-NET.pdf \(marfan.org.pl\)](#)

²⁶ [Niewydolność-RAPORT-A4-2021-NET.pdf \(marfan.org.pl\)](#)

²⁷ [Dane GUS o zgonach w 2018 roku. Zmarło 414 tys. Polaków, tyłu nie umierało od czasów wojny \(gazeta.pl\)](#)

DELIVER). Dapagliflozyna jest jedyną flozyną, która redukuje śmiertelność u pacjentów z HF w pełnym spektrum LVEF (na podstawie metaanalizy badań DAPA-HF i DELIVER) i w CKD niezależnie od występowania cukrzycy (ACM- all cause mortality). Stosowanie inhibitorów SGLT-2 w terapii pacjentów z HFpEF uwzględniają też najnowsze wytyczne kliniczne (AHA/ACC/HFSA 2022).

Partnerstwo na rzecz Profilaktyki i Leczenia Otyłości

Według WHO otyłość to jedna z głównych chorób cywilizacyjnych, która szczególnie zagraża mieszkańcom Europy. W ciągu ostatnich 20 lat trzykrotnie przybyło ludzi z otyłością. W Polsce na otyłość cierpi co czwarta osoba. Nadmierną masę ciała w naszym kraju ma 65,7 proc. mężczyzn i 45,9 proc. kobiet. Otyłość występuje u 15,4 proc. mężczyzn i 15,2 proc. kobiet, otyłość olbrzymia (BMI 40,0 lub więcej) u 0,5 proc. mężczyzn i 0,4 proc. kobiet. To wyniki badań realizowanych przez IŻŻ/NIZP-PZH w ramach współpracy z EFSA, przeprowadzonych w latach 2019-2020. Nadwaga i otyłość zwiększają ryzyko zachorowalności na cukrzycę typu 2, nadciśnienie tętnicze, zaburzenia lipidowe, chorobę niedokrwienną serca, obturacyjny bezdech senny, chorobę zwyrodnieniową stawów, depresję oraz sprzyja rozwojowi niektórych typów nowotworów i podwyższa ryzyko zgonu.

Partnerstwo na rzecz Profilaktyki i Leczenia Otyłości

W grudniu 2022 r. z inicjatywy Polskiego Towarzystwa Leczenia Otyłości oraz Instytutu Zarządzania w Ochronie Zdrowia Uczelni Łazarskiego powołane zostało Partnerstwo na rzecz Profilaktyki i Leczenia Otyłości. To nieformalna Koalicja ekspertów zaangażowanych w działania z zakresu otyłości. W jej skład wchodzi: prof. Paweł Bogdański (Polskie Towarzystwo Leczenia Otyłości), prof. Mariusz Wyleżół (Polskie Towarzystwo Leczenia Otyłości), prof. Lucyna Ostrowska (Polskie Towarzystwo Leczenia Otyłości), dr Małgorzata Gałązka-Sobotka (Dziekan Centrum Kształcenia Podyplomowego Uczelni Łazarskiego), Marta Pawłowska (Uczelnia Łazarskiego), dr hab. n. med. Karolina Kłoda (Polskie Towarzystwo Medycyny Rodzinnej), dr n. med. Michał Sutkowski (Kolegium Lekarzy Rodzinnych) oraz Igor Grzesiak (Instytut Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej). Celem Koalicji jest zaangażowanie we wzmocnienie poziomu merytorycznego publicznych dyskusji na temat choroby otyłościowej oraz opracowywanie rekomendacji kluczowych działań w obszarze profilaktyki i leczenia, w tym w szczególności rekomendacji utworzenia wieloletniej Ogólnokrajowej Strategii na rzecz Otyłości. W obszarze działania Partnerstwa znajduje się również szeroko pojęta edukacja na temat kluczowych potrzeb systemowych w obszarze profilaktyki, diagnostyki i leczenia otyłości w Polsce. Firma Novo Nordisk pełni rolę Mecenasa projektu.

Program pilotażowy w zakresie kompleksowej opieki specjalistycznej nad pacjentami leczonymi z powodu otyłości olbrzymiej (KOS-BAR)

Obecnie działa program pilotażowy kompleksowej opieki medycznej nad pacjentami chorymi na otyłość olbrzymią leczoną chirurgicznie (KOS-BAR). Chirurgiczne zmniejszenie żołądka zapewnia wyraźną utratę wagi i pomaga w leczeniu ponad 40 schorzeń związanych z otyłością, takich jak: cukrzyca typu 2, choroby serca, obturacyjny bezdech senny i niektóre nowotwory, włączając zapobieganie im, łagodzenie ich objawów oraz ustąpienie choroby. Po zabiegu bariatrycznym u pacjentów obserwowano redukcję incydentów kardiologicznych, udarów, występowania nowotworów oraz w szczególności lepszą kontrolę lub remisję cukrzycy, co wpływa na zmniejszenie śmiertelności związanej z patologiczną otyłością. Program pilotażowy w zakresie kompleksowej opieki

specjalistycznej nad pacjentami leczonymi z powodu otyłości olbrzymiej KOS-BAR zakłada, że pacjent będzie leczony w ośrodku koordynującym, który zapewni mu kompleksową opiekę przed- i po operacji. Pilotaż ma poprawić jakość i efektywność leczenia pacjentów z rozpoznaniem otyłości olbrzymią. Program KOS-BAR zostaje wprowadzony, gdyż stale rośnie liczba osób otyłych, a ich leczenie stanowi coraz większe obciążenie finansowe dla systemów opieki zdrowotnej oraz społeczeństwa. Do realizacji programu pilotażowego wytypowano 15 ośrodków, które będą mogły go przeprowadzić pod warunkiem zawarcia umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia. Po dokonaniu kwalifikacji do programu pilotażowego, ośrodek koordynujący wyda pacjentowi kartę KOS-BAR i od chwili jej otrzymania przez cały okres leczenia chory będzie pod opieką tego ośrodka. Szacuje się, że w ramach pilotażu opieką zostanie objęte ok. 2 907 pacjentów. Pilotaż KOS-BAR, w zależności liczby pacjentów włączonych do programu, będzie kosztował ok. 71 mln zł. Środki na ten program zostaną przekazane m.in. z tzw. opłaty cukrowej, która zgodnie z przepisami jest przeznaczona na działania o charakterze edukacyjnym i profilaktycznym oraz na świadczenia opieki zdrowotnej związane z utrzymaniem i poprawą stanu zdrowia pacjentów z nadwagą i otyłością.

Program pilotażowy kompleksowej opieki specjalistycznej nad chorymi w wieku powyżej 18 lat leczonymi z powodu otyłości (KOS-BMI 30+)

24 października 2022 r. Minister Zdrowia opublikował zarządzenie powołujące Zespół do spraw koordynowanej opieki nad pacjentami z rozpoznaną otyłością (Dz.Urz.MZ.2022.112). Jego zadaniem będzie przygotowanie założeń dwóch nowych programów pilotażowych:

- dotyczącego kompleksowej opieki nad pacjentem w wieku poniżej 18 lat, u którego stwierdzono występowanie otyłości lub wysokie ryzyko jej rozwoju;
- dotyczącego kompleksowej opieki specjalistycznej nad chorymi w wieku powyżej 18 lat leczonymi z powodu otyłości (KOS-BMI 30+).

Przewodniczącym Zespołu został Dariusz Poznański – Dyrektor Departamentu Zdrowia Publicznego. Zespół składa się z 8 członków a w jego skład wchodzi: Dominika Janiszewska-Kajka, Zastępca Dyrektora Departamentu Lecznictwa w Ministerstwie Zdrowia, prof. dr hab. n. med. Paweł Bogdański, Katedra i Zakład Leczenia Otyłości, Zaburzeń Metabolicznych i Dietetyki Klinicznej Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, prof. dr hab. med. Artur Mazur, II Klinika Pediatrii Endokrynologii i Diabetologii Dziecięcej w Klinicznym Szpitalu Wojewódzkim nr 2 im. Św. Jadwigi Królowej w Rzeszowie Uniwersytetu Rzeszowskiego, dr hab. n. med. Karolina Kłoda, Polskie Towarzystwo Medycyny Rodzinnej, dr hab. n. med. Mariusz Wyleżoł, II Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej, Naczyniowej i Onkologicznej Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, dr hab. n. med. Michał Brzeziński, Katedra i Klinika Pediatrii, Gastroenterologii, Alergologii i Żywienia Dzieci Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego, dr n. ekon. Małgorzata Sobotka-Gałązka, Instytut Zarządzania w Ochronie Zdrowia Uczelni Łazarskiego. Zespół zakończy swoje działania nie później niż do 30 czerwca 2023 r.

Raport Instytutu Zarządzania w Ochronie Zdrowia Uczelni Łazarskiego „Otyłość. Skala zjawiska i jej konsekwencje”

Celem dokumentu jest opracowanie założeń do Strategicznego Planu na Rzecz Prewencji i Leczenia Otyłości w Polsce. Przesłanką do podjęcia prac badawczych była potrzeba racjonalizacji tego obszaru ochrony zdrowia, szczególnie w obliczu rosnącej w szybkim tempie skali problemu choroby otyłościowej i jej konsekwencji. Raport składa się z dwóch części a rozpoczyna go część zawierająca

analizę organizacji opieki nad pacjentami chorymi na otyłość, przykłady tzw. dobrych praktyk z 12 krajów Europy (Polska, Czechy, Węgry, Rumunia, Portugalia, Hiszpania, Francja, Irlandia, Dania, Wielka Brytania, Włochy, Niemcy) oraz Kanady. W każdym z krajów analiza porównawcza została przygotowana w oparciu o te same kryteria, w określeniu których kluczową rolę odegrała dostępność do homogennych danych dla wszystkich krajów (problem zdrowotny, polityka zdrowotna, diagnostyka i leczenie, mechanizmy finansowania). Wnioski z tej części zostały zaprezentowane w grudniu ubiegłego roku. W tej chwili trwają prace nad opracowaniem części zawierającej rekomendacje konkretnych zmian systemowych w Polsce, które mają być opublikowane do końca czerwca 2023 r. Partnerem projektu jest firma Novo Nordisk.

Raport Fundacji Republikańskiej „Otyłość epidemią XXI wieku”

Dokument został opublikowany w czerwcu 2021 roku. Porządkuje on w sposób kompleksowy ważne aspekty otyłości. Wyjaśnia charakter otyłości jako choroby przewlekłej mającej istotny wpływ na rozwój ponad 200 powikłań zdrowotnych. Przybliża epidemiologię, profilaktykę, diagnostykę, dostępne metody leczenia oraz propozycję wdrożenia gotowych rozwiązań. Oprócz podstawowych informacji o chorobie zawiera także analizę społecznych, ekonomicznych konsekwencji otyłości wskazując na złożoność zagadnienia i konieczność wprowadzenia konkretnych zmian systemowych. Firma Novo Nordisk pełni rolę Partnera projektu.²⁸

Koszty otyłości - Polska vs. Unia Europejska

W raporcie OECD z 2019 r. pt. „The Heavy Burden of Obesity. The Economics of Prevention” stwierdzono, że nadwaga i otyłość generują olbrzymie koszty z perspektywy społecznej. Zmniejszają oczekiwaną długość życia, zwiększają koszty opieki zdrowotnej, obniżają wydajność pracowników, a poprzez to obniżają Produkt Krajowy Brutto (PKB). W przypadku Polski, w najbliższych 30 latach będzie to strata na poziomie ok. 4,1% PKB, czyli 0,14% PKB rocznie. Średnia dla Unii Europejskiej i OECD wyniosła 3,3% PKB. Otyłość odpowiada za 70% kosztów leczenia cukrzycy, 23% kosztów leczenia chorób sercowo-naczyniowych i 9% kosztów leczenia raka.²⁹

NFZ w raporcie z 2019 r. pt. „Cukier, otyłość – konsekwencje” szacuje wzrost kosztów związanych z leczeniem chorób związanych z nadwagą i otyłością o 0,3 – 1,0 mld zł w 2025 w porównaniu do 2017 r. Liczba dorosłych osób z otyłością wzrośnie do 6,1 – 11,4 mln osób, czyli otyłych będzie 26% dorosłych kobiet i 30% dorosłych mężczyzn. Dotyczy to przede wszystkim chorych na cukrzycę i należy oczekiwać wzrost populacji tych chorych w 2025 r. o 437 – 941 tys., w porównaniu z 2017 r.³⁰

W raporcie Fundacji Republikańskiej z 2021 r. pt. „Otyłość epidemią XXI wieku” oszacowano koszty bezpośrednie i pośrednie otyłości w Polsce. Koszty bezpośrednie, czyli świadczenia zdrowotne i koszty leków, stosowanych głównie w terapii powikłań otyłości, kampanie i programy profilaktyczne wynoszą ok. 5 mld złotych rocznie. Koszty pośrednie, związane z nieobecnością w pracy, utraconym podatkiem

²⁸ <https://fundaciarepublikanska.org/wp-content/uploads/2021/07/RAPORT-OTYLOSC-do-internetu.pdf>

²⁹ <https://www.oecd.org/health/the-heavy-burden-of-obesity-67450d67-en.htm>

³⁰ <https://www.gov.pl/web/zdrowie/cukier-otylosc-konsekwencje-prezentacja-raportu>

lub dochodem, obniżeniem jakości życia czy utraconymi latami życia estymowane są na poziomie ok. 10 mld zł rocznie.³¹

6. Tezy dla Zdrowia

W trosce o zdrowie polskiego społeczeństwa, rozumiane jako najwyższej notowana wartości w życiu osobistym każdego z nas, a także istotny gwarant bezpieczeństwa narodowego, powstał *think-tank* „Medyczna Racja Stanu”. 29 czerwca 2018 r. pod patronatem księdza Kardynała Kazimierza Nycza w siedzibie Polskiej Akademii Nauk odbyła się zorganizowana przez ISP PAN, PUO, Kolegium Lekarzy Rodzinnych i Green Communication, systemowo-ekspercka debata prezentująca inicjatorów powołania *think-tanku*, skład Rady Naukowej oraz **Tezy dla Zdrowia** wytyczające kierunki niezbędnych zmian w systemie ochrony zdrowia. Po trwających kilka miesięcy dyskusjach i konsultacjach powstała obecna wersja **Tez dla Zdrowia**, w których proponujemy:

1. PRZYJĘCIE ZASADY „ZDROWIE W POLITYCE”

ZDROWIE znajduje się na pierwszej pozycji naszych potrzeb. Nie stało się jednak priorytetem programu żadnej partii. Proponujemy zapisanie w regulaminie Sejmu zasady dorocznego expose Premiera odnoszącego się także do wyzwań związanych ze zdrowiem Polaków, wygłaszanego w Światowym Dniu Chorego – 11 lutego i odnoszącego się do aktualnej sytuacji w ochronie zdrowia.

2. PROPAGOWANIE, KONTROLOWANIE I NAGRADZANIE POSTAW SŁUŻĄCYCH TROSCE O JAKOŚĆ

JAKOŚĆ powinna stać się wyznacznikiem wszelkich działań w obszarze ochrony zdrowia poczynając od stosunku do pacjenta, dbałości o jego dostęp do wykwalifikowanych kadr, procedur diagnostycznych, terapeutycznych, rehabilitacyjnych, przez kadry i procesy decyzyjne zapobiegające marnotrawieniu rosnących środków na opiekę medyczną i służących racjonalizacji wydatków. Wszystko to z myślą o budowaniu międzypokoleniowej atmosfery *continuous improvement* – ciągłej poprawy jako głównego elementu zarządzania przez jakość.

3. PRZYJĘCIE ,ŻE NAJWAŻNIEJSZE REFORMY POWINNY ZOSTAĆ PRZEPROWADZONE W CIĄGU 5 LAT. NAZYWAMY TO ZASADĄ „HORYZONT 2023”

Proponujemy by po zakończeniu społecznych konsultacji dotyczących Tez dla Zdrowia podpisana została pod patronatem Prezydenta RP, umowa społeczna uwzględniająca najważniejsze reformy w systemie ochrony zdrowia z założeniem, że w ciągu 5 lat nastąpi zwiększenie dostępności środków finansowych, organizacyjnych i infrastrukturalnych w tym obszarze. Stronami umowy powinny być wszystkie znaczące siły polityczne, a jej sens powinien polegać na kontynuacji najważniejszych zmian przez kolejne rządy. Konieczne jest też uwzględnienie aspektów zdrowotnych w procesie tworzenia i uchwalania prawa. Musimy nauczyć się dostrzegania konsekwencji wprowadzanych regulacji także pod kątem ich wpływu na zdrowie obywateli, a nie tylko skutków budżetowych.

4. SKRÓCENIE CZASU OCZEKIWANIA NA REFUNDACJĘ LEKÓW I REALIZACJĘ PROGRAMÓW LEKOWYCH, ZMNIJSZAJĄCE W DŁUŻSZEJ PERSPEKTYWIE OBCIĄŻENIE PUBLICZNYCH FINANSÓW, A CO NAJWAŻNIEJSZE OSZCZĘDZAJĄCE CIERPIENIA CHORYM I ICH BLISKIM

³¹ <https://fundacjarepublikanska.org/otylosc-epidemia-xxi-wieku/>

Wydatki na leki powinny rosnać wraz z wydatkami publicznymi na ochronę zdrowia i stanowić co najmniej 17% całego budżetu przeznaczanego na świadczenia gwarantowane. Procedura refundacyjna powinna być przejrzysta i odbywać się tak sprawnie by zapewnić pacjentom możliwie najszybszy dostęp do leków. Konieczne jest wprowadzenie szybkiej ścieżki refundacyjnej dla terapii stanowiących jedyny ratunek w stanach bezpośrednio zagrażających życiu i zapobiegających poważnym powikłaniom chorób przewlekłych oraz określenie jakich terapii to dotyczy i wskazanie kryteriów oraz zasady ich typowania. Jesteśmy za automatyczną refundacją danego leku w ciągu 6 miesięcy od uzyskania pozytywnej ocen AOTMiT i poszerzeniem wskazań refundacyjnych zgodnie z ChPL produktu i aktualną wiedzą medyczną, przy jednoczesnym, szerszym wykorzystaniu instrumentów dzielenia ryzyka w korelacji z dowodami skuteczności terapii. W gestii Ministra Zdrowia powinna pozostać kwestia ustalenia progu refundacji. Refundacją powinny być obejmowane leki, których miesięczny koszt stosowania, w typowej dawce przekraczałby 20 zł. W trosce o budżet państwa konieczne jest tworzenie rejestrów pacjentów i dokonywanie oceny jakości terapii finansowanych ze środków publicznych.

5. USTALENIE ZASADY, ŻE CELEM JEST ZAPEWNIENIE WSZYSTKIM PRZEWLEKLE CHORYM TAKIEGO POZIOMU LECZENIA, BY MIELI MOŻLIWOŚĆ JAK NAJDŁUŻEJ POZOSTAWAĆ NA RYNKU PRACY

Jesteśmy za wprowadzeniem ustawowego wymogu uwzględniania kosztów pośrednich i społecznych związanych z decyzjami refundacyjnymi dla wskazanej przez ekspertów grupy chorób przewlekłych i powszechnych, w tym chorób rzadkich i ultraradkich. Wprowadzenie analizy kosztów pośrednich pozwoli przeznaczyć środki publiczne na terapie, które przynoszą najlepsze efekty zdrowotne i pomagają zredukować koszty pośrednie, co w dłuższej perspektywie poprawi kondycję zdrowotną Polaków i będzie miało pozytywny wpływ na budżet państwa.

6. RACJONALNE OKREŚLENIE ZAWARTOŚCI KOSZYKA ŚWIADCZEŃ GWARANTOWANYCH W SYSTEMIE OCHRONY ZDROWIA, PRZEPROWADZONE W OPARCIU O AKTUALNĄ WIEDZĘ MEDYCZNĄ I DOKŁADNE ROZPOZNANIE POTRZEB POLSKIEGO SPOŁECZEŃSTWA

Zasadą każdego ubezpieczenia jest precyzyjne określenie zakresu: szkód, działań i rekompensat pokrywanego przez firmę ubezpieczającą. Taka sama zasada powinna dotyczyć działań podejmowanych przez NFZ. Przy określeniu zawartości koszyka świadczeń gwarantowanych proponujemy przyjęcie zasady finansowania świadczeń diagnostycznych i terapeutycznych z następujących obszarów medycyny: ostre stany zagrażające życiu, drogie procedury szpitalne, diagnostyka i leczenie chorób przewlekłych. System powinien gwarantować równy dostęp do świadczeń zdrowotnych zgodnych z aktualną wiedzą medyczną i adekwatnych do stanu zdrowia pacjenta.

7. WPROWADZENIE ZASADY RÓWNOŚCI PODMIOTÓW LECZNICZYCH WOBEC PŁATNIKA – NFZ

NFZ powinien finansować określone procedury wszędzie tam, gdzie są one wykonywane, bez względu na rodzaj placówki leczniczej. Jedynym warunkiem podpisania umowy z NFZ powinno być zweryfikowane spełnianie przez placówkę określonych wymogów jakości, umożliwiających realizację konkretnej procedury i zapewnienie kontynuacji leczenia, nie zaś wygranie procedury konkursowej. Pozwoliłoby to na faktyczny przepływ pieniędzy „za pacjentem”.

8. UMOŻLIWIENIE POZABUDŻETOWEGO DOPŁYWU ŚRODKÓW FINANSOWYCH NA OCHRONĘ ZDROWIA I ZRÓWNANIE WYSOKOŚCI SKŁADEK ZDROWOTNYCH WSZYSTKICH GRUP SPOŁECZNYCH

Najpilniejsze zadania w tym zakresie to wprowadzenie:

- zasady powszechnego (tj. obejmującego wszystkich obywateli w wieku 18-62 lata) opłacania składki na ubezpieczenie zdrowotne, co zwiększając liczebność owej grupy mogłoby nawet pozwolić na obniżenie składki.
- możliwości finansowania przez obywateli szerszego poziomu usług poprzez umożliwienie opłacania via ZUS lub niepubliczne formy ubezpieczeniowe wyższych składek ubezpieczenia zdrowotnego (składki premium), co radykalnie zwiększyłoby strumień środków kierowanych do placówek lecznictwa publicznego.
- reguły, że składka publicznego ubezpieczenia zdrowotnego uzależniona będzie od indywidualnego, podejmowanego przez nas samych poziomu ryzyka chorobowego (palenie tytoniu, nadwaga...).

Alternatywne rozwiązanie to wprowadzenie ubezpieczeń komplementarnych na zasadach solidaryzmu społecznego.

9. POWOŁANIE FUNDUSZU WALKI Z RAKIEM

W związku z faktem, iż choroby nowotworowe stanowią jedno z największych zagrożeń cywilizacyjnych oraz wobec ogromnego postępu jaki dokonuje się w ich diagnostyce i terapii niezbędne jest zapewnienie odpowiedniego finansowania stosowanych tu procedur. Szczególną wagę należy przykładac do profilaktyki nowotworów, których czynniki sprawcze zostały dobrze poznane, a dzięki wczesnemu wykryciu mogą być skutecznie eliminowane; np. wdrożenie badań przesiewowych w kierunku zakażeń HCV, których dostępne już w Polsce, skuteczne leczenie zapobiega rakowi wątroby. Proponujemy, wzorem rozwiązań brytyjskich skupienie się na podobnych działaniach i powołanie na 10 lat Funduszu Walki z Rakiem zasilanego przez państwo z akcyzy na papierosy i alkohol, która powinna wzrosnąć oraz z kar nakładanych na przemytników i nielegalnych producentów papierosów i alkoholu. Wsparciem Funduszu mogłaby być również nadwyżka finansowa uzyskana z polisy dobrowolnych ubezpieczeń komplementarnych.

10. POWOŁANIE FUNDUSZU NA RZECZ CHORÓB RZADKICH I ULTRARZADKICH

Uważamy, że we współczesnym społeczeństwie wyznającym zasady solidaryzmu, pacjentowi, którego spotkało wyjątkowe nieszczęście w postaci diagnozy rzadkiego schorzenia winni jesteśmy realną pomoc w dostępie do najskuteczniejszych metod diagnostyki, terapii i rehabilitacji. Wsparcie Funduszu powinno odbywać się na zasadach takich, jak w przypadku Funduszu Walki z Rakiem.

11. SYSTEMOWE WSPARCIE DLA OSÓB UCZESTNICZĄCYCH W PROGRAMIE WALKI Z OTYŁOŚCIĄ I NADWAGĄ – „MOTYWACJA+”

Schorzenia te stają się coraz poważniejszym zagrożeniem cywilizacyjnym w państwach wysokorozwiniętych. Proponujemy zatem wprowadzenie finansowych form zachęty do walki z otyłością dla osób decydujących się na kurację odchudzającą według zasad określonych przez AOTMiT i realizowanych w POZ; w tym możliwość zmniejszenia składki zdrowotnej.

12. PROPAGOWANIE WIEDZY NA TEMAT SKUTECZNEGO ZAPOBIEGANIA CHOROBYM CYWILIZACYJNYM (SERCOWO-NACZYNIOWYM, ONKOLOGICZNYM, METABOLICZNYM) I PREMIOWANIE PRZESTRZEGANIA ZASADY WSPÓŁODOWIEDZIALNOŚCI KAŻDEGO Z NAS ZA WŁASNE ZDROWIE

Fundamentem promocji zdrowia powinno być wprowadzenie do szkół przedmiotu pod nazwą „Podstawy zdrowego życia” będącego elementem Krajowego Programu Promocji Zdrowia realizowanego we współpracy Rządu z Kościołem. Aktywny udział w programie i poprawa parametrów zdrowotnych powinny być premiowane zmniejszeniem obciążeń podatkowych, zmniejszeniem składki

zdrowotnej lub ułatwieniem w dostępie do określonych świadczeń opieki zdrowotnej. Realizację Tezy 11 i 12 wspierałoby opodatkowanie żywności o wysokiej gęstości kalorycznej (dużo kalorii w małej objętości) i zakaz reklamy takich produktów, a także powszechne wprowadzenie zasady informowania o kaloryczności produktów i posiłków.

13. POSTAWIENIE NA POZIOMI I STWORZENIE PROGRAMU WSPARCIA OPIEKI ŚRODOWISKOWEJ

Koordynacja opieki na poziomie POZ i AOS jest gwarancją efektywności całego systemu ochrony zdrowia. Nowy program wsparcia opieki środowiskowej powinien koncentrować się na rozwoju opieki geriatrycznej, kardiologicznej i rehabilitacyjnej. Wymaga to intensywnego rozwoju w każdej gminie pielęgniarstwa środowiskowego i placówek dziennego pobytu dla seniorów oraz osób ze znacznym upośledzeniem funkcji poznawczych czy motorycznych. W ramach koordynacji opieki w POZ i wsparcia opieki środowiskowej postulujemy aktywizację programu wolontariatu szkolnego skierowanego do osób potrzebujących pomocy.

14. POWOŁANIE EUROPEJSKIEJ UNII ZDROWIA

Przygotowanie z inicjatywy polskiego rządu, założeń wspólnego działania na rzecz ZDROWIA na poziomie unijnym w oparciu o doświadczenia takich rozwiązań jak Europejska Unia Energetyczna. Założenia EUZ powinny stać się częścią polskiej strategii budowania koalicji wewnątrz wspólnoty. Jeden z postulatów to stworzenie europejskiej solidarnościowej listy leków dla całego obszaru UE, poczynając od leków sierocych i stopniowo –wszystkich innych, równając do najpełniejszych list w najbogatszych krajach wspólnoty. Celem tego przedsięwzięcia, w którym powinny partycypować wszystkie kraje członkowskie będzie zrównanie poziomu dostępu do nowoczesnej diagnostyki oraz leków refundowanych na całym terenie UE a także wspólna strategia dawania odporu ruchom antyszczepionkowym.

15. UTRZYMANIE ZASADY OBOWIĄZKOWOŚCI SZCZEPIEŃ OCHRONNYCH W POLSCE

Obowiązkowe szczepienia, stanowiąc ochronę indywidualną oraz środowiskową, są jednymi z najważniejszych elementów zdrowia wspólnotowego i wyrazem solidaryzmu społecznego. Należy zdecydowanie:

- zwiększyć wiedzę społeczną na temat szczepień,
- nasilić wszelkie formy przeciwdziałania Państwa przejawom deprecjonowania ich roli - konsekwentnie walczyć z fałszującymi prawdę mitami,
- zapewnić możliwie najskuteczniejszą ochronę osobom z medycznymi przeciwwskazaniami do szczepień
- zapewnić wzrost wyszczepialności osób dorosłych.

16. PROMOCJA POLSKI PRZEZ ZDROWIE

Dotychczasowe doświadczenia projektów z zakresu zdrowia promujących Polskę wskazują na dużą efektywność tego typu działań, szczególnie w państwach biedniejszych (Afryka, Azja Środkowa). Proponujemy, by w ramach promocji Polski za granicą, jako stały element, oprócz działań w zakresie kultury i nauki, włączyć działania prozdrowotne promujące polskie przedsięwzięcia w dziedzinie medycyny (leczenie słuchu, kardiologia, kształcenie pielęgniarzek, itp.).

7. Siedem Zasad Doktora Janusza Medera- jak zadbać o wzajemne dobre relacje z pacjentem

„Tym, co pełnią misję lekarską, niosą ulgę w chorobie i cierpieniu – dedykuję kilka myśli ku rozwadze”.
Dr Janusz Meder (1980)

1. Powitaj pacjenta – podaj mu rękę na przywitanie.
2. Skup, choć kilka minut, tylko na nim swoją uwagę – dając do zrozumienia, że w tym czasie on jest najważniejszy dla ciebie i zbierz wywiad lekarski w sposób zwięzły i taktowny, komunikując się językiem zrozumiałym dla swojego rozmówcy i dochowując tajemnicy lekarskiej oraz innych praw pacjenta.
3. Poproś pacjenta o rozebranie się z zachowaniem jego prawa do wolności, godności i intymności, a następnie, mając jego przyzwolenie, dokładnie zbadaj jego ciało w całości.
4. Na każdym etapie diagnozy i leczenia wyobrażaj sobie, że to ty jesteś na miejscu pacjenta i pomyśl, czy chciałbyś być tak samo traktowany.
5. Zważaj na każde wypowiedziane do pacjenta słowa i nigdy nie odbieraj mu nadziei, mając przede wszystkim pokorę do własnej wiedzy niezależnie od stopnia swoich kwalifikacji, zajmowanego stanowiska czy też posiadanego tytułu naukowego.
6. Pełniąc swoją niełatwą misję lekarską, bądź cierpliwy, nie zapominaj o dobrych i ciepłych słowach, nie obrażaj się i nie gniewaj na pacjenta, a swoją postawą i działaniem zaświadczej o zbieżności swoich celów z celami pacjenta stosownie do jego potrzeb, oczekiwań i życzeń oraz zgodnie z jego wolą, światopoglądem i filozofią życia.
7. Traktuj zawsze pacjenta podmiotowo w sposób holistyczny, nie oddzielając jego części fizycznej od psychicznej i duchowej, bowiem stanowią one jedną nierozdzielalną całość.

KONTAKT:

Anna Jasińska - rzecznik Medycznej Racji Stanu, tel. 734 439 122, e-mail: jasinska@greencomm.pl

Grażyna Mierzejewska - ekspert Medycznej Racji Stanu, tel. 734 437 337, e-mail: mierzejewska@greencomm.pl

SPONSORZY, PARTNERZY:

