



POLSKA KOALICJA
PACJENTÓW ONKOLOGICZNYCH
RAZEM MOŻEMY WIĘCEJ



RAPORT: TAK DLA ZDROWIA RODZINY

MEDYCZNEJ RACJI STANU
ORAZ
FUNDACJI POLSKIEJ KOALICJI
PACJENTÓW ONKOLOGICZNYCH

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.



Fundacja Polska Koalicja Pacjentów Onkologicznych to wspólny głos ponad 100 tysięcy pacjentów onkologicznych w Polsce zrzeszonych w 47 organizacjach z terenu całego kraju. Wspólnie działamy na rzecz poprawy sytuacji wszystkich chorych onkologicznie, dzieci i jakości i długości życia chorych z chorobami nowotworowymi w Polsce, dzięki wdrożeniu najwyższych standardów profilaktyki, diagnostyki, terapii i rehabilitacji onkologicznej.

Warszawa
28 września 2023 r.

Raport pt. TAK dla zdrowia rodziny. Medyczna Racja Stanu, Fundacja Polska Koalicja Pacjentów Onkologicznych, Wrzesień 2023 r.

ISBN: 978-83-969333-2-4

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

Autorzy wypowiedzi w kolejności alfabetycznej:

1. Dyrektor Marzanna Bieńkowska, Zastępca Dyrektora Departamentu Współpracy w Biurze Rzecznika Praw Pacjenta
2. Dr Leszek Borkowski, Farmakolog kliniczny, Mazowiecki Szpital Bródnowski w Warszawie
3. Laura Breszka, Aktorka telewizyjna i teatralna, lektorka i aktorka dubbingowa
4. Prof. Leszek Czupryniak, Kierownik Kliniki Diabetologii i Chorób Wewnętrznych WUM, Medyczna Racja Stanu
5. Prof. Urszula Demkow, Liderka Zespołu Medycznego Instytutu Strategie Polska 2050
6. Poseł Barbara Dziuk, Komisja Zdrowia oraz Podkomisja stała do spraw onkologii
7. Prof. Piotr Gałęcki, Konsultant krajowy w dziedzinie psychiatrii
8. Dr Jakub Gierczyński, MBA, Ekspert systemu ochrony zdrowia
9. Prezes Robert Jagodziński, Wiceprezes Zarządu Fundacji Aktywnej Rehabilitacji (FAR)
10. Ewa Jakubiec, Miss Polonia 2023, Pielęgniarka i studentka Zdrowia Publicznego
11. Dariusz Klimczak, Polskie Stronnictwo Ludowe
12. Agata Kornhauser-Duda, Małżonka Prezydenta RP, Pierwsza Dama RP
13. Dr Mariola Kosowicz, Kierownik Poradni Zdrowia Psychicznego NIO-PIB
14. Stanisław Maćkowiak, Prezes Federacji Pacjentów Polskich i Krajowego Forum Orphan
15. Minister Marlena Maląg, Minister Rodziny i Polityki Społecznej
16. Dr Janusz Meder, Prezes Polskiej Unii Onkologii, Narodowy Instytut Onkologii w Warszawie, Medyczna Racja Stanu
17. Mec. Piotr Mierzejewski, Dyrektor Zespołu Prawa Administracyjnego i Gospodarczego w BRPO, Współprzewodniczący Komisji Ekspertów ds. Zdrowia, Współprzewodniczący Komisji Ekspertów ds. Ochrony Zdrowia Psychicznego przy Rzeczniku Praw Obywatelskich
18. Dr hab. n. med. Barbara Radecka, prof. UO, Ordynator Kliniki Onkologii Opolskiego Centrum Onkologii im. prof. Tadeusza Koszarowskiego w Opolu i Uniwersytetu Opolskiego
19. Prof. Konrad Rejdak, Prezes Polskiego Towarzystwa Neurologicznego
20. Dr Marek Rutka, Nowa Lewica
21. Prof. Piotr Rutkowski, Prezes Polskiego Towarzystwa Onkologicznego
22. Redaktor Iwona Schymalla, Medexpress, Służba Zdrowia
23. Dyrektor Paweł Smoliński, Zastępca Dyrektora w Krajowym Ośrodku Wsparcia Rolnictwa (KOWR)
24. Prof. Krzysztof Tomaszewicz, Kierownik Kliniki i Katedry Chorób Zakaźnych SPSK1 w Lublinie
25. Prof. Gertruda Uścińska, Prezes Zakładu Ubezpieczeń Społecznych
26. Prezes Krystyna Wechmann, Prezes Fundacji Polska Koalicja Pacjentów Onkologicznych oraz Federacji Stowarzyszeń „Amazonki”, Członkini Krajowej Rady ds. Onkologii i Zespołu ds. Narodowej Strategii w Onkologii.

Organizacja Debaty i koordynacja ze strony Medycznej Racji Stanu oraz Fundacji Polskiej Koalicji Onkologicznej: Anna Jasińska, Grażyna Mierzejewska, Krystyna Wechmann.

Wykorzystanie treści raportu pod warunkiem podania źródła: Raport pt. *TAK dla zdrowia rodziny. Medyczna Racja Stanu, Fundacja Polska Koalicja Pacjentów Onkologicznych, Wrzesień 2023 r.*

Spis treści

1. Medyczna Racja Stanu – misja i działania	2
2. Przesłanie do organizatorów i uczestników kampanii „TAK dla zdrowia rodziny”, Agata Kornhauser-Duda, Małżonka Prezydenta RP, Pierwsza Dama RP.....	11
3. Wprowadzenie, Anna Jasińska, Grażyna Mierzejewska, Medyczna Racja Stanu.....	12
.....	12
Przesłanie Ambasador Kampanii, Ewa Jakubiec, Miss Polonia 2023, Pielęgniarka i studentka Zdrowia Publicznego	17
Przesłanie Ambasador Kampanii, Laura Breszka, Aktorka telewizyjna i teatralna, lektorka i aktorka dubbingowa.....	17
4. Stanowiska prelegentów	18
Redaktor Iwona Schymalla, Medexpress, Służba Zdrowia	18
Minister Marlena Małąg, Minister Rodziny i Polityki Społecznej	18
Prof. Gertruda Uścińska, Prezes Zakładu Ubezpieczeń Społecznych	19
Prof. Leszek Czupryniak, Kierownik Kliniki Diabetologii i Chorób Wewnętrznych WUM.....	21
Prof. Piotr Rutkowski, Prezes Polskiego Towarzystwa Onkologicznego	22
Poseł Barbara Dziuk, Komisja Zdrowia oraz Podkomisja stała do spraw onkologii.....	23
Prof. Piotr Gałęcki, Konsultant krajowy w dziedzinie psychiatrii	23
Prof. Krzysztof Tomaszewicz, Kierownik Kliniki i Katedry Chorób Zakaźnych SPSK1 w Lublinie.....	25
dr hab. n. med. Barbara Radecka, prof. UO, Ordynator Kliniki Onkologii Opolskiego Centrum Onkologii im. prof. Tadeusza Koszarowskiego w Opolu i Uniwersytetu Opolskiego	26
Dr Janusz Meder, Prezes Polskiej Unii Onkologii, Narodowy Instytut Onkologii w Warszawie, Medyczna Racja Stanu.....	27
Prof. Konrad Rejdak, Prezes Polskiego Towarzystwa Neurologicznego.....	29
Dr Mariola Kosowicz, Kierownik Poradni Zdrowia Psychicznego NIO-PIB	30
Dr Leszek Borkowski, Farmakolog kliniczny, Mazowiecki Szpital Bródnowski w Warszawie.....	30
Dyrektor Marzanna Bieńkowska, Zastępca Dyrektora Departamentu Współpracy w Biurze Rzecznika Praw Pacjenta.....	31
Mec. Piotr Mierzejewski, Dyrektor Zespołu Prawa Administracyjnego i Gospodarczego w BRPO, Współprzewodniczący Komisji Ekspertów ds. Zdrowia, Współprzewodniczący Komisji Ekspertów ds. Ochrony Zdrowia Psychicznego przy Rzeczniku Praw Obywatelskich.....	32
Dyrektor Paweł Smoliński, Zastępca Dyrektora w Krajowym Ośrodku Wsparcia Rolnictwa (KOWR) ..	34
Stanisław Maćkowiak, Prezes Federacji Pacjentów Polskich	35
Prezes Robert Jagodziński, Wiceprezes Zarządu Fundacji Aktywnej Rehabilitacji (FAR)	36
Prof. Urszula Demkow, Liderka Zespołu Medycznego Instytutu Strategie Polska 2050.....	38
Dr Marek Rutka, Nowa Lewica	39
Dariusz Klimczak, Polskie Stronnictwo Ludowe	40
4. Wnioski i rekomendacje	41
5. Kluczowe informacje przy gotowane na debatę przez Medyczną Rację Stanu z zakresu zdrowia rodziny.....	43
Partnerstwo na rzecz Profilaktyki i Leczenia Otyłości	43
Działania propagujące zdrowe nawyki żywieniowe w szkołach - Krajowy Ośrodek Wsparcia Rolnictwa	46
Terapia wczesnej postaci raka piersi	48

Strategia eliminacji wirusa HPV.....	51
Krajowy program badań przesiewowych w kierunku HCV i terapia wirusowego zapalenia wątroby typu C.....	54
Szczepienie przeciwko krztuścowi.....	55
Szczepienia przeciwko grypie	56
6. Tezy dla Zdrowia.....	57
7. Siedem Zasad Doktora Janusza Medera - jak zadbać o wzajemne dobre relacje z pacjentem.....	60

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 exposé 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. Mijmy 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.



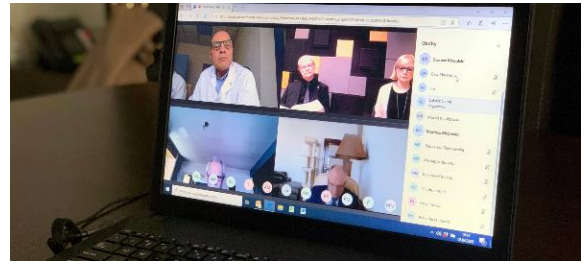
10 października 2019 r. „Czas w Onkologii” - apel o świadomość ryzyka nowotworu każdego z obywateli, czujność onkologiczną lekarzy pierwszego kontaktu, szybki dostęp do nowoczesnej diagnostyki i optymalnych metod terapii.

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.



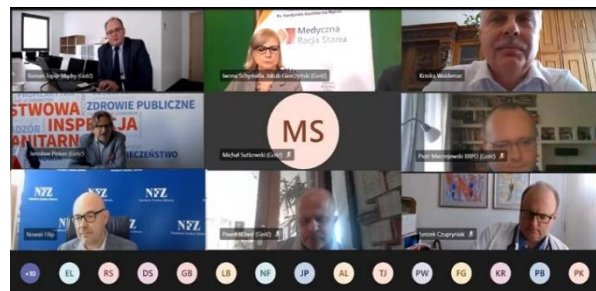
13 maja 2020 r. – III Spotkanie Rady Ekspertów ds. Chorób Rzadkich Medycznej Racji Stanu online – chorzy na choroby rzadkie wymagają szczególnej opieki w dobie pandemii oraz oczekują na Narodowy Plan dla Chorób Rzadkich.

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
Otwarcie
ekspertko-
w drugim



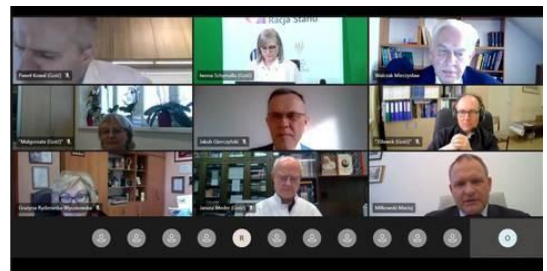
2021 r. Światowy Dzień Walki z Rakiem - dla pacjenta. Otwarcie na pacjenta - debata systemowa odnosząca się do wyzwań onkologii roku pandemii Covid-19.



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 ekspertko-systemowa odnosząca się do nowych możliwości terapeutycznych w medycynie.

17 czerwca 2021 r. I Spotkanie Rady Ekspertów MRS ds. Neurologii i Psychiatrii - debata ekspertko-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. Przeciętna długość życia Polki wynosi 82 lata, z czego w zdrowiu 64, a to oznacza 18 lat życia z chorobą. Zaledwie 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. Spowodowała 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 r. 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.

20 kwietnia 2023 r. Debata Medycznej Racji Stanu pt. Liczymy się z naszym zdrowiem - 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.



25 maja 2023 r. Debata Medycznej Racji Stanu pt. Zdrowie Kobiety - Bezpieczeństwo Rodziny - Kobiety stanowią połowę polskiego społeczeństwa odgrywając kluczowe role społeczne. Wg badań kobiety na pierwszym miejscu wartości wymieniają swoje zdrowie, ale tylko połowa z nich bada się regularnie i dba o swój stan zdrowia.

22 czerwca 2023 r. Debata Medycznej Racji Stanu pt. Wartość Zdrowie - Zdrowie w Polsce musi być traktowane przez rząd jako wartość narodowa, na równi z bezpieczeństwem narodowym i wzrostem gospodarczym.



13 lipca 2023 r. Okrągły Stół Medycznej Racji Stanu pt. Pacjenci-eksperti-system. Jakość życia w chorobach rzadkich i neurologicznych- Medyczna Racja Stanu od kilku lat wspiera poprawę sytuacji pacjentów z chorobami rzadkimi i neurologicznymi.

28 sierpnia 2023 r. VI 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.



Zapraszamy Państwa do lektury raportu i wszystkich opublikowanych raportów na stronie [www. medycznaracjastanu.pl](http://www.medycznaracjastanu.pl).

2. Przesłanie do organizatorów i uczestników kampanii „TAK dla zdrowia rodziny”, Agata Kornhauser-Duda, Małżonka Prezydenta RP, Pierwsza Dama RP

Szanowni Państwo, Polska Koalicja Pacjentów Onkologicznych z inicjatywy Amazonek i przy wsparciu Medycznej Racji Stanu rozpoczyna kampanię edukacyjną „TAK dla zdrowia rodziny”. Zostałam poproszona o objęcie kampanii honorowym patronatem, na co bez wahania się zgodziłam. Od początku moich kontaktów z przedstawicielkami ruchu Amazonek w Polsce miałam niejedną okazję, by poznać szeroko zakrojoną działalność grupy tych wspaniałych kobiet i wspierać je w miarę możliwości w ich staraniach o polepszenie jakości życia pacjentek onkologicznych. Teraz mogę po raz kolejny wyrazić moje uznanie dla Amazonek, które podjęły się następnego



wyzwania, jakim jest zorganizowanie kampanii, która będzie prowadzona w ramach wszechstronnie pojętej profilaktyki onkologicznej. Celem kampanii jest rozpowszechnianie wiedzy na temat szczepień przeciw wirusom onkogennym, zachęcanie do robienia testów przesiewowych w kierunku HPV i HCV, złych nawyków i stylu życia, które wpływają negatywnie na kondycję zdrowotną polskiego społeczeństwa. Projekt ten ma zatem skupić uwagę na swoim przesłaniu prozdrowotnym i uświadomić każdemu z nas, że odpowiadamy za zdrowie własne i naszych bliskich. Amazonki dowiodły już nieraz, że kobiety potrafią troszczyć się wytrwale o dobrostan swój i swoich rodzin. To głównie na ich barkach dzięki kobiecym cechom takim jak opiekuńczość, sumienność i poczucie odpowiedzialności, spoczywa codzienna troska o zdrowie, życie najbliższych im osób. Życzę powodzenia wszystkim osobom, które będą angażować się w realizację kolejnych etapów kampanii. Pragnę zapewnić, że jestem zawsze gotowa wspierać wspólnotę polskich Amazonek w ich dążeniach i wysiłkach, by utrzymać społeczeństwo w dobrej kondycji i zdrowiu, co świadczy o naszym poziomie cywilizacyjnym. Każda inicjatywa informacyjna, która służy do rozpowszechniania wiedzy o nowotworach, odgrywa kluczową rolę w polityce prozdrowotnej. Dbajmy zatem na co dzień o nasze zdrowie i dobre samopoczucie.

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



Anna Jasińska



Grażyna Mierzejewska

Celem Kampanii „TAK dla zdrowia rodziny” jest propagowanie profilaktyki onkologicznej obejmującej edukację na temat szczepień przeciw wirusom onkogennym, testów przesiewowych w kierunku HPV, HCV, otyłości jako czynnika ryzyka zachorowania na nowotwory oraz badań przesiewowych. Kampania realizowana jest w partnerstwie Medycznej Racji Stanu z Fundacją Polska Koalicja Pacjentów Onkologicznych, jako rozwinięcie kampanii „Zdrowie Kobiety – Bezpieczeństwo Rodziny”. Teraz zaczynamy od profilaktyki onkologicznej, ale to nie będzie jedyny nasz cel. Będziemy mówić o wielu chorobach, zagrożeniach cywilizacyjnych, ale też chcemy tę profilaktykę rozumieć jeszcze trochę szerzej. To będzie profilaktyka cierpienia psychicznego i fizycznego w chorobie. To będzie profilaktyka wykluczenia zawodowego. To będzie profilaktyka problemów rodzinnych w chorobie. To będzie w końcu, co szczególnie ważne w onkologii, profilaktyka nawrotu choroby, co wpisane jest w biologię tego schorzenia. Dlatego Medyczna Racja Stanu, która od początku była tą szeroką platformą dyskursu o zdrowiu, dzisiaj doprasza wszystkich przedstawicieli społeczeństwa. Zastanawiając się nad głównym przesłaniem kampanii TAK dla zdrowia rodziny w gronie twórców Medycznej Racji Stanu i przedstawicieli Polskiej Koalicji Pacjentów Onkologicznych doszliśmy do wniosku, że będziemy mówić

o profilaktyce, o której dyskutujemy w ramach MRS już od prawie ośmiu lat. W Polsce przeznaczamy ok. 1,5 proc. wydatków na ochronę zdrowia na profilaktykę i promocję zdrowia. To finansowanie szczepień, badań przesiewowych i promocja zdrowego stylu życia. Analizując zgłaszalność na badania profilaktyczne w szesnastu krajach Europy widzimy, że w Wielkiej Brytanii na badania profilaktyczne i przesiewowe zgłasza się ok. 70 proc. społeczeństwa, to w Polsce tylko 38 proc. Raport GUS z 2020 r. pokazuje, że w stosunku do 2016 r. cofnęliśmy się o kilka lat, jeśli chodzi o zgłaszanie się Polaków się na badania profilaktyczne. Co prawda rośnie ilość wykonanych badań profilaktycznych u osób powyżej 44 r.ż., ale najszybciej rośnie liczba osób zgłaszających się na badania powyżej 80. r.ż. Może świadomość tego, że coraz mniej zostaje nam życia, powoduje to, że coraz bardziej je cenimy. W trakcie ostatniego posiedzenia ONZ i WHO powstało memorandum poświęcone profilaktyce chorób zakaźnych i chorób przewlekłych. WHO zorganizowało akcje na terenach szkół w różnych krajach i w kampusach studenckich, gdzie powinien obowiązywać całkowity zakaz palenia papierosów i używania produktów bezdymnych. Wielka Brytania rozważa wprowadzenie całkowitego zakazu palenia na całym terytorium kraju. Unia Europejska wprowadza w ramach realizacji Planu Walki z Rakiem wytyczne dla krajów członkowskich, w których rekomenduje cały wachlarz badań profilaktycznych w zależności od sytuacji zdrowotnej danego kraju. Zatem widzimy, że na świecie mówi się coraz więcej o profilaktyce. Mamy ogromne szczęście, bo w ramach debat Medycznej Racji Stanu mamy możliwość wysłuchania ekspertów, polityków, ludzi z bardzo wielu stron. Będziemy Kampanię „TAK dla zdrowia” kontynuować przez najbliższe kolejne lata. Powstanie raport podsumowujący z wnioskami i rekomendacjami, ale też będący zapisem Państwa wystąpień. Mamy propozycję, aby w aurze wyborczej wszystkie partie polityczne widziały priorytet zdrowia Polaków. Jako Medyczna Racja Stanu chętnie wystąpimy z naszymi ekspertami na plenarnej sesji nowego parlamentu. Sześć lat temu zorganizowaliśmy w Sejmie debatę pod tytułem „Zdrowie, a bezpieczeństwo narodowe”. Jako Polacy, musimy patrzeć na zdrowie ponad podziałami politycznymi.

Bill Clinton wygrał wybory prezydenckie w 1992 r. hasłem „Liczy się gospodarka, głupcze”, więc może my będziemy szli za takim hasłem „Liczy się profilaktyka, głupcze” i to nas doprowadzi do zwycięstwa, jeśli chodzi o stan zdrowia Polek i Polaków. 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. Odnosząc się w tym kontekście do bezpieczeństwa zdrowotnego ludności Polski należy mieć na uwadze zmieniającą się w czasie sytuację zdrowotną.

Co roku w Unii Europejskiej (UE) można zapobiec ponad 40% zachorowaniom na raka. W 2020 r. w Unii Europejskiej u 2,7 mln osób wykryto raka, a kolejnych 1,3 mln osób, w tym ponad 2 tys. młodych ludzi zmarło z jego powodu. Jeżeli nie podejmie się zdecydowanych działań, liczba zachorowań na raka wzrośnie o 24 proc. do 2035 r., co oznacza, że stanie się on główną przyczyną zgonów w UE. Dlatego w lutym 2021 r. wprowadzono Europejski Plan Walki z Rakiem (Europe's Beating Cancer Plan).¹ Celem europejskiego planu walki z rakiem jest zmniejszenie obciążenia, jakim są choroby nowotworowe dla pacjentów, ich rodzin i systemów ochrony zdrowia. Będzie on dotyczył niwelowania nierówności dotyczących chorób nowotworowych między państwami członkowskimi i w obrębie tych państw za

¹ https://health.ec.europa.eu/system/files/2022-02/eu_cancer-plan_en_0.pdf

pomocą działań służących wspieraniu, koordynowaniu i uzupełnianiu wysiłków międzypaństwowych.² Europejski plan walki z rakiem jest wyrazem politycznego zobowiązania do zwalczania chorób nowotworowych oraz kolejnym etapem tworzenia silnej Europejskiej Unii Zdrowotnej, która zapewni UE większe bezpieczeństwo, gotowość i odporność. Europejski plan walki z rakiem otrzyma finansowanie w wysokości 4 mld euro, w tym 1,25 mld euro z przyszłego Programu UE dla zdrowia.³

W Polsce choroby nowotworowe stanowią jedną z najczęstszych przyczyn zgonów. Bezwzględna liczba nowotworów złośliwych w kraju stale wzrasta, czego przyczyną jest proces starzenia się społeczeństwa i czynniki związane ze stylem życia. W 2019 r. odnotowano 171,2 tys. zachorowań na nowotwory złośliwe (85 559 u mężczyzn i 85 659 u kobiet). Liczba zachorowań w 2020 r. została oszacowana na 182,5 tys. (91,3 tys. mężczyzn i 91,3 tys. kobiet). Według prognozy Krajowego Rejestru Nowotworów w kolejnych latach nastąpi dalszy wzrost zachorowań. Parlament Rzeczypospolitej Polskiej, mając na względzie obecny i prognozowany wzrost zachorowań na choroby nowotworowe oraz wynikające z tego skutki w postaci dużej śmiertelności, poważnych konsekwencji społecznych, w tym pogorszenia jakości życia chorych i ich rodzin, oraz znacznych obciążeń finansowych związanych z leczeniem tych chorób dla obywateli i finansów publicznych, uchwalił ustawę 26 kwietnia 2019 r. o Narodowej Strategii Onkologicznej (Dz. U. poz. 969). Jednym ze wskazanych w ustawie celów Narodowej Strategii Onkologicznej jest opracowanie i wdrożenie zmian organizacyjnych, które zapewnią chorym równy dostęp do koordynowanej i kompleksowej opieki zdrowotnej w obszarze onkologii. W uchwale zostało wskazane, że za fundament reformy opieki onkologicznej w Polsce przyjęto opracowanie koncepcji koordynowanej opieki nad pacjentem onkologicznym, a za jeden z celów Strategii przyjęto poprawę organizacji systemu opieki onkologicznej przez zapewnienie pacjentom dostępu do najwyższej jakości procesów diagnostyki i leczenia oraz kompleksowej opieki na całej „ścieżce pacjenta”. W związku z powyższym w Strategii wskazano, że do końca 2022 r. zostanie wdrożona Krajowa Sieć Onkologiczna, ustanawiająca nowe struktury organizacji i zarządzania opieką onkologiczną. Podmioty wykonujące działalność leczniczą spełniające kryteria kwalifikacyjne określone w ustawie, utworzą Krajową Sieć Onkologiczną, zwaną dalej „KSO”. Ustanowienie KSO ma na celu realizację przyjętej Narodowej Strategii Onkologicznej, jak również osiągnięcie jak najlepszej organizacji opieki onkologicznej, w szczególności zapewnienie poprawy jakości i bezpieczeństwa diagnostyki i leczenia onkologicznego, a także wzrostu poziomu satysfakcji pacjenta i optymalizacji kosztów opieki onkologicznej.⁴

1 czerwca 2023 r. rozpoczął się powszechny program szczepień przeciw HPV. Szczepienia będą przeprowadzane u dziewcząt i chłopców w grupach wiekowych 12 i 13 lat. W 2023 r. będą dotyczyły dzieci urodzonych w latach 2010 i 2011. Dla rocznika 2010 szczepienie musi być rozpoczęte przed ukończeniem 14 r.ż. i może być zakończone po dacie 15 urodzin (z zachowaniem 2-dawkowego

² https://ec.europa.eu/info/law/better-regulation/have-your-say/initiatives/12154-Europejski-plan-walki-z-rakiem_pl

³ https://commission.europa.eu/strategy-and-policy/priorities-2019-2024/promoting-our-european-way-life/european-health-union/cancer-plan-europe_pl

⁴ <https://www.sejm.gov.pl/Sejm9.nsf/PrzebiegProc.xsp?nr=2935>

schematu). Program realizuje założenia i cele Narodowej Strategii Onkologicznej na lata 2020-2030. Uzupełnia bezpłatny Program Szczepień Ochronnych dzieci i młodzieży o nowy zakres ochrony przed chorobami wywołanymi przez ludzki wirus brodawczaka (HPV). Minister Zdrowia wprowadzając szczepienie przeciw HPV rozszerza zakres ochrony przed rakiem szyjki macicy i innymi chorobami nowotworowymi związanymi z HPV. Minister Zdrowia bazuje na światowych i europejskich rekomendacjach podkreślających bezpieczeństwo, skuteczność i korzyści wynikające z realizacji programów szczepień przeciw HPV. Dotychczasowe wyniki badań wskazują jednoznacznie, że głównym celem szczepienia przeciw HPV jest zapobieganie chorobom nowotworowym.⁵

Zapobieganie chorobom jest najbardziej efektywnym kosztowo działaniem na rzecz ochrony zdrowia. Dzięki szczepieniom ochronnym, które pomagają zahamować rozprzestrzenianie się chorób zakaźnych, można uchronić wiele osób przed zachorowaniem a nawet śmiercią. Szczepienia na każdym etapie życia są rekomendowane w dokumencie Ogólnopolskiego Programu Zwalczenia Chorób Infekcyjnych „Strategia dla szczepień 2030”. Wizją i długoterminowym celem Ogólnopolskiego Programu Zwalczenia Chorób Infekcyjnych i Strategii dla szczepień 2030 jest, aby wszyscy i wszędzie, bez względu na wiek, mogli w pełni korzystać z dobrodziejstwa szczepień, co przeloży się na lepszy stan zdrowia i kondycję populacji. W wyniku wdrożenia strategii nastąpi poprawa profilaktyki i diagnostyki chorób zakaźnych, wzmocnienie zdolności służby zdrowia oraz zmniejszenie obciążenia chorobami zakaźnymi.⁶

Rekomendacja Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) uznała test w kierunku HPV jako skuteczną metodę badania przesiewowego. Infekcja wirusem brodawczaka ludzkiego (HPV) to najważniejszy czynnik ryzyka do rozwoju raka szyjki macicy; według badań nawet 100% przypadków raka szyjki macicy wynika z wcześniejszej infekcji HPV. Z tego względu, badanie w kierunku HPV ma za zadanie przesiewać pacjentki pod względem infekcji, tzn. jeśli test jest dodatni, to pacjentka jest zakażona wirusem HPV wysokiego ryzyka i może mieć zmiany przed- lub nowotworowe w szyjce macicy, a jeżeli test jest ujemny, to pacjentka jest zdrowa. Test w kierunku HPV może być jedynym badaniem przesiewowym w ramach profilaktyki raka szyjki macicy lub może być stosowany łącznie z cytologią. Badania powinny być wykonywane regularnie. WHO rekomenduje wykonywanie testu w kierunku HPV co 5-10 lat od 30 roku życia, natomiast American Cancer Society zaleca rozpoczęcie testowania od 25 roku życia co 5 lat.

Według szacunkowych danych HCV wywołującym wirusowe zapalenie wątroby typu C (WZW C) w Polsce zakażonych jest obecnie nawet 150 tys. osób dorosłych. Zdecydowana większość z nich, nie wie o tym fakcie, a tym samym staje się źródłem kolejnych zakażeń. Konsekwencje nieleczonego WZW C są groźne dla samego chorego: należy do nich m.in. marskość wątroby, do której dochodzi na skutek przewlekłego stanu zapalnego. Może to w konsekwencji prowadzić do niewydolności wątroby oraz do rozwoju raka wątrobowokomórkowego (hepatocellular carcinoma – HCC). Przeciwno WZW C nie ma szczepionki, jest za to skuteczne leczenie – zakażenie HCV można wyleczyć już w ciągu 8–12 tygodni. Wirusowe zapalenie wątroby typu C (WZW C) można obecnie wyleczyć szybko i skutecznie, jednak wielu chorych nie wie o tym, że jest zakażonych HCV (hepatitis C virus). Podstawą diagnostyki tej

⁵ <https://szczepienia.pzh.gov.pl/zalecenia-mz-dotyczace-realizacji-powszechnego-programu-szczepien-przeciw-hpv/>

⁶ <https://opzci.pl/szczepienia-na-kazdym-etapie-zycia/>

choroby jest badanie identyfikujące przeciwciała anti-HCV, które do tej pory nie znalazło się w koszyku świadczeń gwarantowanych podstawowej opieki zdrowotnej (POZ). Brakuje również badań przesiewowych w tym zakresie, o które od lat apelują eksperci. Problemem jest to, że większość zakażeń pozostaje nierozpoznana. Badania przesiewowe w rozpoznawaniu zakażeń HCV zakładają dwuetapową diagnostykę. Pierwszy etap to badania serologiczne. Drugim etapem jest badanie potwierdzenia. W diagnostyce zakażenia HCV wykorzystuje się badania serologiczne wykrywające przeciwciała anti-HCV (pojawiają się średnio po 4-10 tygodniach od ekspozycji) oraz badania molekularne wykrywające RNA HCV – materiał genetyczny wirusa (pojawia się we krwi obwodowej jako pierwszy, między 1 a 3 tygodniem od ekspozycji). Niemożliwym jest odróżnienie zakażenia HCV przebytego od aktywnego wyłącznie w oparciu o testy serologiczne. Należy wykonać badania molekularne. Jedynym markerem, na podstawie którego można stwierdzić aktywne zakażenie HCV u osoby badanej, jest materiał genetyczny wirusa, czyli HCV RNA. Coraz częściej wykonuje się również tzw. szybkie testy immunochromatograficzne do jakościowego wykrywania przeciwciał anti-HCV wykonywane z krwi żyłnej, osocza i surowicy, krwi włośniczkowej z palca lub z śliny. Wynik testu jest znany po kilkunastu minutach.⁷

Choroby sercowo-naczyniowe, metaboliczne i otyłość stają się coraz większym wyzwaniem dla systemów ochrony zdrowia w Polsce i na świecie. Schorzenia te są poważnym zagrożeniem cywilizacyjnym zwłaszcza w państwach wysokorozwiniętych oraz olbrzymim wyzwaniem z perspektywy zdrowia publicznego, polityki zdrowotnej i zasobów systemu ochrony zdrowia. Schorzenia układu sercowo-naczyniowego, cukrzyca i otyłość z powodu liczby zgonów i powikłań oraz wzrostu zapadalności należą do priorytetów zdrowotnych w Polsce. Według WHO otyłość to jedna z głównych chorób cywilizacyjnych, która szczególnie zagraża mieszkańcom Europy. W ciągu ostatnich 20 lat trzykrotnie przybyło tutaj ludzi z otyłością. W Polsce na otyłość cierpi co czwarta osoba. Nadmierną masę ciała w Polsce 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.

Krystyna Wechmann, Prezes Fundacji Polska Koalicja Pacjentów Onkologicznych oraz Federacji Stowarzyszeń „Amazonki”, Członkini Krajowej Rady ds. Onkologii i Zespołu ds. Narodowej Strategii w Onkologii



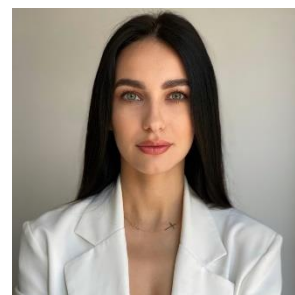
Jeśli chodzi o profilaktykę w Polsce, to mamy sporo do zrobienia. Nie mamy specjalnie się czym chwalić. Ja myślę, że kampania „Tak dla zdrowia rodziny” ma szansę to zmienić. Razem z Amazonkami chcieliśmy poszerzyć tę wielką grupę,

⁷ <https://watrobanieboli.pzh.gov.pl/o-programie/diagnostyka-zakazen-wirusowego-zapalenia-watroby-typu-b-i-c/>

aby w zakresie raka piersi starać się uświadamiać społeczeństwo na temat wczesnego wykrycia tej choroby. Zdecydowaliśmy się poszerzyć kampanie o wszystkie nowotwory. Razem z przedstawicielkami Medycznej Racji Stanów i Polskiej Koalicji Pacjentów Onkologicznych chcemy odbudować zaufanie do ochrony zdrowia. Jest to bardzo ważne, ponieważ pandemia COVID-19 pokazała kryzys zaufania społecznego do systemu organizacji zdrowia w ogóle. Zobaczyliśmy w ostatnim czasie m.in. jak dynamicznie rozprzestrzeniają się działania pewnych grup społecznych skierowane przeciw szczepieniom. Zaobserwowaliśmy także zmniejszoną liczbę osób korzystających z badań przesiewowych. Narodowa Strategia Onkologiczna ma na celu zmianę, aby Polska nie była „w tyle” w stosunku do innych krajów w rankingu liczby zgonów z powodu nowotworów. Mamy coraz nowocześniejsze terapie, które u nas w Polsce są dostępne, ale z uwagi na zgłaszanie się w zaawansowanym stadium choroby, wyniki leczenia nie dają nam takich efektów, o które byśmy zabiegali. To spowodowało, że po pierwszej kampanii pt. „Zdrowie Kobiety – Bezpieczeństwo Rodziny” chcemy pójść o krok dalej. Kobieta i jej świadomość, żeby o to zdrowie rodzinne zadbać są szalenie ważne. Ona zatroszczy się, żeby mąż miał wyprasowaną koszulę, żeby dzieci były wyposażone do szkoły w śniadanie, obiad, ubranie... Oczywiście, ma często jeszcze czas na pójście do kosmetyczki, zadbanie o urodę, ale czasem już ze swoim zdrowiem nie obchodzi się tak, jak ze swoją rodziną. Nie będę analizować, co powoduje, że zdrowie jest na końcu jej uwagi, ale myślę, że to nasza rola, aby uświadomić wszystkim członkom rodziny, że to w naszych rękach jest nasze zdrowie. Naszym sukcesem jest tutaj rozszerzenie badań przesiewowych w raku piersi.

Przeżycie Ambasador Kampanii, Ewa Jakubiec, Miss Polonia 2023, Pielęgniarka i studentka Zdrowia Publicznego

Na początku chciałabym bardzo podziękować za zaproszenie do wzięcia udziału w kampanii „TAK dla zdrowia rodziny”. Myślę, że to bardzo ważna inicjatywa, którą powinniśmy wspierać. Bursztynowa korona i tytuł Miss Polonia, to oczywiście ogromne wyróżnienie, ale także odpowiedzialność społeczna. W konkursie Miss Polonia od początku miałam swoją misję, a to, że tematy medyczne i profilaktyki zdrowotnej są mi bliskie, tak więc była to „MissJa Zdrowie”, którą ciągle kontynuuję w social mediach. W internecie jestem w dialogu z kobietami w zakresie tematów związanych z zapobieganiem rozwojowi choroby. I tam też będę chciała mówić o tej kampanii. Myślę, że zmiany społeczne w myśleniu o profilaktyce i o zdrowiu powinniśmy jednak wdrażać lokalnie. Każdy z nas, powinien być dobrym przykładem i wzorem do naśladowania i razem ze swoją rodziną aktywnie, świadomie praktykować np. profilaktykę onkologiczną. Musimy propagować hasło: „Troszcz się o siebie, troszcz się o swoją rodzinę, badaj się systematycznie i szczep”.



Przeżycie Ambasador Kampanii, Laura Breshka, Aktorka telewizyjna i teatralna, lektorka i aktorka dubbingowa

Profilaktyka onkologiczna wykonana na czas może uratować życie Twoje i Twoich bliskich. Troszcz się o siebie, troszcz się o rodzinę, szczep się, badaj systematycznie. Powiedz „tak” dla zdrowia rodziny. Przemyślana dieta i aktywność fizyczna, to jest naprawdę świetny



sposób na profilaktykę onkologiczną. Wiedza o tym, może zmniejszyć ryzyko choroby nowotworowej i uratować Ci życie. Pamiętaj o tym. Warto wykonać test w kierunku wirusa HCV, bo ten test ratuje życie. A mamy w Polsce leczenie na światowym poziomie. Dziś wiele osób wykonuje tatuaże, a to może się wiązać z ogromnym ryzykiem zakażenia HCV. W ogóle źródeł zakażenia jest bardzo wiele: wizyta u dentysty, u kosmetyczki, pobyt w szpitalu. Trzeba uważać. Co roku w Polsce umiera trzy tysiące osób na raka wątroby w wyniku zakażenia wirusem HCV. Choroba niewykryta na czas zagraża życiu, a wykrytą można całkowicie wyleczyć. Mamy już dostępne bezpłatne szczepionki przeciwko wirusowi HPV dla dziewczynek i chłopców w wieku 12-13 lat. Dzięki tym szczepionkom możemy uchronić nasze dzieci przed wieloma nowotworami. Ale my wszyscy możemy już wykonać test na obecność wirusa HPV. A szczepienie przeciwko wirusowi HPV może dać szansę na dłuższe i lepsze życie dla nas i dla następnych pokoleń. Mówi się, że wybierając zdrowy tryb życia, można nawet o połowę zmniejszyć ryzyko poważnego kryzysu zdrowotnego. Otyłość jest bramą do 200 innych chorób, w tym onkologicznych. Przemysłana dieta i systematyczna aktywność fizyczna to świetna recepta na dobrą kondycję, ale też skuteczna profilaktyka chorób nowotworowych.

4. Stanowiska prelegentów

W trakcie wirtualnej debaty wypowiedzieli się eksperci kliniczni, urzędnicy, politycy, przedstawiciele pacjentów, autorytety moralne i eksperci systemowi. Poniżej przedstawiono stanowiska prelegentów w kolejności ich wypowiedzi.

Redaktor Iwona Schymalla, Medexpress, Służba Zdrowia

Witam wszystkich Państwa bardzo serdecznie na inauguracji kampanii „TAK dla zdrowia rodziny”. Kampania prowadzona jest w partnerstwie Medycznej Racji Stanu i Polskiej Koalicji Pacjentów Onkologicznych. Będziemy rozmawiać o kluczowych dla zdrowia Polaków kwestiach. Będziemy mówić o tym, jak budzić w sobie czujność, jeśli chodzi o nasze zdrowie i co zrobić, żeby akcje profilaktyczne, o których tak często również w ramach Medycznej Racji Stanu mówimy, rzeczywiście spotkały się z przychylnym przyjęciem społeczeństwa. Nadal tutaj mamy wiele do zrobienia. Będziemy mówić o czujności decydentów na wszelkie ważne wyzwania zdrowia publicznego, wyzwania, które w systemie ochrony zdrowia się pojawiają. Patronat honorowy nad kampanią objęła Pierwsza Dama, Pani Agata Kornhauser-Duda. Otrzymaliśmy specjalne przesłanie, które Pani Prezydentowa skierowała na ręce twórców kampanii, wszystkich uczestników, partnerów i tych, którzy będą w ramach kampanii „TAK dla zdrowia rodziny” działać.



Minister Marlena Maląg, Minister Rodziny i Polityki Społecznej

Szanowni Państwo, wśród wielu czynników stanowiących o dobrostanie rodzin jednym z ważniejszych jest sytuacja zdrowotna. Inwestowanie w zdrowie, stawianie przez służbę zdrowia w centrum swoich działań człowieka, pacjenta i jego dobro, zostało zawarte w programie Prawa i Sprawiedliwości „Bezpieczna przyszłość Polaków”. W przyszłorocznym budżecie zostały zapewnione środki finansowe na nowe etapy w ochronie zdrowia, podwyżki wynagrodzeń, nowoczesny sprzęt i remonty szpitali. Wdrażana od tego roku



Krajowa Sieć Onkologiczna jest ważnym krokiem na drodze poprawy opieki nad pacjentami zmagającymi się z chorobami nowotworowymi. Jestem przekonana, że kampania Medycznej Racji Stanu i Polskiej Koalicji Pacjentów Onkologicznych „TAK dla zdrowia rodziny” dzięki szerokiemu ujęciu tematyki od zachęty do dbania o własne zdrowie poprzez popularyzowanie aktywności ruchowej wśród najmłodszych, aż po popularyzację szczepień i profilaktyki, pozwoli zredukować ryzyko poważnego kryzysu zdrowia. Organizatorom tego wydarzenia gratuluję tak cennej inicjatywy, zaś uczestnikom życzę owocnej dyskusji i wymiany dobrych praktyk oraz formułowania wniosków, które pozwolą wytyczyć nowe kierunki w polityce prozdrowotnej.

Czuję się zaszczycona, jako minister odpowiedzialny za sprawy rodziny, że mogę uczestniczyć w dzisiejszej konferencji Medycznej Racji Stanu, gdzie inaugurowany jest ten bardzo ważny projekt. Temat jest absolutnie kluczowy, bo zdrowie decyduje nie tylko przecież o dobrostanie rodzin, ale tak naprawdę o dobrostanie całego narodu. I dlatego bezpieczeństwo zdrowotne jest naszą wspólną sprawą. „Tak”, musi być głośno powiedziane dla wszystkich działań, aby Polacy żyli w zdrowiu, które podejmujemy dla dobra przyszłości. Dlatego tak ważne i potrzebne są takie inicjatywy, przede wszystkim inicjatywy oddolne, które powinny mieć pełne wsparcie instytucji rządowych. Należy zachęcać Polaków do badań profilaktycznych, dlatego całym sercem popieram Państwa inicjatywę. Jestem przekonana, że wzrost świadomości społecznej zachęci Polaków do regularnych badań profilaktycznych. Wiele chorób nie daje niepokojących objawów w początkowym stadium. I tylko dzięki badaniom profilaktycznym możemy wykryć choroby bardzo wcześnie i unikać wtedy długotrwałego, a czasem nieskutecznego leczenia, które jest przecież konsekwencją zbyt późnej diagnozy. Dlatego musimy ze społeczeństwem rozmawiać, musimy uświadaczać, musimy podejmować inicjatywy, takie jak kampania „Tak dla zdrowia rodziny”. I nie warto dopuszczać do sytuacji, gdzie zdrowie Polaków jest w jakikolwiek sposób narażone, bo kiedy ktokolwiek w rodzinie choruje, to choruje cała rodzina. Dlatego dla polskiego rządu jest bardzo ważne, aby nakłady na ochronę zdrowia wzrastały. Gdy porównujemy 2015 r., kiedy publiczne nakłady na służbę zdrowia wynosiły 77 miliardów złotych, z 2023 r., to dzisiaj na zdrowie wydajemy ok. 170 miliardów złotych, a w 2024 r. planujemy wydać na zdrowie ponad 190 miliardów złotych. Wydatki na onkologię wzrosły dwukrotnie, ponieważ jest to potrzebne, abyśmy realizowali Narodową Strategię Onkologiczną na lata 2020-2030. To są właśnie te działania, które krok po kroku pokazują, jaką drogą powinniśmy być. Przypomnę, że Profilaktyka 40+ jest bezpłatna dla wszystkich Polaków i Polek powyżej 40. roku życia. Dokonaliśmy zmian w Kodeksie Pracy, aby przy badaniach pracowniczych również te badania profilaktyczne były wzmocnione. Dlatego też, Szanowni Państwo, z całego serca życzę, aby dzisiejsze dyskusje przyniosły założony cel, żebyśmy troszczyli się o zdrowie swoich najbliższych, o zdrowie rodzin. Jestem przekonana, że nasze działania, doprowadzą do tego, aby Polacy żyli w zdrowiu.

Prof. Gertruda Uścińska, Prezes Zakładu Ubezpieczeń Społecznych

Cieszę się, że Medyczna Racja Stanu rozwija swoją aktywność. Podejmujemy wiele ważnych tematów, w tym jak zarządzać zdrowiem i jak zarządzać chorobą. Medyczna Racja Stanu to jest takie wielkie zobowiązanie ze strony ZUS, żeby się dzielić wiedzą, kompetencjami, doświadczeniem, ale także analizami, które prowadzimy opierając się na różnych bazach danych. To wszystko ma służyć ludziom, a więc żeby zmieniać, reformować i po prostu rzeczywiście zapewniać to bezpieczeństwo zdrowotne. Ja cały czas stoję na stanowisku, że



kluczowe jest przedstawienie stanu kosztu zarządzania chorobą. To jest bardzo ważne i musimy te koszty analizować ilościowo i jakościowo. Cały czas powinniśmy się uczyć, jak lepiej zarządzać zdrowiem. Wydaje się, że potrzebna jest cała strategia, jak od urodzenia, przez wszystkie fazy życia zarządzać swoim zdrowiem, aby nie wejść w tę fazę ostateczną, czyli choroby, bo wtedy mówimy już o zarządzaniu chorobą, czyli leczymy, a nie zapobiegamy. Musimy widzieć aspekty ekonomiczne, finansowe oraz technologiczne. Kluczowa jest kwestia digitalizacji, bo w zarządzaniu chorobą, a także w zarządzaniu zdrowiem na pewno te nowoczesne narzędzia informacyjne i komunikacyjne pomagają. W zarządzaniu zdrowiem trzeba wykorzystać fakt, że w coraz większym stopniu Polacy stają się społeczeństwem cyfrowym. Do strategii zarządzania zdrowiem trzeba także dodać umiejętność dbania o zdrowie psychiczne. Żyjemy w zupełnie innych warunkach z powodu globalnych procesów, tempa życia i innych modeli spędzania wolnego czasu. Naprawdę to nie jest oczywiste, jak zarządzać swoim bezpieczeństwem psychicznym oraz reakcją na stres. To wymaga także wsparcia państwa oraz instytucji, które powinny w większym zakresie wspierać obywateli w zakresie zdrowia psychicznego.

Jak Państwo wiecie, koszty dzielimy na koszty bezpośrednie i pośrednie. Koszty bezpośrednie, to są głównie wydatki publiczne i prywatne na szeroko rozumianą opiekę zdrowotną. W 2022 r. wydano na ochronę zdrowia 206 miliardów złotych, co stanowi 6,7% Produktu Krajowego Brutto. Według danych GUS jedynie 154 mld zł to były wydatki publiczne, natomiast 52 mld zł stanowiły wydatki prywatne. Ale musimy widzieć w tych kosztach także duży udział kosztów pośrednich. Możemy podzielić społeczeństwo według struktury wieku, na dzieci, młodzież uczącą się, osoby aktywne ekonomicznie, aż do osób w wieku poprodukcyjnym. Koszty pośrednie związane z zarządzaniem i zdrowiem, ale także i chorobą, pojawiają się po stronie pracodawców, dlatego że wynikają z absencji chorobowej spowodowanej różnymi chorobami. One też powodują koszty pośrednie u pracodawców, jeżeli chodzi o zastępstwa, spóźnienia, wyjścia prywatne czy niższą wydajność. Pracodawcy muszą finansować część niezdolności do pracy w postaci chociażby wynagrodzenia chorobowego przez pierwsze 33 dni absencji chorobowej pracownika w roku. Dzięki temu, że wprowadziliśmy od 1 grudnia 2018 r. Platformę Elektronicznych Zwolnień, dokładnie tę absencję – a w konsekwencji związane z nią wydatki – liczymy. Ja uważam, że to jest wielkie osiągnięcie, jakie uzyskałam we współpracy ze środowiskiem medycznym. To jest właściwie jedyna taka platforma, która dostarcza obiektywnej informacji o liczbie chorujących ubezpieczonych, na co chorują, jaka jest dynamika, struktura, czy to są kobiety, czy to są mężczyźni, kiedy następują zgony, po jakiej absencji krótszej, czy dłuższej oraz oczywiście jakie są koszty kompensowania utraconego dochodu poprzez świadczenia społeczne. To platforma, którą oznaczam literą „A”. Natomiast czekam na zbudowanie platformy, którą oznaczam literą „B”. Wówczas obok tych kosztów finansowych, które są dla nas znane, jakie ponosimy, dołożymy w niezbyt odległej przyszłości, te koszty, które faktycznie w okresie choroby ponosimy z tytułu właśnie świadczeń zdrowotnych, rzeczowych, a więc koszty wizyty u lekarza, koszty pobytu w różnych placówkach zdrowotnych, koszty operacji, leków itd. Musi dojść do faktycznego budżetowania, bo ja w tym widzę wielką szansę na optymalizację kosztów. ZUS zawarł porozumienie z Ministerstwem Zdrowia i mam nadzieję, że jesienią rozpocznie się realizacja, aby spróbować skoordynować te wielkie bazy danych.

Dzisiaj ponosimy wydatki na świadczenia społeczne, które z jednej strony są finansowane z budżetu państwa, a z drugiej z funduszu ubezpieczeń społecznych. To są zasiłki, renty i inne świadczenia z tytułu niezdolności do pracy. W przypadku zarządzania chorobą z powodu choroby członka rodziny, często mówimy o tych skutkach, które przenoszą się na rodzinę i na bliskich chorego. To jest kwestia rezygnacji z czasu wolnego, czy braku możliwości realizacji obowiązków domowych. Jest też kwestia relacji emocjonalnych, psychicznych, a więc musimy też ten aspekt tutaj widzieć. Znamy też wyniki analiz,

badań kosztów pośrednich i bezpośrednich związanych z chorobą w krajach Unii Europejskiej. Z tych badań wynika, że te koszty w 60–80 proc. ponosi chory i jego rodzina, a około 20 proc. systemy publiczne i ubezpieczeniowe oraz w kolejnych 20 proc. jest to pracodawca. Dotyczy to także Polski.

W Polsce, na leczenie szpitalne przeznaczają się ponad 50% wydatków, a na leczenie ambulatoryjne ok. 10%. Natomiast nakłady na edukację prozdrowotną wynoszą ok. 1,5%. Jeżeli chcemy dyskutować o lepszym zarządzaniu zdrowiem, to te nakłady muszą być wyższe. Patrząc na wydatki z tytułu niezdolności do pracy z powodu poszczególnych grup chorobowych, na pierwszym miejscu, w I półroczu są zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania, które stanowiły 16,3% ogółu wydatków ZUS. Potem mamy choroby układu mięśniowo-szkieletowego i tkanki łącznej, które stanowią 14,7%. Na trzecim miejscu są urazy, zatrucia i inne działania czynników zewnętrznych – prawie 13%. Na czwartym miejscu są choroby związane z okresem ciąży i porodu, to jest 12%. Układ oddechowy odpowiada za 9,2% wydatków, układ nerwowy – 7,2% oraz 5% – choroby nowotworowe.

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

Bardzo się cieszę, że zaczynamy kolejną kampanię prozdrowotną. Głównym tematem wielu debat Medycznej Racji Stanu jest onkologia i bardzo słusznie. Dzieje się tak, nie tylko dlatego, że wszyscy się boją raka i na raka rzeczywiście można umrzeć, ale przede wszystkim dlatego, że w onkologii dokonał się ogromny postęp. W Klinice Diabetologii Chorób Wewnętrznych na Banacha, prowadzimy nieustanną diagnostykę onkologiczną wielu pacjentów z różnymi dolegliwościami, a potem przekazujemy ich onkologom do leczenia. Bardzo rzadko się zdarza, żeby nie można było podjąć próby leczenia i chociażby przez ostatnią dekadę ten postęp jest kolosalny. Jako diabetolodzy zdobywamy wiedzę, nie będąc onkologami, ale widzimy, jak wielu pacjentom można pomóc.



Otyłość, to jest droga do ok. 200 różnych chorób. Te kilka najważniejszych wszyscy znamy na pamięć, czyli nadciśnienie tętnicze, cukrzyca, niewydolność serca, choroba wieńcowa. Jest także cała gama zaburzeń psychicznych, których nie widać na pierwszy rzut oka, bo otyli pacjenci wyglądają często na osoby dość szczęśliwe, rubaszne i zadowolone z życia. Tak nie jest. To są osoby często z depresją, bo otyłość prowadzi do depresji, a depresja nasila otyłość. Tak, że ten wątek psychologiczny, czy psychiatryczny jest tu bardzo ważny. Otyłość jest także podłożem wielu nowotworów. Otyłość zwiększa o mniej więcej 30% ryzyko zachorowania na nowotwory gruczołowe. Mamy także wielu pacjentów, których powikłaniem otyłości są zwyrodnienia stawów biodrowych i kolanowych.

Dlatego kluczowym elementem tej kampanii rodzinnej jest wpojenie społeczeństwu zdrowych nawyków żywieniowych, które nabywa się w rodzinie. My mówimy od początku powstania Medycznej Racji Stanu o konieczności wdrożenia „godziny dla zdrowia”, czy zajęć o zdrowiu w szkole. Bo edukacja prozdrowotna powinna się zacząć wcześniej na poziomie domu i szkoły. Jak zresztą wiele innych kwestii zdrowotnych, takich jak: palenie papierosów, picie alkoholu, czy aktywność fizyczna. Problemy zdrowotne wieku dorosłego rozwijają się właśnie na tle tych nieprawidłowości, które mają szansę rozwinąć się w rodzinie. Prewencja zaburzeń metabolicznych, nadwagi, otyłości powinna się właśnie zacząć bardzo wcześnie.

Prof. Piotr Rutkowski, Prezes Polskiego Towarzystwa Onkologicznego

Narodowa Strategia Onkologiczna ma służyć temu, abyśmy w sposób optymalny opiekowali się pacjentami onkologicznymi. Jej bardzo ważnym elementem jest profilaktyka. Tak naprawdę dwie trzecie Narodowej Strategii Onkologicznej opiera się o profilaktykę. I to zarówno profilaktykę pierwotną, jak i wtórną.



Po pierwsze, kluczowa jest dobra informacja i dostęp do danych. Myślę, że jeżeli chodzi o szczepienia przeciwko HPV, to one i tak poszły całkiem nieźle w okresie wakacyjnym, bo przekroczyliśmy 105 tysięcy zaszczepionych dzieci. To jest bardzo dobry wynik, ale naszą ambicją byłoby ok. 400-500 tysięcy. To, co jest bardzo ważne, to jest odpowiednia informacja, że są to bardzo sprawdzone, bardzo bezpieczne szczepienia. Mają one bardzo jasny cel, jakim jest eliminacja nowotworów HPV-zależnych. Tutaj nie mówimy tylko o tym, że my zapobiegamy, ale być może możemy w ogóle wyeliminować ten problem społeczny, który dotyczy zgonów kilku tysięcy kobiet na raka szyjki macicy. To samo dotyczy, jeżeli chodzi o HPV-zależne nowotwory głowy i szyi. W związku z tym, jest to całkiem szeroki problem, ale cały czas myślę, że brakuje rzetelnej informacji w budowaniu wiedzy w społeczeństwie na ten temat. Byłoby bardzo pożądane, żeby Ministerstwo Rodziny aktywnie włączyło się w promocję szczepień przeciwko HPV. Ja oczywiście apeluję, żeby Ministerstwo Edukacji włączyło się aktywnie na poziomie szkół w promocję tych szczepień. Pragniemy, aby rodzice i dzieci wiedzieli, że to jest po prostu powszechnie dostępne. Jest już ponad trzy tysiące punktów szczepień, gdzie właściwie w całej Polsce można się spokojnie zaszczepić i to w bardzo krótkim czasie u lekarza rodzinnego. Nie mamy takiego systemu szczepień w szkołach.

Drużga ważna rzecz, to poprawa zgłaszalności na badania profilaktyczne. Mimo, że mamy bardzo dobry dostęp do mammografii, bo w tej chwili mamy właściwie wszystkie mammografy cyfrowe w Polsce, mamy dostęp do cytologii bez żadnego problemu, gorzej trochę jest z kolonoskopią, to cały czas zgłaszalność na badania profilaktyczne jest w Polsce w granicach 40%. Ale to też wynika z kilku rzeczy. Po pierwsze, z braku zaufania w ogóle do tego, że można coś zrobić od ręki albo szybko i braku informacji, gdzie można wykonać te badania. My na przykład cały czas oczekujemy na podpisanie umowy na Narodowy Portal Onkologiczny. Uważam, że to jest miejsce, gdzie po prostu byłaby dostępność do takich informacji. Taka informacja znajduje się wprawdzie na portalu Narodowego Funduszu Zdrowia, tylko to nie jest takie proste, aby tam znaleźć miejsce wykonywania badań mammograficznych lub cytologicznych. To, co jest i myślę, że stanie się ciałem w przyszłym roku, to jest wprowadzenie nowoczesnego badania, jeżeli chodzi o HPV DNA zamiast cytologii. Jest to badanie, które można wykonywać w warunkach domowych. To badanie jest zero-jedynkowe, w związku z tym likwiduje dowolność badania cytologicznego, bo ono jest jednak w pewien sposób interpretowalne. I poza tym można je wykonywać, co pięć lat. Ponieważ 99,9% raków szyjki macicy jest związanych z HPV, w związku z tym wynik 0 oznacza, że w tej chwili nie mamy zagrożenia tym nowotworem. W związku z tym czekamy na wprowadzenie w przyszłym roku tego programu, jako nowego badania profilaktycznego. Z kolonoskopią jest niestety gorzej. Kolonoskopia jest obecnie w ramach koszyka gwarantowanych świadczeń. Jest sporo ośrodków, gdzie to jest wykonywane, ale nie mamy w tej chwili kontroli, czyli nie mamy tak naprawdę programu profilaktyki. I nie mamy w tej chwili też dobrze gromadzonych danych, ponieważ w ustawie o KSO nie ma zapisanego ustawowo dostępu do monitorowania profilaktyki, ponieważ badania profilaktyczne nie są diagnostyką i leczeniem

onkologicznym. W ramach diagnostyki i leczenia onkologicznego jest dostęp jedynie dla wojewódzkich ośrodków monitorujących i krajowego ośrodka monitorującego, tylko dla osób z kartą DILO. To jest oczywiście bardzo dobre dla monitorowania całego systemu diagnostyki i leczenia, ale nie profilaktyki. I to jest rzecz, która wymaga pilnego uporządkowania, bo w przyszłym roku kończy się jakakolwiek możliwość kontroli profilaktyki w naszym kraju, ponieważ nie będziemy mieli dostępu do tych danych. Bez koordynacji, nie da się programów zdrowotnych prowadzić, więc to jest bardzo ważny element, na który zwracam uwagę. Więc z kolonoskopią jest o tyle gorzej, że tak jak powiedziałem, nie mamy w tej chwili takiego systemu, jak mieliśmy wcześniej, bo nie mamy kontroli systemu jakości w ramach tego badania profilaktycznego. Ale druga rzecz, która jest niezbędna, to jest wprowadzenie testu FIT. U nas zgłaszalność na kolonoskopię przesiewową jest po prostu niska. Część ludzi tego nie akceptuje. Te kraje, które wprowadziły test FIT, poszły zdecydowanie bardziej do przodu. Liderem jest Dania, która ma 66% osób zgłaszających się na badania profilaktyczne w kierunku raka jelita grubego. To jest fenomenalny wynik. To by oznaczało w Polsce zmniejszenie o kilka tysięcy zgonów z powodu raka jelita grubego rocznie. Ale brakuje nam tych kilku elementów, które musimy w tej chwili wprowadzić, żeby ta profilaktyka była w pełni skuteczna. To, do czego zachęcam, to do absolutnie promowania w tej chwili szczepień HPV, bo to jest rzecz, dzięki której możemy szybko osiągnąć sukces.

Posel Barbara Dziuk, Komisja Zdrowia oraz Podkomisja stała do spraw onkologii

Często mówimy o Krajowej Sieci Onkologicznej, która była wdrożona przez rząd i wypracowana wspólnie z klinicystami i organizacjami pacjenckimi. Pilotaż idzie dobrze, ale cały czas trzeba to monitorować i pilnować. Natomiast zgadzam się, że nie ma tak naprawdę systemowego zabezpieczenia, jeżeli chodzi o promowanie profilaktyki. Cieszę się także, że udało się systemowo usprawnić działanie opieki onkologicznej oraz poprawić jej finansowanie. Wspólnie z Ministerstwem Zdrowia przygotowaliśmy Ustawę o innych zawodach medycznych, gdzie jest wpisany zawód „profilaktyk”. Natomiast teraz musimy opracować strategiczny dokument dotyczący profilaktyki dla kobiet i mężczyzn. Ja ze swojej strony jestem do Państwa dyspozycji. Zachęcam do współpracy, do dialogu, bo zdrowie, co zawsze podkreślam, nie ma barwy politycznej. Zdrowie ma nas łączyć i mamy dobrze pracować dla pacjenta, aby pacjent był w centrum uwagi. Ważnym jest, żebyśmy przy tych wszystkich sprawach merytorycznych nie zapomnieli, co tak naprawdę nas łączy. Tak że tutaj ja wskazuję ten kierunek. Ja się cieszę, że mogę z Państwem wypracowywać fantastyczne projekty i współpracować dla dobra pacjenta.



Prof. Piotr Gałeczki, Konsultant krajowy w dziedzinie psychiatrii

Jeśli chodzi o zdrowie psychiczne, to właściwie i zdrowie psychiczne dzieci i młodzieży i osoby dorosłej, to problem, który rozgrywa się w rodzinie. Każdy kryzys psychiczny jest kryzysem partnerskim lub kryzysem rodzinnym. Jeśli mówimy o zdrowiu psychicznym dzieci i młodzieży, to bardzo często jest tak, że kłopoty w komunikacji, to, jak szybko pracujemy, jak ważne są dla nas inne sfery życia, niż rodzina i tę rodzinę pozostawiamy samą sobie, skutkują tym, że dochodzi do zaburzenia kanałów komunikacji między rodzicami i między dziećmi. Pojawiają się kryzysy wieku dziecięcego i adolescencji, bo pamiętajmy, że poza chyba całościowymi zaburzeniami rozwoju,



wszystkie pozostałe zaburzenia psychiczne wynikają właśnie z kłopotów z komunikacją i z problemami związanymi z dojrzewaniem. Tutaj rola rodziny jest bardzo ważna.

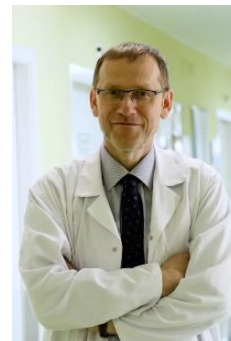
W obszarze psychiatrii dzieci i młodzieży toczy się reforma, a nakłady publiczne w ciągu ostatnich dwóch lat wzrosły czterokrotnie. Teraz rocznie jest przeznaczane ponad miliard dwieście tysięcy milionów na psychiatrię dziecięcą. Jak rozmawiamy z psychiatrami dzieci i młodzieży, to właściwie oni nie narzekają obecnie na środki finansowe, tylko ciągle na brak kadry, która nie chce się tak szybko odtworzyć, bo po prostu tak szybko się nie da. Ale tutaj też są dobre informacje, dlatego że specjalizacja z psychiatrii dzieci i młodzieży cieszy się dość dużą popularnością wśród absolwentów uczelni medycznych. Aktualnie jest w pierwszej dziesiątce najczęściej wybieranych specjalizacji. W całej Polsce praktycznie już są w każdym powiecie poradnie pedagogiczno-psychologiczne, które stanowią pierwszy poziom referencyjności, jeśli chodzi o profilaktykę oraz wstępne leczenie i diagnozowanie zaburzeń psychicznych u dzieci i młodzieży. I to jest bardzo duża zmiana, bo tak naprawdę 70-80% problemów daje się rozwiązywać na tym poziomie. Kolejny poziom, to jest poziom, w którym występują poradnie zdrowia psychicznego i dopiero na tym poziomie jest lekarz-specjalista psychiatrii dzieci i młodzieży. A trzeci poziom, ten ostatni, to jest psychiatria i specjalista psychiatrii dzieci i młodzieży w szpitalu psychiatrycznym, gdzie są łóżka psychiatryczne. Aktualnie wydaje się, że tych łóżek psychiatrycznych mamy wystarczającą ilość. Kryzys dotyczący psychiatrii dzieci i młodzieży jest kryzysem całego współczesnego, nowoczesnego świata. Mamy podobne do Polski wzrosty statystyk we Francji, Belgii, czy w Danii. Całe środowisko psychiatrii dzieci i młodzieży pracuje nad tym, żeby niwelować te problemy. I tutaj bardzo istotna jest współpraca z Ministerstwem Edukacji i Nauki oraz Ministerstwem Rodziny.

Jeśli chodzi o psychiatrię dorosłych, to warto zaznaczyć, że każda jednostka chorobowa, która pojawia się u każdego z nas, staje się także pewnego rodzaju wyzwaniem i kryzysem psychicznym. Bo nie tylko depresja, nie tylko schizofrenia, czy każda inna jednostka chorobowa w psychiatrii, ale jeśli się pojawi nowotwór, czy inna poważna jednostka chorobowa, to pojawiają się zaburzenia adaptacyjne, czy lękowe u osoby, która na nie cierpi. I zmienia, to też w pewnym sensie plany rodziny i potrzeby jej adaptacji. Więc warto, żeby o tym mówić. W psychiatrii dorosłych zmiany są następujące, że w ostatnim rozporządzeniu dotyczącym pilotażu jest już wymienionych 129 Centrów Zdrowia Psychicznego (CZP), które pokrywają ponad 52% dorosłej populacji. Nie udało nam się przeforsować zmiany w Ustawie o ochronie zdrowia psychicznego w tej kadencji, która pozwalałaby zapisać Centra Zdrowia Psychicznego typu B, czyli takie, w których nie występuje oddział stacjonarny. Dlatego pilotaż został przedłużony do końca następnego roku, bo nie było innego wyjścia. Mamy nadzieję, że nowy Parlament i Rząd przychylił się do prośb środowiska i dojdzie do oczekiwanych zmian w Ustawie o ochronie zdrowia psychicznego i będziemy kontynuować te zmiany już na terenie całej Polski. Przypomnę, że Centrum Zdrowia Psychicznego to jest taki projekt opieki środowiskowej, czyli bliskiej rodzinie i zamieszkania pacjenta i obejmuje jedno terytorium. Jest to powiat lub dzielnica w dużym mieście i populacja do 200 tysięcy mieszkańców. CZP gwarantuje pomoc w poradni zdrowia psychicznego, w oddziale dziennym, oddziale całodobowym oraz zespole leczenia środowiskowego. Personel medyczny jedzie do pacjenta do domu, ale bardzo istotne jest to, że występuje taki element, który jest zupełną nowością systemu, czyli punkt zgłoszeniowo-koordynacyjny. Jest on czynny od rana do wieczora, od poniedziałku do piątku, gdzie pacjent w sytuacji nagłej otrzymuje pomoc do 72 godzin. I właściwie funkcjonowanie tego punktu zgłoszeniowo-koordynacyjnego, jak pokazuje analiza tych Centrów Zdrowia Psychicznego, które powstały najwcześniej, spowodowała, że właściwie na terenie centrów nie ma kolejek do psychiatrii, jeśli chodzi o poradnie zdrowia psychicznego, a szczególnie jeśli

chodzi o pierwszą wizytę. Warto także zaznaczyć, że w tych centrach, które działają od 2018 r., liczba hospitalizacji zmniejszyła się o około 30% i zmniejszyła się o połowę długość tych hospitalizacji. Tak że psychiatria blisko rodziny i blisko domu to jest dobry pomysł i właściwy kierunek reformy.

Prof. Krzysztof Tomasiewicz, Kierownik Kliniki i Katedry Chorób Zakaźnych SPSK1 w Lublinie

Problem zakażenia wirusem zapalenia wątroby typu C (HCV) nadal jest nierozwiązany, pomimo upływu wielu lat i naszych starań nad wprowadzeniem powszechnego testowania i stosowania leków u pacjentów zakażonych. W Polsce wciąż mamy ponad 100 tysięcy osób, które chodzą z zarażeniem HCV, nie mając w ogóle pojęcia o tym, że są zakażone. Ciągłe czekamy na wdrożenie powszechnego testowania w kierunku HCV, czyli działania, które powinno spowodować, że wykryjemy 80-90%, a najchętniej oczywiście 100% osób zakażonych na poziomie lekarzy Podstawowej Opieki Zdrowotnej. Jeżeli jestem pytany o to, co należy zrobić, to odpowiadam, że na pewno należy zintensyfikować działania przesiewowe na poziomie lekarzy POZ. My mieliśmy nadzieję, że wraz z wprowadzeniem badań anty-HCV do koszyka świadczeń u lekarza POZ, będziemy mieli coraz więcej pacjentów zidentyfikowanych. Jednak, jak pokazują liczby, tak się nie dzieje. Jeżeli mówimy o wprowadzeniu Narodowego Planu Eliminacji HCV, to przede wszystkim musimy ruszyć z testowaniem na poziomie POZ. Oczywiście są również inne wyzwania, ale tutaj pojawiło się ostatnio kilka pozytywnych zjawisk. Mianowicie, jesteśmy na początku procesu testowania w kierunku HCV w więzieniach. I to jest bardzo dobra informacja, dlatego że postulowaliśmy, aby zająć się również tą grupą docelową. Mamy za sobą różne akcje testowania pacjentów, np. psychiatrycznych. Próbuje dotrzeć do pacjentów, którzy są hospitalizowani w różnych oddziałach, w różnych specjalnościach tak, abyśmy mogli zidentyfikować jak najwięcej pacjentów potencjalnie zakażonych HCV. Pamiętajcie Państwo, że w chwili obecnej mówimy o przesunięciu szczytu zakażeń do kategorii wiekowej osób młodszych. Dotarcie do tych pacjentów, gdzie zazwyczaj, większość z nich nie ma żadnych objawów i nie zgłasza się do lekarza specjalisty, to znowu jest zadanie dla lekarza POZ. Przy zleceniu jakichkolwiek badań krwi powinien być wykonany test na anty-HCV. Jeżeli będzie wykryty HCV na poziomie poradni chorób zakaźnych, czy poradni hepatologicznej, wdrożone zostanie leczenie w ramach programu lekowego NFZ. Program eliminacji HCV jest zgodny z oczekiwaniami Światowej Organizacji Zdrowia eliminacji HCV, jako problemu zdrowia publicznego do 2030 r. Testowanie na SOR, w poradniach specjalistycznych, zwłaszcza w przypadku tych pacjentów, którzy trafiają wielokrotnie do lekarzy, do szpitali, to wszystko musi się dziać równolegle do powszechnego programu prowadzonego w POZ. Niestety, obserwujemy w ostatnim czasie wysyp pacjentów, którzy trafiają do nas na bardzo zaawansowanym etapie włóknienia, kiedy terapia przeciwwirusowa pomaga, ale cofnięcie włóknienia często jest wręcz niemożliwe. Mamy również coraz więcej pacjentów z rakiem wątrobowokomórkowym. W tym gronie nie muszą chyba nikogo przekonywać, jak groźna jest to choroba. Praktycznie nie ma dobrej chemioterapii, a więc jeżeli wykryjemy ją na wczesnym etapie, jest jakaś możliwość leczenia operacyjnego. Jeżeli mamy pacjenta już z rozsiałym procesem, z kilkoma zmianami ogniskowymi w wątrobie, to zazwyczaj dla tych pacjentów jest już za późno.



*dr hab. n. med. Barbara Radecka, prof. UO, Ordynator Kliniki Onkologii
Opolskiego Centrum Onkologii im. prof. Tadeusza Koszarowskiego w Opolu i
Uniwersytetu Opolskiego*

Postęp w onkologii jest bardzo zróżnicowany w poszczególnych obszarach terapeutycznych. Rak piersi jest tym obszarem, w którym dzieje się bardzo dużo i ten postęp jest znaczący na przestrzeni ostatnich paru dekad. Mówiąc o postępie, mam przede wszystkim na uwadze wydłużenie czasu życia pacjentów. Na ów postęp składa się kilka elementów. Po pierwsze, to wczesne wykrywanie, a więc badania przesiewowe, które są prowadzone na masową skalę. Nadal życzylibyśmy sobie lepszej zgłaszalności w populacji kobiet, ale jeśli spojrzymy wstecz, to widzimy, że zgłaszalność z biegiem lat się poprawia. Wprawdzie pandemia zahamowała ten pożądaną trend, ale mamy nadzieję na szybkie nadrobienie tego „długu”.



Wzrasta skuteczność diagnostyki – pojawiają się nowe techniki obrazowania piersi oraz poprawia się jakość (skuteczność i czułość) wykonywanych badań mammograficznych. Drugim czynnikiem jest postęp w leczeniu. Dotyczy to zarówno leczenia radykalnego, czyli coraz bardziej wysublimowanej, nowoczesnej chirurgii oraz coraz doskonalszej radioterapii, która lepiej napromienia właściwy obszar guza z jednoczesnym zaoszczędzeniem tkanek zdrowych. I wreszcie postęp w leczeniu systemowym, czyli pojawienie się nowych leków ukierunkowanych molekularnie oraz immunoterapii. Można powiedzieć, że w zakresie raka piersi ostatnich kilka lat przyniosło kolosalne zmiany, jeśli chodzi o leczenie systemowe. Na poprawę wyników leczenia wpływa też lepsza organizacja opieki nad pacjentami, głównie poprzez tworzenie sieci pełnoprofilowych, wielospecjalistycznych centrów narządowych zajmujących się leczeniem kobiet chorych na raka piersi, czyli tzw. *Breast Unit*. W Polsce jest ich już coraz więcej. Ich poziom rozwoju, wielkość, struktura są zróżnicowane, ale zawsze w jednym miejscu znajdują się eksperci, którzy zajmują się diagnostyką, leczeniem, rehabilitacją. Dzięki temu, pacjentka ma wytyczoną interdyscyplinarną ścieżkę diagnostyczno-terapeutyczną. Tych rzeczy, o których wspominałam jest bardzo dużo, ale żadna z nich nie spowodowała samodzielnie przełomu, czyli wzrastającego odsetka przeżyć 5-letnich wolnych od choroby, przeżyć ogólnych i generalnie wydłużenia życia. Ten efekt poprawy jest efektem wielu procesów.

Postęp, który chcielibyśmy widzieć, to większa liczba badań przesiewowych u kobiet powyżej 70 r.ż. W ostatnim czasie wydłużono okres padań przesiewowych o kolejne 5 lat, a więc mamy nadzieję, że kobiety po 70 r.ż. będą te badania wykonywały. To jest bardzo ważne, bo obserwujemy zwiększoną umieralność, szczególnie w tej kategorii wiekowej senierek. Wiele z kobiet, które przekroczyły 70 lat, uważa, że rak piersi ich nie dotyczy. Dlatego wydłużenie okresu badań przesiewowych oceniam jako bardzo ważny element w zakresie opieki onkologicznej. Nowoczesne leczenie raka piersi jest dziś oparte o bardzo rozbudowane algorytmy, które w zależności od podtypu biologicznego w różny sposób definiują ścieżkę terapeutyczną. Doskonale wiemy, że rak piersi nie jest chorobą jednorodną. Różnicujemy kilka podtypów, które różnią się przebiegiem, ale - co szczególnie ważne - różnią się także wrażliwością na różne metody leczenia. Leczenie systemowe to chemioterapia, hormonoterapia, leki molekularnie ukierunkowane antyHER2, immunoterapia, inhibitory PARP, tych grup jest coraz więcej, a leki są dobierane zależnie od podtypu raka piersi. Jeśli popatrzymy na te podtypy, to zobaczymy, że są pewne obszary, gdzie dostęp do terapii jest bardzo dobry, ale są inne, gdzie jeszcze pewne procesy refundacyjne się toczą. Dotyczy to m.in. leków, które mogą zmniejszyć ryzyko nawrotu choroby

nowotworowej u kobiety po przebytych radykalnym leczeniu. Mam tutaj na myśli pacjentkę, u której rozpoznano raka piersi we wczesnym stadium, przeprowadzono radykalne leczenie, ale po kilku, a czasem po kilkunastu latach choroba powróciła. Taka sytuacja może dotyczyć nawet 30% liczby pacjentek leczonych pierwotnie radykalnie, a więc z intencją wyleczenia. Jak możemy to ryzyko zmniejszyć? Bo przecież 30% to dużo. Możemy to osiągnąć różnymi dostępnymi metodami, gdzie kojarzymy chemioterapię, hormonoterapię i stosujemy terapię antyHER2. Tym, co jest pewną nowością ostatnich lat i dokłada cegiełkę, żeby zmniejszyć odsetek tej 30% kobiet, u których dochodzi do nawrotu, jest dołączenie cyklibów do hormonoterapii. Cykliby, to nowoczesne, doustne leki, które już stosujemy w chorobie zaawansowanej, czyli w odmiennej sytuacji klinicznej. Tutaj, dołączenie tych leków do hormonoterapii pooperacyjnej w chorobie wczesnej, ma również zmniejszyć ryzyko nawrotu choroby w przyszłości i liczbę zgonów z powodu raka piersi. Proces refundacyjny dla abemacyklibu toczy się już od pewnego czasu, a pacjentki z wczesnym rakiem piersi czekają na terapię ratującą ich życie.

Dr Janusz Meder, Prezes Polskiej Unii Onkologii, Narodowy Instytut Onkologii w Warszawie, Medyczna Racja Stanu

W onkologii potrzebna jest wieloletnia nieustająca kampania edukacyjna, która ma przynieść zysk dla społeczeństwa. Światowa Organizacja Zdrowia, ASCO, ESMO oraz szereg innych krajowych i zagranicznych towarzystw lekarskich, nie tylko onkologicznych, stwierdzają jednym głosem, że inwestycja w edukację, prewencję i profilaktykę prowadzi do zdecydowanie mniejszych problemów zdrowotnych i co najmniej dziesięciokrotne obniżenie wydatków na leczenie.

Musimy także zdać sobie sprawę, że są chorzy onkologicznie, którzy chorują nie ze swojej winy. Mogą przestrzegać zasad zapisanych w Europejskim Kodeksie Walki z Rakiem, przestrzegać zdrowego stylu życia, a niestety choroba również może ich dotknąć. Jesteśmy w tej chwili bardzo zatroskani na całym świecie, parząc na powszechne występowanie (otyłość typu brzuszego i brak stałej aktywności fizycznej) chorób zaliczanych do tzw. syndromu X, czyli zespołu metabolicznego, pokłosiem którego i pochodną są te wszystkie główne choroby, będące zabójcą współcześnie żyjących ludzi. Myślę tu nie tylko o onkologii, nie tylko o nowotworach, ale o hipercholesterolemii, nadciśnieniu, zawałach serca, udarach mózgu i cukrzycy. Na pierwszym miejscu WHO stawia w tej chwili trzy główne czynniki ryzyka, które powinny być zredukowane lub eliminowane przez wszystkie kraje na całym świecie, czyli otyłość, nadużywanie alkoholu i palenie papierosów. Niestety walka z tymi uzależnieniami jest mało skuteczna.

Polityka zdrowotna nie może być prowadzona od kadencji do kadencji rządzących, tylko musi być z żelazną konsekwencją realizowany pewien spójny kilkudziesięcioletni system programowy, który jest podtrzymywany, kontynuowany i monitorowany przez kolejne ekipy decydentów i na poziomie parlamentu i na poziomie rządu. Jeżeli za każdym razem będzie wymyślanie czegoś nowego i za każdym razem będziemy robić jakieś nowe akcje, a nie długoterminowe kampanie, to oczekiwanego skutku nie będzie. To co dzisiaj rozpoczynamy pod egidą Medycznej Racji Stanu, to jest kolejny rozdział w dążeniu do poprawy wyników leczenia wszystkich chorób uznawanych za cywilizacyjne. Nie będzie zmiany w stanie zdrowia polskiego społeczeństwa, jeżeli rzeczywiście nie skupimy się na edukacji, prewencji i profilaktyce. Co stoi na przeszkodzie, że od kilkudziesięciu już lat nie możemy doprosić się u rządzących wprowadzenia godziny wychowania w zdrowiu? Przecież, to jest tragedia polskiego społeczeństwa. Jeśli nie wyedukujemy zdrowotnie młodych ludzi od przedszkola i szkoły, to nie będziemy mieli nigdy odpowiedzialnego społeczeństwa świadome troszczącego się o swoje zdrowie. W związku z



dynamicznie postępującym procesem starzenia się społeczeństw (wydłużanie okresu życia) bardzo ważne jest sprawne wdrażanie i realizowanie polityki senioralnej państwa, tak, żeby ludzie starzeli się zdrowo i żyli aktywnie w możliwie pełnym dobrostanie psychofizycznym, socjalnym i duchowym. W Polsce jest nadal sporo do zrobienia w rozwiązaniu tego narastającego problemu. Polska Unia Onkologii wielkim wysiłkiem zdobywała własne środki finansowe, żeby zrobić takie kampanie, jak „Mam haka na raka”, tocząca się przez siedem lat wśród młodzieży szkół ponadgimnazjalnych na zasadzie konkursu i wykorzystaniu kreatywności młodzieży. Z kolei w równoległe i komplementarnie prowadzonej przez nas kampanii „Zdrowa gmina”, zostały wypracowane wzorce, które powinny być powielane, powtarzane, nie przez rok, czy parę lat, tylko przez całe pokolenie. Nie zmienimy nic doraźnie. Dlatego bardzo bym apelował, że jeżeli teraz rozpoczynamy pierwszy etap kampanii „Tak dla zdrowia rodziny”, jeśli zaangażowane są nowe siły, nowe pomysły, to żeby skorzystać z tych doświadczeń, które stworzyły znakomite wzorce do naśladowania.

Podsumowując, stworzyliśmy już niemałym wysiłkiem i trudem świetną i naprawdę bliską ideałowi infrastrukturę logistyczno-organizacyjną, mamy coraz lepszy dostęp do nowoczesnych terapii onkologicznych, o czym wielokrotnie tu słyszymy, a za co jesteśmy wdzięczni decydentom. Nie zdajemy sobie sprawy, że pomimo trudnej sytuacji wieloletnich zaniedbań, zaniechań i permanentnego niedofinansowania ochrony zdrowia, w ciągu ostatnich paru dekad zwiększyliśmy średnią przeżywalność na nowotwory w Polsce z 30 do przeszło 50 punktów procentowych. To się stało możliwe, dzięki mozolnej, ofiarnej i nierzadko kosztem własnego życia prywatnego spontanicznej pracy całego personelu medycznego pracującego w onkologii. Bylibyśmy dzisiaj jednak w zupełnie innym miejscu, gdybyśmy konsekwentnie wdrażali wszystkie elementy Narodowego Programu Zwalczenia Chorób Nowotworowych, który funkcjonował, zanim powstała Narodowa Strategia Onkologiczna. Wspólnym mianownikiem jest jednak Kodeks Walki z Rakiem. Europejski Kodeks Walki z Rakiem dotyczy prewencji nowotworów: pierwotnej – czyli ograniczania działania czynników ryzyka (kancerogenów) na nasz organizm oraz wtórnej – czyli wykrywania choroby na możliwie najwcześniejszym etapie zaawansowania. Zawiera on dwanaście kluczowych zaleceń, których przestrzeganie zmniejszyłoby w Europie liczbę zgonów spowodowanych nowotworami nawet o 50%. Te dwanaście sposobów na zdrowie, zdefiniowano hasłowo, jako:

1. Nie pal.
2. Stwórz w domu środowisko wolne od tytoniu.
3. Utrzymuj prawidłową masę ciała.
4. Bądź aktywny fizycznie w codziennym życiu.
5. Przestrzegaj zaleceń zdrowego żywienia.
6. Jeśli pijesz alkohol, ogranicz jego spożycie.
7. Unikaj nadmiernej ekspozycji na promienie słoneczne.
8. Chroń się przed działaniem substancji rakotwórczych w miejscu pracy.
9. Sprawdź, czy w domu jesteś narażony na naturalne promieniowanie spowodowane wysokim stężeniem radonu.
10. Karmienie piersią zmniejsza u matki ryzyko zachorowania na raka piersi o ponad 4 %.
11. Zadbaj, aby Twoje dzieci poddano szczepieniom ochronnym.
12. Bierz udział w programach badań przesiewowych.

*Prof. Konrad Rejdak, Prezes Polskiego
Towarzystwa Neurologicznego*

Choroby neurologiczne stanowią wyzwanie dla zdrowia publicznego, a miarą sukcesu jest tu szybkość reakcji wobec pierwszych niepokojących symptomów i jak najwcześniejsza interwencja medyczna. Jako Polskie Towarzystwo Neurologiczne apelujemy, aby choroby układu nerwowego uwzględnić w priorytetach zdrowotnych państwa, gdyż możliwości prewencji są ogromne. Musimy także zaplanować znacznie większe nakłady, myśląc o tym, że niestety nadchodzi w najbliższych latach *tsunami*, jeśli chodzi o zapadalność na choroby układu nerwowego. Społecznie jesteśmy w grupie krajów zamożnych i pewne zmiany demograficzne, które dzieją się w krajach zachodnich, dotyczą nas. Wraz z wiekiem, znacząco przyrasta odsetek chorób układu nerwowego, w tym przede wszystkim chorób otępiennych. Będziemy musieli zmierzyć się z tym problemem. W aspekcie zapobiegania chorobom przykładem są choroby naczyniowe mózgu. Urazy mózgu, to jest ewidentny przykład choroby, której możemy zapobiec. Rocznie diagnozujemy ok. 70 tys. udarów mózgu, gdzie 90 proc. z nich, są to udary niedokrwienne. Wszystkie zalecenia, o których mówią kardiologowie, modyfikowalne czynniki ryzyka, takie jak zaniechanie używek, właściwa dieta, aktywność fizyczna i monitorowanie stanu zdrowia, to są znane metody zapobiegania chorobom naczyniowym. Z drugiej strony wiemy o chorobach neurodegeneracyjnych, takich jak otępienia, choroba Parkinsona i inne rzadsze pokrewne schorzenia. Tutaj, głównym czynnikiem ryzyka jest wiek, którego nie możemy zmienić, ale możemy zmodyfikować przebieg tych chorób poprzez zmianę stylu życia. Skala problemu jest ogromna, mamy w Polsce 0,5 mln osób, które cierpią na choroby otępienne oraz ok. 100 tys. pacjentów cierpiących na chorobę Parkinsona. Niestety, te liczby będą rosły wraz ze starzeniem się społeczeństwa. Trzeci sposób prewencji, to system wykrywania tych chorób, po to aby zapobiec skutkom tych chorób, bo mamy dostępne skuteczne leczenie. Kiedy wdramy wczesne leczenie, mamy szansę opóźnić chorobę. Rdzeniowy zanik mięśni (SMA) oraz stwardnienie rozsiane (SM) są tu najlepszym przykładem. W przypadku SMA, im wcześniej po urodzeniu wykryjemy schorzenie, tym bardziej nowoczesne leczenie niweluje wystąpienie rozwoju choroby. Podobnie, w przypadku SM skuteczne leczenie hamuje neurodegenerację neuronów i pozwala chorym na normalne funkcjonowanie. Na szczęście, odkrywanych jest co raz więcej tego typu terapii, co nas cieszy. Możemy w neurologii cieszyć się dobrodziejstwem zapobiegania i wydłużenia komfortu życia naszych pacjentów w skali populacyjnej.



***Dr Mariola Kosowicz, Kierownik Poradni Zdrowia
Psychicznego NIO-PIB***

Dużo mówimy o konieczności nakładów i powstania kampanii dotyczących badań profilaktycznych, które trafią do społeczeństwa i chyba wszyscy zdajemy sobie sprawę, że nie działa to wystarczająco dobrze. Należy więc zadać sobie pytanie, co robimy nie tak? Przede wszystkim warto uświadomić sobie, że każda informacja trafia na indywidualne zasoby danego człowieka. Dlatego też założenie, że kampanie promujące np. zdrowy styl życia, konieczność wykonywania badań profilaktycznych przełożą się na samoświadomość społeczeństwa może być błędne. Wielu ludzi, zdaje sobie sprawę z tego, jak bardzo toksyczne jest palenie papierosów, a jednak bez względu na wiek, wykształcenie, status społeczny, ulegają nałogowi. Osobiście uważam, że komunikacja musi być „szyta na miarę”, a więc dostosowana do możliwości poznawczych, emocjonalnych, materialnych i społecznych. Ludziom należy uświadamiać nie tylko konieczność wykonywania badań, ale przede wszystkim, jak działają wyuczone wzorce myślenia oraz mechanizmy obronne, które nierzadko przejmują kontrolę nad naszymi myślami, emocjami i decyzjami. Krótko mówiąc o rzeczach trudnych należy mówić jasnym i zrozumiałym językiem. Bardzo dobrym i sprawdzonym sposobem dotarcia do ludzi są spotkania ze specjalistami np. w zakładach pracy, szkołach, gdzie nie strasząc można próbować rozbroić opór przed zmianą nastawienia do wzięcia odpowiedzialności za swoje zdrowie i życie.



***Dr Leszek Borkowski, Farmakolog kliniczny,
Mazowiecki Szpital Bródnowski w Warszawie***

Prokreacja w populacji jest niezwykle ważna, bo bez prawidłowego rozwoju, gdzie muszą pojawiać się dzieciaki, nie ma przyszłości. Ja często młodym ludziom mówię tak: *Jeżeli myślisz o założeniu rodziny, jeżeli myślisz o donoszeniu ciąży, myślisz o tym że urodzisz dziecko, które się będzie dobrze rozwijać to się szczep.* Dlatego, że wiele patogenów powoduje, że ciążę są nieudane. Pozwoliłem sobie przygotować krótką listę niebezpiecznych patogenów. Jeżeli chodzi o wirusy, to wirus opryszczki narządów HSV-1 HSV-2, jest u mnie na czarnej liście. HPV wirus brodawczaka jest na czarnej liście; HBV, HCV – czyli wirusy zapalenia wątroby B i C – także. Wirus cytomegalii – czarna lista. Zarażenie się pewnymi wirusami powoduje, że ruchliwość naszych plemników spada do zera. Trudno być ojcem, jak ma się nieaktywne plemniki. Nie mówiąc o chorobach kobiecych. Jeżeli mówimy o takich patogenach, jak bakteria Chlamydia trachomatis, to choroba przez nią wywołana przypomina rzeżączkę. Infekcje wywołane chlamydią powodują, że w ciąży zajść nie można. Do tego dochodzą waginozy bakteryjne, krętek blady, kiła i rzeżączka. Pierwotniaki, również wpływają na problem z zajściem w ciążę. Wybrałem dwa najbardziej „paskudne”. To jest Toksoplazmoza gondi, a mamy z nią do czynienia jak mamy w domu koty. Sam mam kotkę i moja kotka ma odchody, w których jest toksoplazmoza. Zarażenie się nią powoduje, że prokreację trzeba odłożyć między bajki. Kolejna rzecz, to jest rzęsistek pochwoy. Jak się go złapie, to trzeba mieć na uwadze problemy zajściem w ciążę. O tym trzeba mówić młodym ludziom, bo nie wiedzą. Trzeba również powiedzieć ludziom, że jak mamy pewne zakażenia, to mamy po nich przykre konsekwencje. Zaraziłem się, wyleczyłem i jestem zdrowy. Nie, proszę Państwa, tak do końca nie jest. Bo jeżeli zaraziłem się HCV, to szansa na nowotwór wątroby jest duża. Jeżeli



przeszedłem grypę i nie szczepię się na grypę, to pojawią się problemy kardiologiczne, w tym zapalenie mięśnia sercowego, zapalenia osierdza oraz zapalenia płuc i oskrzeli. Po przejściu półpaśca możemy mieć udar mózgu. Jest procent ludzi, która zaraziła się półpaścem i będzie miała udar mózgu, nie wiedząc, że jest nosicielem, bo pobolało i przeszło. Na wielu spotkaniach z pacjentami powtarzam, że jak bierzecie leki, pamiętajcie, że jest cała masa leków, które obniżają odporność. Czyli, jak biorę leki i się szczepię, to reakcja immunologiczna mojego ciała nie jest 100 procentowa, ale na poziomie 15%. Ludzie biorą beta-blokery, a te leki obniżają reakcje poszczepienne. Kto powinien się zatem szczepić? Odpowiem w uproszczeniu, żeby łatwiej było zapamiętać: wszyscy, którzy mają problemy z układem oddechowym, choroby nerek, wątroby, serca, choroby psychiczne, czy choroby rzadkie. Ta grupa pacjentów musi się szczepić. Słyszę często, że jak się zaszczepiłem, to zachorowałem. Mówię, że związek czasowy nie jest związkiem przyczynowym. To znaczy, że jak ktoś się zaszczepił i złamał nogę, to wcale nie znaczy, że złamał nogę, bo się zaszczepił. Okres budowania odporności poszczepiennej trwa w czasie. Dzisiaj się zaszczepiłem, dzisiaj jestem odporny? Nie. Dla wielu ludzi, którzy mają słabszy układ immunologiczny, konieczne są trzy tygodnie na wytworzenie odporności poszczepiennej. Kolejna rzecz, to szczepienia w ciąży. One są bardzo ważne, są priorytetowe i zalecane, ale proszę pamiętać, aby w ciąży nie podawać szczepionek atenuowanych. W ciąży nie można, ale w okresie edukacji przedporodowej, jak najbardziej.

Podzielę się z Państwem na koniec pewnym sygnałem, który być może jest fałszywy i dotyczy być może Warszawy, ale ponieważ jestem farmakologiem to jestem zainteresowany wszystkim, co jest związane z lekiem. Dowiedziałem się, że ludzie chętnie korzystają z darmowych leków, w kategoriach wiekowych, które pozwalają im ten lek nabyć. Ale myślą, że dzięki temu zaoszczędzili w aptece, więc coś jeszcze kupują: suplementy diety, kosmetyko-suplementy, a wytwórcy się cieszą. Czy ten sygnał jest istotny w skali większej, niż Warszawa, na razie nie wiem, ale będę obserwował.

***Dyrektor Marzanna Bieńkowska, Zastępca Dyrektora
Departamentu Współpracy w Biurze Rzecznika Praw
Pacjenta***



Jako przedstawiciel Rzecznika Praw Pacjenta chciałabym powiedzieć o potrzebie gotowości do odpowiedzialnego traktowania własnego życia przez Polaków, w tym zgłaszalności na badania okresowe, udziału w badaniach przesiewowych, stosunku do szczepień ochronnych i prowadzenia zdrowego stylu życia. Często, my jako pacjenci czekamy na ruch decydentów, na przepisy prawa, aż coś się zmieni nie podejmując żadnych działań. Należy pracować nad zmianą myślenia, że nie decydenci, ale my, chcemy skorzystać z programów profilaktycznych, dbać o własne zdrowie i myślę że temu również ma służyć rozpoczynająca się dziś kampania Mówi się dużo o bezpieczeństwie zdrowotnym Polaków, które zależy od wielu czynników w tym od działań systemu opieki zdrowotnej: od kształcenia personelu medycznego, od jakości świadczeń zdrowotnych, ale również od indywidualnych zachowań i wyborów obywateli. Współodpowiedzialność, to kluczowy element poprawy zdrowia społeczeństwa. Ta współodpowiedzialność powinna być w różnych obszarach. Pierwszy, to jest system opieki zdrowotnej. Państwo ma obowiązek zapewnić świadczenia, ale pacjent musi mieć możliwość realnego do niego dostępu. Większa dostępność do świadczeń zdrowotnych jest warunkiem poprawy zdrowia obywateli. Współodpowiedzialność polega również na odpowiednim wspieraniu i finansowaniu systemu opieki zdrowotnej. To także aktywny współudział w kształtowaniu

polityki zdrowotnej, nie tylko decydentów, ale również organizacji pacjenckich. Myślę, że w tym obszarze dużo się dzieje, bo powstały przy Ministrze Zdrowia i przy Rzeczniku Praw Pacjenta rady organizacji pacjentów. Dzięki tym inicjatywom rzeczywiście głos pacjentów jest słyszalny. Robią one wiele na rzecz profilaktyki i edukacji. Kluczowa jest też promocja zdrowia. Musimy mieć świadomość i uczyć się, w jaki sposób aktywnie żyć, właściwie się odżywiać i w jaki sposób zadbać o zdrowie. Jeżeli choruje jedna osoba, to choruje cała rodzina i wtedy wszyscy musimy zmieniać swój styl życia i stawać się współodpowiedzialnym za siebie, ale też za pozostałych członków rodziny. Profilaktyka i edukacja są bardzo ważne i muszą być to działania długofalowe. Jeżeli wyedukujemy zdrowotnie najmłodszego obywatela, to na pewno będzie to skutkowało jego nawykami zdrowotnymi w przyszłości. Wprowadzenie wiedzy o zdrowiu w szkołach jest bardzo ważne, o to Pan Minister Bartłomiej Chmielowiec Rzecznik Praw Pacjenta zabiega od 2017 r. Przedmiot ten powinien być dodatkowym przedmiotem nie powinna to być godzina wychowawcza, czy temat podejmowany na godzinie wychowawczej. To powinien być cały cykl edukacyjny, aby dzieci i młodzież wiedziały jak zdrowo żyć. Bardzo ważna jest walka z nierównościami w zdrowiu. Są miejsca na mapie Polski, gdzie jest niski dostęp do świadczeń zdrowotnych, gdzie nie ma możliwości dostać się do specjalisty, czy ośrodka realizującego program lekowy. Nierówności w zdrowiu są niestety w Polsce obecne. Jak pacjent może być współodpowiedzialny za swoje zdrowie, jak on do przychodni specjalistycznej ma kilkadziesiąt kilometrów i nie ma czym dojechać. Świadomość udziału w systemie opieki zdrowotnej pacjenta jest też bardzo ważna. Jeżeli sam wykonujesz badania profilaktyczne, poproś o wykonanie badań profilaktycznych najbliższych członków rodziny. Jak korzystasz ze świadczeń opieki zdrowotnej, ale nie możesz przyjść na wizytę, to tą wizytę odwołaj. To też powoduje, że system się blokuje, a inni pacjenci, którzy chcą skorzystać z konsultacji lekarskiej nie mają takiej możliwości. Dlatego współodpowiedzialność dzisiaj jest naprawdę bardzo ważna. Bo to nie tylko decydenci, ale my również jesteśmy współodpowiedzialni za swoje zdrowie. Myślę że takie kampanie jak „Tak dla zdrowia rodziny” przyczynią się do tworzenia odpowiedzialności, za zdrowie swoje i bliskich.

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



Bardzo dziękuję za zaproszenie i możliwość przedstawienia stanowiska Rzecznika Praw Obywatelskich. Przygotowując się do naszego spotkania miałem bardzo duży dylemat, nie o czym mówić, lecz o czym nie mówić. Postanowiłem jednak wyjść z bardzo ogólnej perspektywy. Odwołam się do słownika języka polskiego, bo to jest punkt wyjścia do tego, o czym za chwilę powiem - co to jest profilaktyka? Posługujemy się tym pojęciem na co dzień. Słowo profilaktyka wywodzi się z greki, a oznacza zapobieganie, prewencję, zespół działań, środków stosowanych w zapobieganiu występowania zjawisk pożądanym i negatywnym w przyrodzie, w tym w życiu ludzkim jednostkowym, bądź społecznym. Oznacza to w praktyce, że profilaktyka powinna być postrzegana szerzej. Profilaktyka zdrowia jest tylko elementem ogólnej profilaktyki. Profilaktyka i działania, które są podejmowane przez państwa, przez społeczności, w ramach różnego rodzaju profilaktyki są pochodną określonych społecznych, etycznych, prawnych postępów wiedzy naukowej. Wiemy, że w XIX wieku inaczej wyglądała profilaktyka zdrowia, niż wygląda obecnie. Wynikało to z

tego, że o wiele mniej wiedzieliśmy i funkcjonowały mity w społeczeństwie na przykład, żeby się nie myć za często, bo to może szkodzić. Obecnie podejście do kwestii higieny osobistej jest całkowicie odmienne. Współodpowiedzialność za zdrowie nie dotyczy tylko samego pacjenta, czy też samej rodziny, ale dotyczy również polityki państwa w wielu obszarach. Zdrowie jest pochodną tego, czym oddychamy, co pijemy, jemy i co możemy zażywać. Państwo, wszystkie te produkty dopuszcza do obrotu i niektórzy twierdzą, że państwo jest wielkim hipokrytą z tego powodu, że z jednej strony mówi: „nie pij alkoholu, bo to tobie szkodzi”, ale alkohol można kupić bez problemu wszędzie. Państwo mówi „nie pal, bo to szkodzi”, a palić możesz praktycznie wszędzie, wyroby tytoniowe są powszechnie dostępne. Zakaz palenia na przystankach komunikacji jest w praktyce nieegzekwowany od lat. To tyle tytułem wstępu, aby pokazać, że profilaktyka jest pojęciem bardzo szerokim i wielopłaszczyznowym.

Ponieważ tematem naszego spotkania jest profilaktyka zdrowotna, jak również rozpoczęcie kampanii „Tak dla zdrowia rodziny”, przechodzę do doświadczeń RPO, które są wypadkową skarg do niego kierowanych, jak również tego, co podnoszą organizacje pacjenckie i środowisko lekarskie. Wskazać należy, że z perspektywy Rzecznika obserwujemy pogłębianie się obaw przeciw szczepieniom oraz unikanie ich, nawet kosztem zdrowia własnych dzieci. To powoduje złe nawyki u tych dzieci, bo dziecko od małości wie, że „szczepienie jest niedobre”, „nie wolno tego robić, bo jak się zaszczepisz to umrzesz”, a prawda jest wprost odwrotna – jak się nie zaszczepisz, to możesz umrzeć. Co istotne, musimy próbować tłumaczyć, że te osoby postępują w sposób nieodpowiedzialny, narażając własne dzieci na to, że w przyszłości, to one będą borykać się z chorobami. Polacy generalnie nie badają się profilaktycznie, boją się badań, a w konsekwencji za późno trafiają do gabinetu lekarskiego. Szczególnie w chorobach nowotworowych prowadzi to do nieodwracalnych i tragicznych konsekwencji. Z posiadanych przez RPO informacji wynika, że mimo szerokiej dostępności do programu Profilaktyka 40 plus, program ten nie spotkał się z wielkim zainteresowaniem Polaków. Coraz większym problemem staje się dobrostan psychiczny Polaków. Było wspomniane, że chodzi o model środowiskowy opieki psychiatrycznej. W zeszłym tygodniu mieliśmy posiedzenie Komisji do spraw Ochrony Zdrowia Psychicznego w Biurze Rzecznika i rozmawialiśmy właśnie o programie pilotażowym. Program, który trwa ponad 5 lat, nadal nie wyszedł poza sferę pilotażu, mimo że dotyczy już 50% populacji Polski. Powinniśmy to przyspieszyć, ponieważ dobrostan psychiczny jest bardzo istotny dla zdrowia somatycznego i nie możemy tego rozdzielać. Ktoś, kto ma depresję, nie będzie myślał o tym, żeby pójść na badanie okresowe, to jest oczywiste, bo ma inne problemy. Tutaj też jest potrzebna pomoc, żeby mógł to robić. To, co było wspomniane, to kwestia wykluczenia pacjenta z badań profilaktycznych. Wykluczenie ma różne postacie. Jest wykluczenie transportowe, czyli niemożność dojechania pacjenta do lekarza. Jest wykluczenie cyfrowe, czyli problemy, które często spotykamy, bo pacjenci, którzy się nie zajmują techniką cyfrową, nie znają się na tym i nie potrafią na przykład zadzwonić. Pójść też nie można, bo np. zapisy tylko przez Internet. Część osób po prostu nie jest w stanie tej bariery przekroczyć. O tym wiemy, bo takie skargi dostajemy. Jest wykluczenie ekonomiczne – często pacjent mówi „Poszedłbym do lekarza, ale muszę coś jeść, nie stać mnie, żeby do miasta powiatowego, czy wojewódzkiego dojechać na badanie”. I wreszcie są kwestie zdrowotne. Niektórzy mają niepełnosprawność, niektórzy mieszkają samotnie i mają problem z zapewnieniem podstawowych potrzeb życiowych. Po prostu muszą przetrwać. Dla nich badania okresowe, to jest kwestia, o której nigdy nie myślą. Co można by ewentualnie próbować zrobić, żeby przeciwdziałać temu? To, co na pewno warto byłoby rozważyć w dalszej perspektywie, to jest kwestia opieki koordynowanej w ramach POZ. Jest ona fakultatywna i obowiązuje od kilku miesięcy. Jest to model bardzo pożądany, który w perspektywie powinien przyczynić się do wzmocnienia profilaktyki. Może on skrócić drogę

pacjenta do specjalisty, dlatego że, jak doskonale wiemy, idea jest taka, żeby u jednego lekarza można było dokonać szeregu badań. W perspektywie te badania będą rozwijane. Ma być również obecny tam dietetyk, rozmowa z nim ma być obowiązkowa tak, żeby ustawić dietę dla pacjenta. Opieka koordynowana POZ powinna być taką podstawą. Kolejna kwestia, która powinna być rozważona, to rozszerzenie zakresu pracowniczych badań okresowych. Te badania odbywają się właściwie pro forma, niczego tam nie można stwierdzić tak naprawdę. Wszyscy chodzą, bo muszą, bo płacą za to pracodawcy. A dlaczego nie zrobić takiego modelu, żeby państwo współfinansowało te badania, żeby były rozszerzone, tak aby osoba, która sama z siebie do lekarza profilaktycznie nie uda się, w ramach tych badań okresowych poddała się tym badaniom, które mogą wykazać pewne nieprawidłowości. To jest w interesie pracownika, pracodawcy i państwa rozumianego jako ubezpieczenie społeczne, jako opieka zdrowotna, to jest system naczyń połączonych. Chciałbym się jeszcze skupić na jednej istotnej kwestii. Robienie kampanii społecznej jest kwestią szczytną i Rzecznik Praw Obywatelskich zawsze popiera takie działania. Popiera kampanie, które mają na celu profilaktykę w zakresie stanu zdrowia obywateli, żeby społeczeństwo było zdrowsze. Natomiast problem polega na tym, że samo zrobienie kampanii nie rozwiąże nam problemu. Dokonując działań w ramach kampanii musimy mieć zdefiniowanego odbiorcę i sprecyzowany zakres dedykowanej grupy. Musimy wiedzieć, do kogo chcemy trafić, czy to będzie siedmiolatek, czy siedemdziesięcioletek. Kampania musi mieć język dostosowany, i do wieku, i do wykształcenia, do pochodzenia społecznego. Sposób przekazu musi być dopasowany, czyli w jaki sposób, my to robimy. Muszą być również dopasowane kanały komunikacyjne. Kończąc, pragnę wskazać, że powszechnym trendem jest to, że im osoby są młodsze, tym na przykład rzadziej, albo wcale nie oglądają, tak zwanej telewizji linearnej, czyli tej, która jest nadawana. Coraz mniej takich osób słucha stacji radiowych, które również nadają według określonego programu. Młode osoby korzystają z zupełnie innych mediów i one nie czerpią informacji na temat otaczającego świata, czy realnych zagrożeń w kwestiach zdrowotnych z tego typu mediów. Swoją niestety wybiórczą na ogół wiedzę generalnie opierają na tym co jest w social mediach, np. na Tik Toku. Wszystkie wspomniane obszary musimy dopasować do grupy, do której chcemy trafić.

Dyrektor Paweł Smoliński, Zastępca Dyrektora w Krajowym Ośrodku Wsparcia Rolnictwa (KOWR)

Kluczowa jest edukacja prozdrowotna, która od wczesnych etapów życia powinna promować zachowania prozdrowotne. Krajowy Ośrodek Wsparcia Rolnictwa propaguje zdrową żywność oraz kształtuje właściwe nawyki żywieniowe wśród milionów polskich uczniów. Jako pierwsze zadanie KOWR służące poprawie bezpieczeństwa zdrowotnego Polaków można wymienić wsparcie produkcji ekologicznej żywności – jej logiem jest liść, którego kontury wyznacza 12 białych gwiazd na tle jasnozielonego prostokąta. Udzielamy pomocy finansowej rolnikom rozpoczynającym taką produkcję. Drugą inicjatywą jest kampania, którą prowadzimy od kilku lat pod hasłem „Kupuj świadomie”, której celem jest zachęcenie konsumentów do świadomego wyboru żywności wysokiej jakości, tzn. posiadającej określone oznaczenia i certyfikaty uznane przez Ministerstwo Rolnictwa i Rozwoju Wsi. Przykładem tych oznaczeń jest właśnie unijne logo produkcji ekologicznej. Chcemy zachęcić konsumentów do tego, aby kupowali produkty z tym oznaczeniem, gdyż mają gwarancję, że tak sygnowane produkty są bezpieczne. Produkty ze znakiem produkcji ekologicznej muszą bowiem spełniać wysokie unijne standardy produkcji, proces ich produkcji jest kontrolowany na każdym etapie. Produkt ekologiczny



jest wytworzony bez GMO oraz bez niedozwolonych w ramach produkcji ekologicznej środków chemicznych. Kampania jest prowadzona w radiu i telewizji, w pociągach, w komunikacji miejskiej (w warszawskim metrze oraz w środkach transportu zbiorowego w innych miastach), na billboardach i telebimach, a także w mediach społecznościowych. Działaniem kształtującym zdrowe nawyki żywieniowe, z którego jako KOWR jesteśmy szczególnie dumni, jest tzw. „Program dla szkół”. Jest to unijny projekt, który w Polsce jest koordynowany przez KOWR i polega na bezpłatnym udostępnianiu owoców i warzyw oraz mleka i przetworów mlecznych dzieciom w szkołach podstawowych w klasach 1-5. Projekt ten jest realizowany od roku szkolnego 2017/2018 i powstał z połączenia dwóch wcześniejszych programów: „Mleko w szkole” oraz „Owoce i warzywa w szkole”. Program „Mleko w szkole” był realizowany od roku szkolnego 2004/2005, a „Owoce i warzywa w szkole” od roku szkolnego 2009/2010. O tym jak wielkim sukcesem w naszym przekonaniu okazał się „Program dla szkół” niech świadczą dane statystyczne. Corocznie w projekcie tym uczestniczyło do ok. 1,8 mln uczniów (tj. zdecydowana większość uczniów z grupy docelowej) z 11-13 tys. szkół. Mniejsza liczba uczniów oraz szkół biorących udział w projekcie w ostatnich latach wynika oczywiście z sytuacji demograficznej. Warto podkreślić jest to, że zauważyliśmy korelację między realizacją programów, a krajową konsumpcją artykułów mleczarskich. Według danych GUS od drugiej połowy lat 90. w Polsce mało spożycie mleka i jego przetworów, co było niekorzystnym zjawiskiem, gdyż produkty mleczarskie są bardzo dobrym źródłem białka, wapnia i witamin rozpuszczalnych w tłuszczach. Od 2006 r., a więc po rozpoczęciu realizacji programu „Mleko w szkole” w roku szkolnym 2004/2005 (który był koordynowany przez poprzednika KOWR, tzn. przez Agencję Rynku Rolnego), sukcesywnie wzrasta w naszym kraju konsumpcja mleka i jego przetworów. Wydaje się zatem, że dzięki programowi „Mleko w szkole” i „Programowi dla szkół” dzieci otrzymujące bezpłatnie w szkołach artykuły mleczarskie zostały na trwałe zachęczone do spożywania tych produktów. Na koniec dodam, że w roku szkolnym 2023/2024 budżet „Programu dla szkół” wynosi łącznie ponad 250 mln zł i w większości są to środki krajowe.

Stanisław Maćkowiak, Prezes Federacji Pacjentów Polskich

Profilaktyka dotyczy wszystkich, zarówno pacjentów, jak i zdrowych osób. Może uda się nam w końcu doprowadzić do tego, że ten pierwszy podstawowy element, o którym mówimy dotyczący edukacji zdrowotnej wreszcie zostanie zrealizowany. Jak najszybciej powinno nastąpić wprowadzenie lekcji o zdrowiu w szkole, począwszy od pierwszej klasy, przez cały okres edukacji młodego człowieka.

W naszym kraju 60% osób jest zagrożonych otyłością, 62% dotyczy mężczyzn, 48% dotyczy kobiet, a 10% dzieci. To są przerażające liczby. Jeśli chodzi o alkohol, 8% społeczeństwa pije codziennie. Mamy w tym momencie 9,7 lita stuprocentowego alkoholu na głowę mieszkańca. Tak było w latach 90. i wcześniej, czyli za czasów komunizmu, gdzie rozpijało się społeczeństwo. Teraz nie ma komunizmu, a 9,7 l alkoholu na głowę dalej funkcjonuje. Jeśli chodzi o papierosy, pomimo wszystkich tych działań około 30% osób w Polsce pali papierosy. Wydaje się te ograniczenia, które zostały wprowadzone, w jakiś sposób działają, ale nie prowadzą do dużych efektów. Oczywiście potrzebne jest budowanie świadomości zdrowotnej, a bez edukacji na pewno nie uda się tego zrobić. W 2022 r. przeznaczaliśmy na zdrowie 206 miliardów złotych, z których 154 miliardy złotych odpowiadały środkom publicznym, a 51 miliardów złotych prywatnym. Środki publiczne na zdrowie muszą wzrosnąć



w najbliższych latach. W momencie kiedy nie będzie po pierwsze odpowiedniego zaangażowania publicznego, to nasze działania na pewno nie będą efektywne. Kampanie prozdrowotne są konieczne, ale najpierw trzeba zbudować atmosferę do tego, żeby wreszcie położyć odpowiedni nacisk na profilaktykę w Polsce i to w różny sposób, zarówno ten finansowy, jak i organizacyjny.

Choroby rzadkie nie są takie rzadkie, bo dotyczą między 6-8% ogółu społeczeństwa i stanowią ogromny problem społeczny. W zakresie chorób rzadkich, na poziomie europejskim problem został zauważony od 2000 r. Od tego czasu, działania na poziomie Unii Europejskiej, które promowały projekty, które dawały możliwości dofinansowania prac związanych z znajdowaniem leków na choroby rzadkie. Również została uregulowana kwestia usytuowania tych leków, jako produkty sieroce. Oczywiście trzeba tutaj patrzeć z dwóch różnych punktów widzenia. Po pierwsze, z punktu widzenia chorego na chorobę rzadką, on nie widzi w ogóle zasadności, żeby robić jakiegokolwiek ograniczenia, jeśli chodzi o dostępność do leków, bo każdy chciałby ten lek otrzymać i bez względu na koszty. Z drugiej strony, trzeba patrzeć również na możliwości finansowe całego systemu. Oczywiście nasze działania mają za cel zapewnienie, jak najszerszego dostępu do tych leków. Jeśli chodzi o Polskę, to w ciągu ostatnich lat dostępność leków na choroby rzadkie lawinowo wzrosła. Natomiast trzeba patrzeć jeszcze na jeden element, że kwestia dostępności refundacyjnej, to jest kwestia również odpowiedzialności ze strony producentów. Dam Państwu przykład, lek był finansowany w ramach RDTL i pomimo tego, że Minister Zdrowia wystąpił do firmy trzykrotnie o to, żeby złożyła wniosek refundacyjny, to takiego wniosku nie otrzymał. Firma pobiera nieograniczone opłaty za kontynuację leczenia, ale nie daje możliwości rozszerzenia terapii dla innych zdiagnozowanych pacjentów, nie składając wniosku o program lekowy.

Prezes Robert Jagodziński, Wiceprezes Zarządu Fundacji Aktywnej Rehabilitacji (FAR)

Chciałbym podzielić się z Państwem dobrą praktyką, jeżeli chodzi o edukację zdrowotną w tym wymiarze, który pozwala na podmiotowe włączenie pacjenta w proces leczenia. Pozwala ona także na przewyżczenie następstw choroby oraz na optymalnie szybki powrót do aktywności społecznej i zawodowej. W tym procesie widzę rolę organizacji pacjenckich. Myślę, że mamy bardzo dużą rolę do odegrania. Na co dzień zajmujemy się osobami, które w wyniku nabytych wad wrodzonych, czy urazów okołoporodowych są niepełnosprawne i muszą poruszać się na wózku inwalidzkim. Drugą grupą osób, którymi się zajmujemy, to są osoby, które w wyniku wypadków komunikacyjnych, czy wypadków przy pracy, doznają uszkodzenia rdzenia kręgowego, a ich życie wiąże się z także z wózkiem inwalidzkim. Kluczowym elementem jest to, żeby od samego początku pacjent i jego rodzina byli bardzo dobrze poinformowani, jaki będzie kliniczny przebieg choroby. Muszą również wiedzieć, jaki jest wpływ choroby na codzienne życie i na możliwość przyszłego funkcjonowania. Chciałbym nawiązać do wątków, które były poruszane w kontekście szczepień i wpływu szczepień oraz profilaktyki na prokreację i na możliwość posiadania potomstwa. Powiem Państwu szczerze, że tutaj jest kilka problemów wskazujących na konieczność edukacji w tym zakresie. Pierwszy jest taki, że sam język diagnoz medycznych i tych przekazywanych ustnie, ale też tych, które są rejestrowane w szerokiej dokumentacji medycznej, jest bardzo często dla pacjenta hermetyczny i niezrozumiały. Jeżeli pacjent ma szczęście i trafi na lekarza specjalistę, który ma czas i podmiotowe podejście do pacjenta i potrafi w sposób zrozumiały tę diagnozę przekazać, to bardzo dobrze. Niestety często pacjenci i ich rodziny, od samego początku są bardzo zdezorientowani i niedoinformowani, jeżeli chodzi o podejmowane



procedury i szanse tych procedur na poprawienie stanu zdrowia i codziennego funkcjonowania. Bardzo często jest pomijana ta perspektywa, a ona jest szczególnie ważna przy wypisie pacjenta, po zakończonym leczeniu i rehabilitacji. Czasami w trudnych przypadkach neurologicznych, leczenie i rehabilitacja mogą trwać nawet pół roku. W momencie, gdy pacjent jest wypisywany do domu bardzo często nie wie, jak w tej sytuacji się odnaleźć, jak kontynuować leczenie, jakie są jego rokowania i szanse na powrót do pracy, pełnienie ról w rodzinie, możliwości prokreacji. Dla pacjenta kończy się etap leczenia, a zaczyna etap życia osoby z chorobą, niepełnosprawnością w środowisku zamieszkania. W latach 2014-2015 wspólnie z Polskim Towarzystwem Seksuologicznym realizowaliśmy szeroki program rehabilitacji seksualnej, gdzie poza tym aspektem związanym z diagnozą, wskazywaniem na możliwości posiadania potomstwa, szeroko propagowana była idea wykorzystania wszystkich możliwości, które daje współczesna medycyna do tego, żeby osoby z trudnymi schorzeniami neurologicznymi, uszkodzeniami rdzenia kręgowego mogły stać się rodzicami. Jest to bardzo ważne, dlatego, że jest taki etap w życiu osoby, która doświadcza problemu zdrowotnego, kiedy etap bycia pacjentem musi zostać zakończony, żeby przejść na następny etap, bycia rodzicem, pracownikiem, współpracownikiem, osobą, która się realizuje społecznie i zawodowo. To też widać w przypadku dzieci, które żyją z niepełnosprawnością od urodzenia. Koncentracja rodziców na potrzebach związanych ze zdrowiem, bardzo często eliminuje perspektywę funkcjonowania w środowisku szkolnym i przyszłej niezależności. Nasze doświadczenia wskazują na wpływ edukacji i podmiotowego włączenia pacjenta na jakość życia i codzienne funkcjonowanie. Znam wiele przykładów osób, sam jestem jedną z nich, które pomimo bardzo trudnych i złożonych schorzeń neurologicznych osiągnęły pełen poziom aktywności społecznej, w tym zawodowej. Jest to możliwe.

Działania, które realizujemy, robimy w porozumieniu ze specjalistami, lekarzami, personelem medycznym oddziałów neurologii, oddziałów rehabilitacji. Mój apel o zaangażowanie organizacji pacjenckich, wynika z tego, że edukacji taka zawsze najlepiej się sprawdza, jeżeli jest realizowana przez specjalistę, lekarza prowadzącego, czy lekarza rodzinnego we współpracy z liderem pacjentem. Konieczne jest zaangażowanie wszystkich osób, które biorą udział w leczeniu pacjenta. Rola organizacji pacjenckich jest o tyle ważna, że nikt lepiej, w sposób bardziej autentyczny nie zarysuje perspektywy i możliwości życiowych pacjenta niż osoba, która sama doświadczyła podobnego problemu zdrowotnego, która sama z tym problemem się uporała. To jest dosyć istotne. Mówiliście państwo o edukacji dzieci. W programie edukacji dzieci miałem przyjemność w ramach różnych prowadzonych przez FAR zadań, pojawiać się w szkołach podstawowych oraz średnich. Co prawda, mój zakres edukacji dotyczył bezpieczeństwa podczas wakacji i spędzania wolnego czasu oraz unikania zagrożeń, które przełożyłyby się na jakieś nieszczęśliwe wypadki i późniejszą niepełnosprawność, ale widać było, że kontakt młodzieży i dzieci z osobą, która ma widoczną niepełnosprawność, czy chorobę pełni bardzo dużą rolę motywacyjną i edukacyjną. Należy wypracować formułę, która funkcjonuje już w Ministerstwie Rodziny i Polityki Społecznej, gdzie część zadań w obrębie aktywizacji społecznej, włączenia społecznego i aktywizacji zawodowej jest przekazywana organizacjom pozarządowym."

*Prof. Urszula Demkow, Liderka Zespołu
Medycznego Instytutu Strategie Polska 2050*



Jestem szefem zespołu medycznego think tanku Strategie Polska 2050, która jest zapleczem eksperckim dla partii Polska 2050. Przygotowaliśmy program, który ma prawie tysiąc stron, z którego przedstawię trzy główne postulaty. Zacznę od zdrowia publicznego. Na pewno się Państwo ze mną zgodzą, że to nie medycyna naprawcza jest głównym sprawcą zdrowia.

Medycyna zajmuje się chorobami, a zdrowiem zajmuje się system zdrowia publicznego i to on odpowiada, za 40% naszego zdrowia. Natomiast medycyna naprawcza, odpowiada jedynie za 10% naszego zdrowia. Wszystko to, co się dzieje zanim człowiek trafi w ręce medycyny naprawczej, tak naprawdę decyduje o naszym zdrowiu i życiu oraz długości życia w zdrowiu. I jeżeli chodzi o ten punkt, to jako Polska 2050 przykładamy do tego bardzo dużą rolę. Zauważamy, że programy zdrowia publicznego zostały w Polsce zdecydowanie zaniedbane. Dużo Państwo mówili o niepowodzeniach różnych programów profilaktycznych, o tym, że Polki się nie badają, że pewne działania w kierunku walki z otyłością są nieskuteczne i to rzeczywiście jest prawda. Brakuje całego systemu zdrowia publicznego, który my proponujemy, który by koordynował te działania i łączył różne instytucje. Bo trzeba łączyć ze sobą szkoły, rolników oraz inne instytucje, które w Polsce działają, we wspólnym celu, żeby poprawiać zdrowie naszej populacji. Program edukacyjny w zakresie żywienia realizowany przez KOWR, to jest typowy przykład dobrej strategii zdrowia publicznego typu win-win, bo wszyscy na tym wygrywają. Wygrywają rolnicy, produkujący zdrowe produkty i wygrywają polskie dzieci, bo są zdrowsze. Tego typu programy, łączące różne instytucje, bardzo byśmy chcieli promować. Proponujemy utworzenie Funduszu Zdrowia Publicznego, który zgodnie z tym, co dobrze funkcjonuje w wysokorozwiniętych krajach, nakierowany byłby na zdrowie obywateli. Fundusz Zdrowia Publicznego powinien być zasilany środkami na poziomie około 0,5% PKB. Pieniądze pochodziłyby z różnych podatków celowych, takich jak podatek cukrowy, który teraz jest wykorzystywany częściowo na walkę z otyłością, ale w niewystarczającym stopniu. Do tego dochodzi akcyza od alkoholu i tytoniu. W Polsce spożywamy ok. 11 litrów czystego spirytusu na głowę, więc chociaż trochę pieniędzy z akcyzy przenieśmy na zdrowie obywateli. Podatek od gier hazardowych. Mówicie Państwo o problemach zdrowia psychicznego, w tym się mieszczą uzależnienia, a na walkę z uzależnieniami proponujemy przekazać pieniądze uzyskane od obywateli, jako podatek od gier hazardowych. Proponujemy też utworzenie stanowiska Pełnomocnika Rządu ds. Zdrowia Publicznego, który będzie koordynował działania różnych instytucji i różnych programów w skali kraju. Powinna być prowadzona regularna analiza skuteczności programu zdrowia publicznego. Jeżeli coś robimy, to zastanówmy się dlaczego to działa i jakie są tego efekty. Należy zwiększyć finansowanie systemu ochrony zdrowia. Obecne 5% PKB ze środków publicznych, to jest zdecydowanie za mało, powinniśmy zwiększyć to przynajmniej do średniej unijnej, czyli minimum 7%. Musi nastąpić całościowa reforma systemu ochrony zdrowia, a nie traktowanie tego procesu wyrywkowo. Dzisiaj poprawiamy SOR, jutro coś robimy dla profilaktyki zdrowotnej, a pojutrze zastanawiamy się, czy wycena procedur jest prawidłowa. Rząd zajmuje się głównie gaszeniem pożarów. Trzeba cały system równolegle reformować za pomocą celów, które będą mierzalne i będą mogły być weryfikowane, czy osiągnęliśmy ten cel. Naszym celem jest opieka zdrowotna oparta na wartości, czyli taki system, w którym pacjent będzie w centrum, nie wyceny, kontrakty, procedury - tylko pacjent.

Dr Marek Rutka, Nowa Lewica

W systemie ochrony zdrowia w Polsce jest źle i zmierzamy w stronę katastrofy. Pytanie tylko, z jaką prędkością, mam nadzieję, że to się za chwilę zmieni i wyhamuje. W polskim systemie ochrony zdrowia widzę wspólny mianownik, czyli brak myślenia systemowego. Pokutuje akcyjność, a my Polacy jesteśmy świetni w reakcyjnym działaniu, np. dotyczącym jednej jednostki chorobowej, a myślenia systemowego zdecydowanie brakuje. Ten okrągły stół, przy którym się spotykamy ma wymiar symboliczny. Jako członek Sejmowej Komisji Zdrowia, ale także wiceprzewodniczący Parlamentarnego Zespołu do spraw Onkologii, także założyciel i przewodniczący parlamentarnego Zespołu ds. Endometriozy, wielokrotnie mówiłem, żeby przedstawiciele partii politycznych usiedli do okrągłego stołu, zdjeli swoje przypinki identyfikujące z jakiego są ugrupowania i porozmawiali o tym, jak system ochrony zdrowia ma wyglądać. Jak ma wyglądać, nie za cztery lata, na koniec kadencji, tylko za dwie kadencje, za trzy kadencje, bo to o takim horyzoncie czasowym mówimy. Nie spotkało się to z entuzjazmem. Uważam osobiście, że trzy sfery życia społecznego i publicznego powinny być wyjęte z bieżącej debaty politycznej. To są ochrona zdrowia, edukacja i obronność. Jeśli nie będziemy patrzeć w horyzoncie kilku kadencji na te zagadnienia, to nic dobrego z tego nie wyjdzie. Pojawiła się też kwestia związana ze zdrowiem. Największe zaniedbania w zdrowiu, to jest kwestia zdrowia psychicznego. Są to zaniedbania nie tylko jednej kadencji, takiej czy innej partii. Od 1989 r. nie zrobiono praktycznie nic na tym polu, a dodatkowo konserwowano to, co jest słabe. Dosiypano trochę pieniędzy, ale one tutaj za wiele nie pomogły i zderzyliśmy się z pandemią COVID-19. Na Komisji Zdrowia mówiłem o tym, że katastrofa przyjdzie. Jeśli ktoś zna dynamikę społeczną, że jeśli się kogoś przez dwa lata odizoluje od relacji rówieśniczych, mówimy przede wszystkim o młodych ludziach, to musi być eksplozja liczby prób samobójczych i samobójstw. Wzrost samobójstw w Polsce wyniósł 150% rok do roku, nie mówię o próbach samobójczych. Prób samobójczych było ponad 2,3 tys. w przypadku dzieci, a skutecznych samobójstw - 150. Coś się dzieje w psychiatrii, ale oczywiście potrzeba więcej zmian i zmiany będą trwały przynajmniej kilka, albo kilkanaście lat. Jeśli mówimy o używkach bardzo dobrze, że odchodzimy od przyzwolenia na różnego rodzaju wyroby alternatywne. Trzeba powiedzieć, że są dobre rozwiązania światowe. Nowa Zelandia wprowadza program całkowitego eliminowania palenia wyrobów tytoniowych i wyrobów pochodnych. Oni chcą doprowadzić do sytuacji, że nie będzie nowych palaczy. Wydaje mi się, że trzeba by obserwować dokonania nowozelandzkie, żeby implementować je za jakiś czas do naszych warunków. Skupiając się na tych trzech elementach. One dzisiaj wszystkie wybrzmiały. Uważam, jako nauczyciel akademicki, że tym pierwszym etapem powinna być edukacja na poziomie już przedszkolnym, później szkoła podstawowa, średnia, ale wcale bym na tym nie poprzestawał, bo nie jest powiedziane, że na uczelniach wyższych tej edukacji ma już nie być. Godzina dla zdrowia, o której wielokrotnie Państwo mówiliście musi być wprowadzona. Nie wyobrażam sobie sytuacji, że będziemy kolejne lata rozmawiać o tym, że ona by się przydała, ona jest konieczna ze względów na przyszłość młodego pokolenia. Po to, żeby młode pokolenie nie miało do nas pretensji, że myśmy tego nie zrobili, a wiedzieliśmy co się złego dzieje, w zakresie kwestii odżywiania i kondycji psychicznej. Dziecko, dobre nawyki zdrowotne może nabywać w szkole, ale wróci do domu i tam niekoniecznie nawyki są dobre. Jak się zrobi dobrą edukację, to dziecko może też próbować zmieniać nawyki żywieniowe rodziców. Jako technolog żywienia z pierwszego wykształcenia, źle reaguje na określenia „dieta”, ponieważ jest to element terapii, wychodzenia z jakiejś choroby. Raczej warto mówić o sposobie odżywiania. Kolejny element, o którym też była mowa, czyli profilaktyka z kolejnego



wykształcenia jestem ekonomistą i to się po prostu opłaca, to jest inwestycja, to nie jest koszt. I tak trzeba na to patrzeć i to jest przynajmniej jak mówiliśmy o tej stopie zwrotu rzędu dziesięciokrotności zainwestowanych pieniędzy w profilaktykę, to się przełoży na niższe wydatki potem na publiczną ochronę zdrowia, średnią długość życia i zdolność płacenia podatków. Trzeci z postulatów, to jest dostępność do nowoczesnych terapii w obszarze nie tylko chorób onkologicznych. To też się opłaca. Nie po to jest postęp naukowy, żebyśmy ciągle używali przestarzałych terapii.

Odniosę się do kwestii tworzeniu nowego systemu ochrony zdrowia. Lewica postuluje, aby finansowanie było przynajmniej na poziomie 8% PKB. Bez udziału organizacji pacjenckich nie wyobrażam sobie zbudowania sprawnie działającego systemu. Pacjenci wiedzą najlepiej, gdzie są przeszkody i niedopatrzenia. Muszę powiedzieć, że mam świetne doświadczenie chociażby z Fundacją Pokonać Endometriozę. Jest to fundacja, która pierwsza się do mnie zgłosiła, po założeniu przez mnie Zespołu ds. endometriozy. Energia kobiet, które są w tych trzech fundacjach zajmujących się endometriozą jest niesamowita i wspólnie nam się udało przekonać Ministerstwo Zdrowia do tego, żeby w końcu powstał Zespół do spraw endometriozy, który zajął się wyceną procedur, budowaniem sieci pilotażu i diagnostyki w tej chorobie. Endometrioza dotyka w różnym stadium ok. dwóch milionów Polek. To jest prawie tak samo popularne schorzenie jak cukrzyca, tyle że o cukrzycy wszyscy mówią, a o endometriozie mniej. Zaczyna się coś dziać, ale jesteśmy naprawdę na początku drogi.

Dariusz Klimczak, Polskie Stronnictwo Ludowe

Do reformy systemu ochrony zdrowia w Polsce musimy po wyborach parlamentarnych podejść zarówno systemowo, jak i zmienić wiele spraw bieżących. Musimy wyeliminować wiele absurdów, które funkcjonują w systemie ochrony zdrowia. Do tego będzie potrzebny zdeterminowany człowiek, który obejmując funkcję ministra zdrowia, naprawdę będzie gotowy poświęcić swój czas na dokonanie całego szeregu ważnych zmian. Potrzebna jest odwaga i oczywiście mocna politycznie pozycja, zarówno w rządzie, jak i w parlamencie. Bez tego ważnych zmian nie zrobimy, a latami będziemy czekać na jakieś drobne korekty obecnego, wadliwego systemu. W przekonaniu Polskiego Stronnictwa Ludowego (PSL), trzeba dokonać zmian w następujących trzech głównych obszarach: w obszarze finansowania systemu ochrony zdrowia, organizacji systemu ochrony zdrowia i oczywiście w kształceniu kadr medycznych. Trzeba otwarcie powiedzieć, że chorobą przewlekłą polskiego systemu ochrony zdrowia jest niedofinansowanie. To schorzenie generuje wiele innych rodzajów powikłań, które są wynikiem właśnie braku pieniędzy.



Jeżeli chodzi o konkretne rozwiązania, to mamy ich przygotowanych kilka. Na razie po jednym wymienię, jeżeli chodzi o poszczególne trzy obszary. W obszarze finansowania ochrony zdrowia musi nastąpić decentralizacja funkcjonowania Narodowego Funduszu Zdrowia i to jest plan minimum. Po wyborach musimy w porozumieniu ze świadczeniodawcami, czyli np. m. in. z samorządami, instytucjami badawczymi oraz z sektorem prywatnym, przedłożyć parlamentowi zasadniczą reformę finansowania systemu ochrony zdrowia. Powinniśmy zdefiniować na nowo, kto ma wpływ na finansowanie świadczeń zdrowotnych. Oczywiście dodatkowo należy ostatecznie określić takie kwestie jak m.in. dokładny procent PKB na zdrowie, koniecznie bez kwantyfikatora n-2, a także uwzględniając tylko finansowanie świadczeń i leczenia, bez podmiotów typu Agencji Badań Medycznych (ABM), która powinna mieć osobne źródło finansowania. Mówiąc wprost, należy rozgraniczyć finansowanie leczenia od finansowania różnego rodzaju działań instytucjonalnych w obszarze ochrony zdrowia. Często

zaciemniamy obraz tych ogromnych pieniędzy, które idą na zdrowie, poprzez różnego rodzaju finansowanie instytucji, które nie mają wprost udziału w świadczeniach zdrowotnych.

Poza tym w Polskim Stronnictwie Ludowym stoimy na stanowisku, że powinny być stałe punkty, które finansują system ochrony zdrowia, m. in. akcyza z alkoholu i papierosów. Uważamy, że trzeba przesunąć 2% ze składki rentowej na finansowanie świadczeń medycznych. Liczba osób, które pobierają świadczenia rentowe radykalnie zmalała, natomiast wciąż w swoich składkach tę samą wysokość, która została podwyższona kilkanaście lat temu.

Konieczne jest oddłużenie szpitali, ale nie zrobimy tego bez jednoczesnego urealnienia wyceny świadczeń zdrowotnych. Jeżeli mamy podjąć się pierwszego działania, musimy zrobić to w ramach jednego przemyślanego, skonsultowanego i profesjonalnie obliczonego działania. W innym przypadku będzie to chwilowe łatanie systemu.

Jeżeli chodzi o zmiany w organizacji systemu ochrony zdrowia, to powinna nastąpić decentralizacja systemu ochrony zdrowia, zarówno pod względem instytucjonalnym, proceduralnym, jak i finansowym. O aspekcie finansowym mówiłem wcześniej, dotyczy to głównie Narodowego Funduszu Zdrowia, który przez obecną ekipę rządową miał być zlikwidowany, a został jedynie spionizowany. Dzisiaj każdy, kto porusza się w zarządzaniu systemem ochrony zdrowia wie, że niczego nie ustali na poziomie oddziału wojewódzkiego NFZ, bo wszystko jest w rękach Centrali NFZ. Jeżeli chcemy utrzymać szpitale w rękach starostów, koniecznie trzeba zmienić system finansowania powiatów. Funkcjonowania szpitala w dzisiejszych realiach to ogromny wysiłek finansowy, któremu mniejsze powiaty nie mogą sprostać. Kolejnym rozwiązaniem mogłoby być powierzenie marszałkowi województwa koordynacji leczenia stacjonarnego w regionie. Wiemy, że jest to skomplikowana materia, natomiast warto sygnalizować otwarcie, że finansowanie szpitali na poziomie powiatów jest zbyt niskie i wynika głównie z braku dochodów własnych tego szczebla samorządu. Współpraca między różnymi organami właścicielskimi, czy to jest prezydent, burmistrz, starosta, czy marszałek, to jeden wielki galimatias. W PSL uważamy, że można by tę sytuację naprawić decyzjami zarządczymi, jeżeli byłyby do tego instrumenty. Np. samorząd województwa powinien mieć określony wpływ na finansowanie świadczeń szpitalnych przez NFZ, bo dzisiaj marszałek mając około 40-50% rynku leczenia stacjonarnego w ręku ma na to zerowy wpływ.

Jeżeli chodzi o kadry medyczne, nieuniknioną jest reforma funkcjonowania specjalizacji lekarskich. Nie mówię tylko o systemie kształcenia, liczbie specjalizacji, ale przede wszystkim o przydzielaniu miejsc specjalizacyjnych. Dzisiaj to jest państwo w państwie. Narzekamy bardzo, że brakuje nam lekarzy specjalistów, a wiemy, jak bardzo trudno jest młodym lekarzom dostać się na określoną, często wymarzoną specjalizację.

4. Wnioski i rekomendacje

Wnioski	Rekomendacje
Zdrowie rodziny jest fundamentalną wartością z perspektywy racji stanu i bezpieczeństwa narodu.	Rekomendowane jest kompleksowe podejście do zdrowia rodziny poprzez edukację, profilaktykę,

	leczenie i rehabilitację realizowane międzysektorowo.
Zdrowie rodziny to dobrostan psychiczny i fizyczny.	Rekomendowana jest poprawa stanu zdrowia psychicznego i somatycznego każdego z członków rodziny – od dziecka, osoby dorosłej i seniorów.
Zdrowa dieta jest kluczowym czynnikiem gwarantującym zdrowie rodziny.	Rekomendowana jest edukacja i wprowadzanie praktycznych rozwiązań w zakresie zdrowego żywienia: <ul style="list-style-type: none"> • Kobiet – szczególnie kobiet w ciąży; • Dzieci - od przedszkole, poprzez szkołę; • Dorosłych – w miejscu prac; • Seniorów – w ramach mediów i organizacji.
Zdrowie rodziny to przede wszystkim zdrowie kobiety, która pełni fundamentalną rolę w funkcjonowaniu rodziny, jako żona, matka i babcia.	Zdrowie kobiet powinno być najwyższym priorytetem zdrowotnych Państwa.
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. Rokowanie w raku piersi zależy m.in. od stadium zaawansowania nowotworu oraz konkretnego podtypu molekularnego. Najczęściej spotykany jest rak hormonozależny, diagnozowany we wczesnym stadium. Wczesny rak piersi oznacza taki etap choroby, w którym nie ma jeszcze przerzutów odległych. Celem terapii wczesnego raka piersi jest całkowite wyleczenie.	Rekomendowana jest: <ul style="list-style-type: none"> • wczesna diagnostyka raka piersi; • wzrost partycypacji kobiet w badaniach mammograficznych; • wprowadzenie Breast Cancer Units; • refundacja publiczna nowoczesnych terapii, w tym abemacyklibu w leczeniu wczesnej postaci raka piersi.
W Polsce Narodowa Strategia Onkologiczna zakładała, że do końca 2022 r. wprowadzony zostanie do Programu profilaktyki raka szyjki macicy test HPV-DNA.	Rekomendowane jest, aby testy HPV DNA stały się podstawą badań przesiewowych w kierunku raka szyjki macicy.
Wg 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. Nadwaga i otyłość zwiększają ryzyko zachorowalności na cukrzycę typu 2,	Rekomendowane jest: <ul style="list-style-type: none"> • opracowanie i wdrożenie Strategicznego Planu na Rzecz Prewencji i Leczenia Otyłości w Polsce; • refundacja publiczna skutecznych metod leczenia choroby otyłościowej (ICD10:E66); • wprowadzenie rutynowego pomiaru BMI i rutynowa diagnoza otyłości w każdej placówce systemu ochrony zdrowia.

nadciśnienie tętnicze, zaburzenia lipidowe, chorobę niedokrwienną serca, obturacyjny bezdech senny, chorobę zwyrodnieniową stawów, depresję oraz sprzyja rozwojowi niektórych typów nowotworów i podwyższa ryzyko zgonu.	
Analiza przeprowadzona dla Polski wykazała jednoznacznie, że aby osiągnąć cele WHO w zakresie eliminacji WZW C do 2030 r. konieczne jest leczenie ok 12 tys. osób rocznie.	Rekomendowane jest uruchomienie w trybie pilnym ogólnopolskiego programu powszechnych badań przesiewowych które umożliwiłyby testowanie w kierunku HCV ok. 2 do 2,5 mln osób rocznie.
Grypa jest ostrą chorobą zakaźną, wywoływaną przez wirusy grypy. Powikłania pogrypowe stanowią m. in. zapalenie płuc i oskrzeli, zapalenie ucha środkowego, zapalenie mięśnia sercowego i osierdzia, zaostrzenie istniejących chorób przewlekłych i powikłania neurologiczne.	Rekomendowana jest pełna refundacja szczepień przeciwko grypie dla dzieci, obywateli powyżej 65. r.ż. oraz pacjentów z grup ryzyka.
Krztusiec jest ostrą zakaźną chorobą układu oddechowego wywoływaną przez bakterie, tzw. pałeczki krztuśca. Nasilenie objawów krztuśca zależy od wieku chorego i stanu uodpornienia. Krztusiec u niemowląt i noworodków związany jest z ryzykiem wystąpienia powikłań, tj. zapalenie płuc, bezdech, drgawki, encefalopatia. Powikłania u nastolatków i dorosłych, to m. in. nietrzymanie moczu, złamania żeber, zapalenia płuc, czy drgawki.	Rekomendowana jest pełna refundacja szczepień przeciwko krztuścowi dla dzieci, obywateli powyżej 65 r.ż. oraz pacjentów z grup ryzyka.

5. Kluczowe informacje przy gotowane na debatę przez Medyczną Rację Stanu z zakresu zdrowia rodziny

Poniżej przedstawiono wybrane obszary terapeutyczne z zakresu zdrowia rodziny.

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 wzmacnianie 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 otyłością 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 zakończył swoje działania 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.⁸

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.⁹

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 r. 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.¹⁰

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 lub dochodem, obniżeniem jakości życia czy utraconymi latami życia estymowane są na poziomie ok. 10 mld zł rocznie.¹¹

Działania propagujące zdrowe nawyki żywieniowe w szkołach - Krajowy Ośrodek Wsparcia Rolnictwa

Krajowy Ośrodek Wsparcia Rolnictwa (KOWR) powstał 1 września 2017 r. z połączenia Agencji Nieruchomości Rolnych (ANR) i Agencji Rynku Rolnego (ARR). Przejął on ich zadania, które wpisują się w politykę rolną Ministerstwa Rolnictwa i Rozwoju Wsi. Zadania te zostały ściśle określone w ustawie z dnia 10 lutego 2017 roku o Krajowym Ośrodku Wsparcia Rolnictwa (Dz. U. 2017 poz. 623). Głównym celem realizowanym przez KOWR jest wspieranie polskiego rolnictwa w bardzo wielu obszarach. Obejmuje ono m.in.: gospodarowanie Zasobem Własności Rolnej Skarbu Państwa, realizację zadań wynikających z ustawy o kształtowaniu ustroju rolnego, nadzór właścicielski nad spółkami o szczególnym znaczeniu dla gospodarki narodowej, restrukturyzację działań innowacyjnych i rozwojowych w sektorze rolno-spożywcym, działania w zakresie odnawialnych źródeł energii,

⁸<https://fundacjarepublikanska.org/wp-content/uploads/2021/07/RAPORT-OTYLOSC-do-internetu.pdf>

⁹<https://www.oecd.org/health/the-heavy-burden-of-obesity-67450d67-en.htm>

¹⁰<https://www.gov.pl/web/zdrowie/cukier-otylosc-konsekwencje-prezentacja-raportu>

¹¹<https://fundacjarepublikanska.org/otylosc-epidemia-xxi-wieku/>

promocję produktów rolno-spożywczych w kraju i za granicą, wspieranie konsumpcji i propagowanie zdrowych nawyków żywieniowych, działania interwencyjne w celu stabilizacji rynków rolnych, monitorowanie rynków rolnych i działania kontrolujące procesy produkcji oraz przetwórstwa, analizy rynkowe i transfer wiedzy.

„Program dla szkół” to unijny projekt koordynowany przez Krajowy Ośrodek Wsparcia Rolnictwa, w ramach którego uczniowie klas I-V szkół podstawowych i ogólnokształcących szkół muzycznych I stopnia oraz klas I-II ogólnokształcących szkół baletowych otrzymują owoce, warzywa oraz mleko i przetwory mleczne. Głównym celem Programu jest zmiana nawyków żywieniowych dzieci poprzez zwiększenie udziału produktów mlecznych i owocowo-warzywnych w ich codziennej diecie. Dzieci uczestniczące w „Programie dla szkół” w trakcie wybranych tygodni roku szkolnego otrzymują bezpłatnie co najmniej 2 razy w tygodniu: świeże owoce i warzywa (przygotowane do bezpośredniego spożycia), mleko i produkty mleczne. Asortyment produktów jest szeroki. Dzieci mogą otrzymać jabłka, gruszki, śliwki, truskawki, soki, marchewki, rzodkiewki, paprykę słodką, kalarepę, pomidorki, a także mleko białe, serki twarogowe, jogurty i kefir naturalne. Program obejmuje również działania o charakterze edukacyjnym i promocyjnym, które realizują szkoły. W II semestrze roku szkolnego 2022/2023 w „Programie dla szkół” uczestniczy: w komponencie owocowo-warzywnym - 11 561 szkół podstawowych, w których owoce i warzywa otrzymuje ok. 1,721 mln dzieci z klas I–V, w komponencie mlecznym - 11 738 szkół podstawowych, w których mleko i produkty mleczne otrzymuje ok. 1,718 mln dzieci z klas I–V.

Plebiscyt MUZYCZNE WYZWANIA CHRUMASA - jedno z działań promujących „Program dla szkół”. Plebiscyt jest skierowany do uczniów szkół podstawowych biorących udział w Programie. W plebiscybie dzieci prezentują swój talent wokalny i instrumentalny, a także razem z Chrumasem promują zdrowe nawyki żywieniowe wśród dzieci w całej Polsce. Zasady są proste: uczestnicy przygotowali własny utwór słowno-muzyczny w dowolnym gatunku muzycznym, złożony z dwóch zwrotek i dwa razy zaśpiewanego refrenu. Piosenka miała zawierać treści promujące zdrowe nawyki żywieniowe wśród dzieci (nie tylko w szkole), nazwę „Program dla szkół”, hasło „Szkolna przerwa śniadaniowa, mleczna, z warzyw, owocowa”. Należało w niej wykorzystać przynajmniej po jednej nazwie owocu, warzywa i produktu mlecznego (owoce: jabłka, gruszki, śliwki, truskawki, soki owocowe; warzywa: marchewki, rzodkiewki, papryka słodka, pomidory, kalarepa; produkty mleczne: mleko białe, jogurt naturalny, kefir naturalny, serek twarogowy). Można było wykorzystać także inne nazwy owoców, warzyw i produktów mlecznych, pod warunkiem że pochodzą z Polski. W pierwszym etapie plebiscytu ze wszystkich nadesłanych elektronicznie utworów jury wybrało 12 najlepszych, które zostały zamieszczone na stronie internetowej wyzwaniechrumasa.tvp.pl. Etap II – w głosowaniu internetowym zostało wybranych 6 utworów z największą liczbą głosów. Wszyscy laureaci II etapu plebiscytu w ramach nagrody byli zaproszeni do nagrania profesjonalnych teledysków do swojego utworu w studio TVP, które następnie będą emitowane w TVP2 i TVP ABC od 18 maja. Spośród tych uczestników w głosowaniu internetowym został wyłoniony zwycięzca. Ogłoszenie wyniku plebiscytu nastąpiło 7 czerwca br.

Terapia wczesnej postaci raka piersi

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. Rokowanie w raku piersi zależy m.in. od stadium zaawansowania nowotworu oraz konkretnego podtypu molekularnego. Najczęściej spotykany jest rak hormonozależny, diagnozowany we wczesnym stadium. Wczesny rak piersi oznacza taki etap choroby, w którym nie ma jeszcze przerzutów odległych. Celem terapii wczesnego raka piersi jest całkowite wyleczenie. Zaawansowany rak piersi to choroba z przerzutami. Zaawansowany rak piersi nie może być całkowicie wyleczony, celem terapeutycznym jest wydłużenie przeżycia pacjenta i utrzymanie go w jak najlepszej jakości życia. 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 nawet u 30% osób, najczęściej w postaci przerzutów odległych, co czyni chorobę nieuleczalną. Możemy z dużym prawdopodobieństwem określić, czy u danego pacjenta występuje wysokie ryzyko nawrotu choroby, korzystając z cech kliniczno-patologicznych takich jak m.in. podtyp molekularny guza, liczba zajętych lokalnych węzłów chłonnych, stopień złośliwości guza, czy wielkość zmiany nowotworowej i dzięki temu dostosować terapię tak, aby jak najskuteczniej zredukować u niego podwyższone ryzyko wystąpienia nawrotu choroby. Rak piersi wiąże się z poważnymi konsekwencjami zarówno dla chorego, jego rodziny, jak i konsekwencjami 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, tym samym mogąca prowadzić do wypadania z ról społecznych, obniżenia jakości życia, cierpienia – wiążąca się ze znacznym obciążeniem psychicznym chorego, wymagająca wsparcia psychologicznego. 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 – wynikają one z przedwczesnych zgonów, rent z tytułu niezdolności do pracy, absenteizmu i prezenteizmu zarówno samych chorych, jak i ich opiekunów. W tym kontekście kluczowe jest podkreślenie, że im szybciej, na wcześniejszym etapie zdiagnozowana jest choroba, tym większa szansa na całkowite wyleczenie pacjenta i tym samym uniknięcie systemowych kosztów wygenerowanych przez trwałą niezdolność do pracy, renty i straty spowodowane przedwczesnymi zgonami.

Aktualnie w Polsce dla pacjentów z rakiem piersi refundowanych jest w ramach programu lekowego wiele cząsteczek, jednak nie wszystkie podtypy raka mają aktualnie zapewnione optymalne leczenie - pacjenci z najczęstszą postacią raka – hormonozależnym, wczesnym rakiem piersi HER2- nie mają aktualnie dostępu do innowacyjnej terapii, a jedynie do niespecyficznego chemioterapii oraz hormonoterapii klasycznej. W przypadku tego rodzaju raka, mimo że większość pacjentów dobrze

reaguje na aktualnie dostępne leczenie, istnieje szczególna populacja chorych, mających wysokie ryzyko nawrotu choroby. Nawet u 30% pacjentów w ciągu pierwszych kilku lat od wdrożenia terapii wytwarza się oporność na aktualnie dostępne leczenie, skutkując nawrotem choroby w postaci przerzutów odległych, które nie są uleczalne i prowadzą do przedwczesnego zgonu. W związku z tym, w tej szczególnie narażonej na nawrót subpopulacji chorych z wczesnym rakiem hormonozależnym HER2-, istnieje niezaspokojona potrzeba wdrażania skutecznego leczenia redukującego ryzyko nawrotu choroby. Dla tych właśnie pacjentów w ostatnim czasie pojawiły się nowe opcje terapeutyczne, polegające na skojarzeniu hormonoterapii z leczeniem celowanym, dla którego wykazano skuteczność w redukcji ryzyka nawrotu choroby. Aktualnie dostępne, refundowane leczenie pacjentów z hormonozależnym HER2- rakiem piersi obejmuje kombinację leczenia chirurgicznego, radioterapii, chemioterapii i hormonoterapii – jest to leczenie powszechnie dostępne, natomiast charakteryzujące się małą specyficznością w walce z nowotworem. Ostatni przełom jaki dokonał się w leczeniu tego typu raka to właśnie zastosowanie hormonoterapii. Kolejne badania prowadzone w tym obszarze na przestrzeni ostatnich dwóch dekad nie przynosiły przełomu. Nowy trend terapeutyczny, to inhibitory CDK 4 i 6, znane już z terapii zaawansowanego, hormonozależnego raka piersi, wchodzące teraz również do terapii na wczesnym etapie choroby. Dane z badań klinicznych wskazują, że u pacjentek z wczesnym rakiem piersi o wysokim ryzyku nawrotu, zastosowanie terapii skojarzonej abemacyklibem (inhibitorem CDK 4 i 6) w połączeniu z hormonoterapią o ponad 30% obniża ryzyko nawrotu choroby, przy akceptowalnym profilu bezpieczeństwa. Ma to szczególnie istotne znaczenie, bo dotyczy chorych z grupy wysokiego ryzyka wystąpienia nawrotu choroby. Ze względu na fakt, że nawrót choroby najczęściej występuje w postaci przerzutów odległych, prowadząc tym samym do rozwinięcia choroby nieuleczalnej, jest to grupa chorych, u której mimo wczesnego stadium choroby jest ona szczególnie groźna. Biorąc pod uwagę pojawianie się nowych opcji terapeutycznych adresujących aktualnie niezaspokojone potrzeby, kluczowe jest ich jak najszybsze udostępnianie pacjentom, umożliwiające optymalizację terapii w celu zapobiegania wczesnym nawrotom choroby w tej szczególnie narażonej na nie grupie chorych.

W 2022 r. Komisja Europejska wydała zgodę na stosowanie abemacyklibu w skojarzeniu z hormonoterapią w leczeniu uzupełniającym dorosłych pacjentów we wczesnym stadium raka piersi wykazującego ekspresję receptora hormonalnego (ang. hormone receptor, HR) i niewykazującego ekspresji receptora typu 2. dla ludzkiego naskórkowego czynnika wzrostu (ang. human epidermal growth factor receptor 2, HER2), z przerzutami do węzłów chłonnych, z wysokim ryzykiem wystąpienia nawrotu. Abemacyklib to pierwszy i jedyny inhibitor CDK4 i 6 w terapii HR+, HER2- wczesnego raka piersi z wysokim ryzykiem nawrotu. Zgodnie z danymi z raportu Modern Healthcare Institute z 2020 r. obserwowane w ostatnich latach przyspieszenie wydawania decyzji refundacyjnych zahamowało narastające opóźnienia związane z zaleceniami onkologicznych wytycznych klinicznych. Aby utrzymać ten dobry trend w Polsce konieczne jest sukcesywne obejmowanie refundacją nowych opcji terapeutycznych - zgodnie z raportem o ok. 25% w skali roku.¹²

¹² <https://www.mzdrowie.pl/wp-content/uploads/2020/08/raport-onkologia-0826.pdf>

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. Konsekwencje społeczne i ekonomiczne raka piersi są znaczne. Raport pt. „Ocena strat ekonomicznych i kosztów leczenia nowotworów piersi, szyjki macicy i jajnika w Polsce”, w którym oszacowano koszty społeczne ponoszone w Polsce na leczenie chorych z rakiem piersi wskazuje na następujące koszty dla systemu w roku 2014: strata związana z przedwczesnym zgonem - ponad 790 mln PLN, strata spowodowana trwałą niezdolnością do pracy - ponad 970 mln PLN, absenteizm chorych - ponad 570 mln oraz renty z tytułu niezdolności do pracy - 126 mln PLN.¹³

Podsumowując:

- Pomimo że aktualnie w ramach programu B.9 leczenia raka piersi refundowanych jest wiele cząsteczek, pacjenci z najczęściej diagnozowanym podtypem raka – wczesnym, hormonozależnym HER2- nie mają aktualnie dostępu do żadnej innowacyjnej terapii w ramach programu lekowego.
- Aktualnie refundowane w ramach programu lekowego terapie dotyczą w znacznej większości stadium zaawansowanego raka piersi, w którym całkowite wyleczenie nie jest już możliwe. Należy podkreślić, że w przypadku raka zdiagnozowanego na wczesnym etapie choroby istnieje szansa na całkowite wyleczenie chorego, dlatego kluczowe jest zwiększanie dostępu pacjentów do terapii stosowanych we wczesnych nowotworach piersi.
- W przypadku pacjentów z wczesnym hormonozależnym, HER2- rakiem piersi, istnieje populacja chorych wysokiego ryzyka, dla których aktualnie refundowane leczenie (hormonoterapia) jest nieoptymalne. Pomimo zastosowania aktualnie dostępnych metod leczenia, aż u 20-30% chorych dochodzi do nawrotu choroby. Nawrót występuje najczęściej w postaci przerzutów odległych (do wątroby, kości), czyniąc chorobę nieuleczalną i nieuchronnie prowadząc do śmierci.
- To właśnie tym pacjentom - z grupy wysokiego ryzyka nawrotu, a więc o szczególnie niekorzystnym rokowaniu - dedykowana jest wnioskowana terapia abemacyklibem, która wykazała skuteczność w 34% redukcji ryzyka nawrotu inwazyjnego oraz przerzutów odległych w porównaniu do aktualnie refundowanego w Polsce standardu leczenia (monoterapii hormonoterapią).
- Należy podkreślić, że ryzyko nawrotu choroby w czasie jest zmienne – największe ryzyko występuje w ciągu pierwszych 2 lat od diagnozy. To właśnie w tym okresie największego ryzyka

¹³ Nojszewska E, Bodnar L, Łyszczarz B, Sznurkowski J, Sliwczyński A, Instytut Innowacyjna Gospodarka. Ocena strat ekonomicznych i kosztów leczenia nowotworów piersi, szyjki macicy i jajnika w Polsce. Warszawa 2016. Fundacja Instytut Innowacyjna Gospodarka.

nawrotu wykazano korzyść terapii skojarzonej lekiem abemacyklib w zakresie redukcji ryzyka nawrotu.

Strategia eliminacji wirusa HPV

Globalna strategia WHO

WHO przyjęło globalną strategię przyspieszenia eliminacji raka szyjki macicy jako jednego z kluczowych problemów zdrowia publicznego. Definicja eliminacji raka szyjki macicy dotyczy sytuacji, kiedy w kraju mamy poniżej 4 przypadków raka szyjki macicy na 100 000 kobiet rocznie.

Aby osiągnąć ten próg do końca XXI wieku, WHO ustaliła strategiczne cele "90-70-90", które mają zostać osiągnięte do 2030 r.:

- 90% dziewcząt w pełni zaszczepionych szczepionką przeciw HPV do 15. roku życia;
- 70% kobiet poddaje się badaniom przesiewowym;
- 90% kobiet, u których rozpoznano chorobę szyjki macicy, otrzymuje leczenie.

HPV - podstawowe informacje

Są dwa rodzaje raka szyjki macicy: płaskonabłonkowy i gruczołowy. Wszystkie raki płaskonabłonkowe, a stanowią one ok. 90 proc. tych nowotworów, zaczynają się od przewlekłego, wieloletniego zakażenia HPV (ang. Human Papilloma Virus, wirus brodawczaka ludzkiego). Niektóre z raków gruczołowych są HPV-dodatnie, ale mogą być HPV-ujemne.

Szacuje się, że 18% kobiet między 25. a 59. rokiem życia w Polsce regularnie wykonuje badania cytologiczne. Według standardów typowych dla zaawansowanych programów skriningowych na świecie około 7% rozpoznań cytologicznych jest nieprawidłowych w sensie cyto-onkologicznym i kwalifikuje pacjentkę do dalszej diagnostyki pogłębionej. W Polsce skrining cytologiczny realizowany w ramach bezpłatnych badań refundowanych przez NFZ nie spełnia kryteriów WHO.

Zakażenie HPV jest to najczęstsze zakażenie przenoszone drogą płciową. Praktycznie 80 proc. społeczeństwa w ciągu życia styka się z HPV. Najczęściej do zakażenia dochodzi w populacji między 16.-17. r. ż. a 25.-30. Po 30.-35. r. ż. częstość zakażeń spada. Szacuje się, że 20 proc. populacji, która się zakaża między 16.-17. a 25.-30. r. ż., nie pozbywa się wirusa, a 80 proc. pozbywa się na zasadzie samoistnej eliminacji. Ta pierwsza grupa jest grupą ryzyka patologii szyjki macicy, pochwy, sromu, odbytu, pęcherza moczowego i narządów jamy ustnej. Szczyt zachorowań na raka szyjki macicy zaczyna się od 40. r. ż. Należy sobie uzmysłowić, że tworzenie się nowotworu zwykle trwa 12-15 lat.

Obecnie w Polsce badania cytologiczne są wykonywane w ramach Programu Profilaktyki Raka Szyjki Macicy dla kobiet w wieku 25-59 lat, które w ciągu ostatnich 3 lat nie wykonywały przesiewowych badań cytologicznych. Program finansowany jest ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia. Jednocześnie - w ramach profilaktyki chorób onkologicznych - w Polsce 1 czerwca 2023 roku rozpoczęły się powszechne, dobrowolne i bezpłatne szczepienia przeciwko wirusowi HPV (12 i 13 r.z).

W ramach Narodowej Strategii Onkologicznej cytologię miał zastąpić test HPV-DNA. Obecnie wdrożenie zostało odsunięte w czasie, do momentu przeanalizowania wyników wymaganego pilotażu - realizowanego pod nadzorem Narodowego Instytutu Onkologii, finansowanego przez Ministra Zdrowia w ramach programu wieloletniego pn. Narodowa Strategia Onkologiczna. Wstępne wyniki

badania pilotażowego wskazały na zdecydowanie wyższą skuteczność testu HPV DNA vs cytologia. Obecnie trwają prace zamykające statystyczne opracowanie badań pogłębionych.

Na świecie diagnozowanych jest rocznie pół miliona nowych przypadków raka szyjki macicy. W Polsce każdego roku odnotowujemy ich ok. 4 tys. i należy szacować, że połowa z tych kobiet umiera z powodu nowotworu. Stosunkowo duża zachorowalność i 50-procentowa umieralność to powód do niepokoju. Biorąc pod uwagę współczynnik zachorowalności, jesteśmy w czołówce krajów Unii Europejskiej. Pod względem umieralności niestety również. Tendencja światowa wskazuje na obniżanie się zachorowalności, i umieralności.

Metodą sprawdzenia obecności wirusa HPV jest przeprowadzenie testu na obecność materiału genetycznego wirusa HPV. Materiał do wykonania takiego testu pobierany jest dokładnie tak, jak do badania cytologicznego, czyli w gabinecie ginekologicznym przez lekarza lub pielęgniarkę. Za pomocą szczoteczki cytologicznej zbiera się komórki, które złuszcza się z szyjki macicy i ocenia w nich obecność DNA wirusa HPV. Dalej, w przypadku dodatniego testu HPV DNA, ta sama próbka, może być użyta do badania cytologicznego w technologii LBC, kobieta nie musi ponownie przychodzić do gabinetu na pobranie materiału. Próbkę zostaje przesłana do laboratorium, w którym jest przebadana. Test HPV DNA jest bardzo czuły i wykrywa znacznie więcej stanów przednowotworowych szyjki macicy niż cytologia. Ze względu na wysoką wartość tego badania w wykluczeniu istnienia ryzyka rozwoju raka szyjki macicy badanie należy powtórzyć dopiero za 5 lat.

Zalecenia WHO z 2021 r. stanowią, że podstawowe badania przesiewowe u kobiet w populacji ogólnej powinny być podstawowymi badaniami przesiewowymi w kierunku HPV-DNA, rozpoczynającymi się w wieku 30 lat, co 5-10 lat. Krajowa Strategia Nowotworowa przewidywała wprowadzenie badań HPV-DNA do Programu Profilaktyki Raka Szyjki macicy do końca 2022 r. W związku z wybuchem pandemii Covid-19 i ogólnym opóźnieniem w realizacji NSO decyzją Rady Ministrów z 2022 r. przełożony został rok wprowadzenia testów DNA HPV na rok 2024.

Wyższa skuteczność testu HPV-DNA jako badania przesiewowego

Badanie cytologiczne opiera się na pracy wyszkolonej osoby, która szuka nieprawidłowych komórek pod mikroskopem, jest więc badaniem subiektywnym, zależnym od błędów ludzkich. Natomiast test HPV DNA jest wykonywany przy użyciu technologii molekularnej, która nie podlega odmiennym interpretacjom różnych laboratoriów. Test HPV DNA jest znacznie dokładniejszy niż badanie cytologiczne. Czułość badania określa procent osób chorych, które w danym badaniu uzyskały potwierdzenie, że są chore. Badanie cytologiczne ma czułość ograniczoną do 40-70 proc. co oznacza, że jedynie 30 do max. 60 proc. kobiet, u których doszło już do nieprawidłowych zmian na szyjce macicy, uzyska takie potwierdzenie w wyniku badania cytologicznego.

Program pilotażowy w Narodowym Instytucie-Onkologii

Narodowy Instytut Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie Państwowy Instytut Badawczy (NIO) zakończył pilotażowe badanie zastosowania badań molekularnych w kierunku wirusa brodawczaka ludzkiego wysokiego ryzyka (HPV HR) jako nowego badania przesiewowego w programie profilaktyki raka szyjki macicy w Polsce. Pilotaż skierowany był do kobiet w wieku 30-59 lat, które nie miały wykonanej cytologii w ciągu ostatnich 3 lat lub obciążonych czynnikami ryzyka, które nie miały wykonanej cytologii w ciągu ostatnich 12 miesięcy. Jego celem było porównanie dwóch testów

przesiewowych (cytologia PAP vs. test HPV DNA) i umożliwienie wyboru optymalnego testu przesiewowego dla Programu profilaktyki raka szyjki macicy.

W Pilotażowym Programie wzięło udział ponad 30 000 kobiet. Pełne wnioski z pilotażu planowane są na koniec 2023 roku, wstępne wnioski wykazujące znaczącą przewagę testów HPV DNA zostały już przekazane do Ministerstwa Zdrowia.

Rekomendacje wdrożenia screeningu HPV-DNA

W eliminacji raka szyjki macicy w Polsce został zrobiony już duży krok. 1 czerwca 2023 roku rozpoczęto w Polsce program powszechnych, bezpłatnych szczepień nastolatków przeciwko ludzkiemu wirusowi brodawczaka (HPV). Organizacja szczepienia przeciwko HPV w ramach programu powszechnego nieco różni się od organizacji innych bezpłatnych (obowiązkowych) szczepień dzieci. Przypomina zasady organizacji szczepień przeciwko COVID-19 w czasie pandemii: szczepienie jest finansowane ze środków publicznych, co oznacza, że rodzic nie płaci za szczepionkę i kwalifikację do szczepienia, ale jednocześnie jest dobrowolne (nieobowiązkowe). Szczepienie przeciwko HPV zapobiega zakażeniu wirusem, a w dalszej perspektywie chroni przed wystąpieniem niektórych chorób nowotworowych oraz brodawek narządów płciowych.

Kolejnym krokiem powinno być jak najszybsze wdrożenie odpowiedniej diagnostyki/screeningu populacyjnego HPV poprzez testy HPV-DNA. Testy HPV-DNA dają możliwość wczesnej i dokładnej oceny ryzyka zachorowania na raka szyjki macicy. Należy pamiętać, że wczesne wykrycie zmian nowotworowych umożliwia całkowite wyleczenie.

Zalecenia Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) z 2021 mówią, że podstawową metodą badań przesiewowych dla kobiet w populacji ogólnej powinien być test HPV-DNA, począwszy od 30 roku życia, co pięć do dziesięciu lat. Dzięki badaniom przesiewowym, w szczególności przy użyciu nowych testów opartych na DNA-HPV, rakowi szyjki macicy można zapobiec lub wykryć go we wczesnym stadium i wyleczyć. WHO odnowiła swoje zalecenia dotyczące badań przesiewowych i leczenia raka szyjki macicy, wyraźnie wskazując, że testy oparte na DNA wirusa HPV są bardziej skuteczne niż testy cytologiczne, zwłaszcza w krajach o niskich i średnich dochodach, ponieważ są mniej podatne na problemy z jakością.

W Polsce Narodowa Strategia Onkologiczna zakładała, że do końca 2022 r. wprowadzony zostanie do Programu profilaktyki raka szyjki macicy test HPV-DNA. W związku z wybuchem pandemii COVID-19 i ogólnym opóźnieniem we wdrażaniu Narodowej Strategii Onkologicznej, w 2022 r. decyzją Rady Ministrów przesunięto termin wprowadzenia testów HPV-DNA na 2024 rok. Dodatkowo, Narodowy Instytut Onkologii - Państwowy Instytut Badawczy im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie przeprowadził pilotaż badań HPV-DNA (testy HPV-DNA oraz badanie cytologiczne), który potwierdził zasadność wprowadzenia badań HPV-DNA do screeningu badań przesiewowych raka szyjki macicy. Na podstawie wyników z Pilotażu stworzono nowy program przesiewowy profilaktyki raka szyjki macicy w Polsce, którego wejście w życie jest oczekiwane przez lekarzy i pacjentów.

Eksperti postulują, żeby testy HPV DNA stały się podstawą badań przesiewowych w kierunku raka szyjki macicy. To rozwiązanie już od lat jest podstawowym badaniem przesiewowym w wielu programach profilaktyki raka szyjki macicy na świecie. Ich ogromną zaletą w stosunku do cytologii jest bardzo wysoka czułość, przekraczająca nawet 95 proc., co rzadko zdarza się w onkologicznych programach badań przesiewowych.

Krajowy program badań przesiewowych w kierunku HCV i terapia wirusowego zapalenia wątroby typu C

Według stanowiska Polskiego Towarzystwa Epidemiologów i Lekarzy Chorób Zakaźnych, Polskiego Towarzystwa Hepatologicznego i Polskiego Towarzystwa Medycyny Rodzinnej w zakresie diagnostyki zakażeń HCV w ramach podstawowej opieki zdrowotnej: *Analiza przeprowadzona dla Polski w 2018 r. wykazała jednoznacznie, że aby osiągnąć cele WHO w zakresie eliminacji WZW C do 2030 konieczne jest leczenie ok 12 tys. osób rocznie. Założenie to wiąże się z koniecznością uruchomienia w trybie pilnym ogólnopolskiego programu powszechnych badań przesiewowych które umożliwiłyby testowanie ok. 2 do 2,5 mln osób rocznie.*¹⁴ Niestety w świetle aktualnych analiz bez uruchomienia Narodowego Programu Eliminacji HCV Polska osiągnie zakładane cele przez WHO dopiero po roku 2050. Czyli za 28 lat. Polska, wspólnie ze 193 innymi państwami, przyjęła na Światowym Zgromadzeniu Zdrowia WHO w 2016 r. globalną strategię dotyczącą wirusowego zapalenia wątroby na lata 2016–2021. Celem tej inicjatywy jest eliminacja wirusowego zapalenia wątroby typu B i C do roku 2030.¹⁵ Celem testowania planu działania w zakresie zapalenia wątroby w regionie Europy Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) na 2020 r. jest zdiagnozowanie i przeleczenie 50% osób żyjących z przewlekłym wirusowym zapaleniem wątroby typu B (HBV) i C (HCV). Zgłoszone dane z 2017 r. pokazują, że region Europy jest daleki od osiągnięcia tego celu – do tej pory zdiagnozowano około 1 na 5 osób żyjących z HBV (20,3%) i 1 na 4 osoby żyjące HCV (26,8%). Polska z 24,9% zdiagnozowanych zakażonych chorych plasuje się niestety wśród krajów, które nie osiągnęły minimalnego progu 50% do roku 2020.¹⁶ Raport WHO pt. „Accelerating access to hepatitis C diagnostics and treatment. Overcoming barriers in low and middle-income countries. Global progress report 2020” stwierdza, że dostęp do coraz tańszych terapii bezinterferonowych stwarza szanse dla chorych na WZW C na wyeliminowanie wirusa pod warunkiem dostępu do diagnostyki HCV.¹⁷ W Polsce w ramach programu lekowego B.71 Leczenia przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu C terapią bezinterferonową w 2017 r. było leczonych ok. 12 tys. pacjentów, a w 2020 r. tylko ok. 4 tys. pacjentów. Program lekowy B.71 realizowany w 74 ośrodkach

¹⁴ Stanowisko Polskiego Towarzystwa Epidemiologów i Lekarzy Chorób Zakaźnych, Polskiego Towarzystwa Hepatologicznego i Polskiego Towarzystwa Medycyny Rodzinnej w zakresie diagnostyki zakażeń HCV w ramach podstawowej opieki zdrowotnej. Agnieszka Mastalerz-Migas, Robert Flisiak, Jarosław Drobnik, Krzysztof Tomaszewicz, Małgorzata Pawłowska. Lekarz POZ 4/2021 <https://www.termedia.pl/Stnowisko-Polskiego-Towarzystwa-Epidemiologow-i-Lekarzy-Chorob-Zakaznych-Polskiego-Towarzystwa-Hepatologicznego-i-Polskiego-Towarzystwa-Medycyny-Rodzinnej-w-zakresie-diagnostyki-zakazen-HCV-w-ramach-98,45393,0,1.html>

¹⁵ https://www.who.int/hepatitis/news-events/07_towards-elimination-Dr-Gottfried-Hirnschall.pdf?ua=1

¹⁶ Monitoring the responses to hepatitis B and C epidemics in the EU/EEA Member States, 2019 <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/monitoring-responses-hepatitis-b-and-c-epidemics-eueea-member-states-2019>

¹⁷ <https://www.who.int/publications/i/item/9789240019003>

klinicznych gwarantuje chorym rzeczywisty, dobry dostęp do skutecznej terapii bezinterferonowej, której koszt obniżył się kilkukrotnie od 2016 r.¹⁸

Szczepienie przeciwko krztuścowi

Krztusiec jest ostrą zakaźną chorobą układu oddechowego wywoływaną przez bakterie, tzw. pałeczki krztuśca. Nasilenie objawów krztuśca zależy od wieku chorego i stanu uodpornienia, najbardziej typowe, a jednocześnie niebezpieczne objawy krztuśca występują u nieuodpornionych niemowląt i małych dzieci, a najmniej typowe, łagodne u młodzieży i osób dorosłych. Do zakażenia dochodzi drogą kropelkową. Po dostaniu się do organizmu, bakterie wnikają do tkanek, gdzie namnażają się, produkując toksynę krztuścową i inne czynniki zjadliwości. W pierwszych tygodniach choroby objawy krztuśca są podobne do przeziębienia, tj. suchy kaszel, katar, stany podgorączkowe, zapalenie gardła. Następnie pojawiają się typowe i przedłużające się napady uciążliwego długotrwałego kaszlu, który często kończy się głośnym wdechem (zwanym pianiem), wymiotami lub bezdechem. Sam kaszel o różnym nasileniu może utrzymywać się wiele tygodni. Krztusiec u niemowląt i noworodków związany jest z ryzykiem wystąpienia powikłań, tj. zapalenie płuc, bezdech, drgawki, encefalopatia. Powikłania u nastolatków i dorosłych, tj. nietrzymanie moczu, złamania żeber, zapalenia płuc, drgawki występują rzadziej.¹⁹

Przed wprowadzeniem masowych szczepień w 1960 roku, krztusiec był częstą przyczyną zgonów u dzieci poniżej 1 roku życia. W kolejnych latach liczba zachorowań zmniejszyła się ponad 100-krotnie. Od połowy lat 90-tych, także w krajach stosujących masowe szczepienia, obserwuje się wzrost zachorowań na tę chorobę, szczególnie u starszych dzieci oraz dorosłych. Obecnie w Polsce każdego roku rejestruje się około 2 000 – 4 000 zachorowań na krztusiec. Szczepionka przeciw krztuścowi zawsze jest podawana jako szczepionka DTP w jednym wstrzyknięciu ze szczepionką przeciw błonicy i tężcowi. Szczepionka DTP może zawierać pełnokomórkowy składnik krztuśca (tzw. DTWP) lub bezkomórkowy składnik krztuśca (tzw. DTaP). Jest podawana podskórną lub domięśniowo. Może być podawana razem z innymi szczepionkami, jako szczepionka wysoko skojarzona lub osobno – wtedy wstrzyknięcie powinno być wykonane w inne miejsce. Według obowiązkowego programu szczepień, każde dziecko powinno zostać zaszczepione 4 dawkami szczepionki DTWP w 2, 3-4, 5-6 i 16-18 miesiącu życia (całokomórkową szczepionką przeciw krztuścowi) oraz dawką przypominającą w 6 roku życia bezkomórkową szczepionką DTaP. Rodzice, którzy w ramach szczepienia podstawowego (4 pierwsze dawki) chcą zaszczepić dziecko szczepionką bezkomórkową przeciw krztuścowi, muszą sami opłacić koszt szczepionki. Z powodu coraz częstszych zachorowań na krztusiec starszej młodzieży i dorosłych w wielu krajach wprowadzono szczepienia w tych grupach wiekowych. Dawka przypominająca szczepionki przeciw błonicy, tężcowi i krztuścowi dTap (z obniżoną zawartością antygenów błonicy i krztuśca) podawana raz na 10 lat jest zalecana dla: młodzieży w wieku 14 lub 19 lat, personelowi medycznemu oddziałów neonatologicznych i pediatrycznych, wszystkim osobom

¹⁸ <https://statystyki.nfz.gov.pl/DrogPrograms>

¹⁹ <https://szczepienia.pzh.gov.pl/%20szczepionki/krztusiec/?print-version>

mającym kontakt lub mogącym mieć kontakt z niemowlętami, kobietom w ciąży (optymalnie w 3 trymestrze).²⁰

Do szczepionek przeciw krztuścowi należą m. in.: szczepionka przeciw błonicy, tężcowi, krztuścowi (bezkomórkowa, złożona) i poliomyelitis (inaktywowana), adsorbowana; Szczepionka przeciw błonicy, tężcowi, krztuścowi (bezkomórkowa, złożona), poliomyelitis (inaktywowana) i haemophilus typ b (skoniugowana), adsorbowana; Szczepionka przeciw błonicy, tężcowi, krztuścowi (bezkomórkowa, złożona), wirusowemu zapaleniu wątroby typu B (rDNA), poliomyelitis (inaktywowana) i haemophilus typ b (skoniugowana), adsorbowana oraz Szczepionka przeciw błonicy, tężcowi i krztuścowi (bezkomórkowa, złożona), adsorbowana, o zmniejszonej zawartości antygenów.

Szczepienia przeciwko grypie

Grypa jest ostrą chorobą zakaźną, wywoływaną przez wirusy grypy. Do zakażenia dochodzi drogą kropelkową lub przez kontakt ze skażoną powierzchnią. Okres inkubacji wynosi 1-4 dni. Wirusy grypy atakują komórki nabłonka dróg oddechowych, w których się namnażają. W konsekwencji powodują ich zniszczenie, co z kolei ułatwia rozwój infekcji bakteryjnych. Objawy grypy są podobne do wielu innych ostrych chorób infekcyjnych i są zarówno miejscowe (kaszel, ból gardła, katar), oraz w postaci nagłej, wysokiej gorączki powyżej 38°C, dreszczy, bólów mięśniowo-stawowych, bólów głowy, bólu w klatce piersiowej, złego samopoczucia, braku łaknienia, nudności i wymiotów. Choroba trwa, o ile nie dojdzie do powikłań, około 7 dni. Kaszel i złe samopoczucie mogą utrzymywać się ponad 2 tygodnie. Powodem ciężkiego przebiegu grypy są powikłania pogrypowe, m.in. zapalenie płuc i oskrzeli, zapalenie ucha środkowego, zapalenie mięśnia sercowego i osierdzia, zaostrzenie istniejących chorób przewlekłych, powikłania neurologiczne.²¹

W Polsce dostępne są szczepionki inaktywowane zawierające cząstki wirusa grypy (typu „split”) lub powierzchniowe białka wirusa grypy (typu „subunit”) oraz żywa szczepionka donosowa zawierająca osłabione wirusy grypy. Szczepienia przeciw grypie zapobiegają zachorowaniom u ok. 40-70% szczepionych osób, w zależności od sezonu i grupy osób szczepionych. Zapewniają wysoką ochronę przed powikłaniami pogrypowymi. Zaleca się aby szczepionki przeciw grypie podawać każdego roku każdemu już od 6 miesiąca życia, o ile nie ma przeciwwskazań medycznych. Szczepieniu powinny się poddać zwłaszcza osoby z grup wysokiego ryzyka wystąpienia powikłań pogrypowych i osoby, które mogą stanowić źródło zakażenia dla osób z grupy wysokiego ryzyka (w tym głównie dzieci) oraz ci, którzy ze względu na charakter wykonywanej pracy są szczególnie narażeni na zakażenie wirusem grypy (np. pracownicy ochrony zdrowia). Szczepionki przeciw grypie charakteryzują się najmniejszą liczbą rejestrowanych niepożądanych odczynów poszczepiennych. Po szczepieniu mogą wystąpić reakcje miejscowe, tj.: zaczerwienienie, bolesność i obrzęk w miejscu wstrzyknięcia oraz rzadziej reakcje ogólne (niewielki wzrost temperatury ciała, ból mięśni, stawów i głowy), ustępujące po kilku dniach. Przeciwwskazaniem do szczepienia przeciw grypie jest m.in. reakcja anafilaktyczna po wcześniejszym podaniu szczepionki, ostra infekcja i wysoka gorączka powyżej 38°C. Jedną ze

²⁰ Ibidem

²¹ <https://szczepienia.pzh.gov.pl/szczepionki/grypa/>

szczepionek przeciwko grypie jest czterowalentna szczepionka przeciw grypie (rozszczepiony wirion), inaktywowana.

6. Tezy dla Zdrowia

W trosce o zdrowie polskiego społeczeństwa, rozumiane jako najwyższej notowana wartość 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, ZMNIĘSZAJĄCE W DŁUŻSZEJ PERSPEKTYWIE OBCIĄŻENIE PUBLICZNYCH FINANSÓW, A CO NAJWAŻNIEJSZE OSZCZĘDZAJĄCE CIERPIENIA CHORYM I ICH BLISKIM

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 oceny 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 samego 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 przykładać 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 CHOROÓB 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 CHOROBOM CYWILIZACYJNYM (SERCOWO-NACZYNIOWYM, ONKOLOGICZNYM, METABOLICZNYM) I PREMIOWANIE PRZESTRZEGANIA ZASADY WSPÓŁODWIEDZIALNOŚCI 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 POZ I STWORZENIE PROGRAMU WSPARCIA OPIEKI ŚRODOWISKOWEJ

Koordinacja 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 pielęgniarek, 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 zberz 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 zaświadczaj 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

Krystyna Wechmann - prezes Fundacji Polska Koalicja Pacjentów Onkologicznych oraz Federacji Stowarzyszeń „Amazonki”, tel. 602 324 914, e-mail: krystyna.wechmann@pkpo.pl

Marzena Moszumańska - dyrektor biura, Fundacji Polska Koalicja Pacjentów Onkologicznych, tel. 604 956 815, marzena.moszumanska@pkpo.pl

SPONSORZY, PARTNERZY:

