



**RAPORT MEDYCZNEJ
RACJI STANU:
EDUKACJA,
PROFILAKTYKA,
DIAGNOSTYKA –
FUNDAMENTY
BEZPIECZEŃSTWA
ZDROWOTNEGO**

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



Warszawa
4 czerwca 2024 r.

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

Autorzy wypowiedzi w kolejności alfabetycznej:

1. Prof. Ewa Barcz, Kierownik Katedry Ginekologii i Położnictwa Collegium Medicum UKSW Międzyzyleskiego Szpitala Specjalistycznego w Warszawie
2. Dyrektor Marzanna Bienkowska, Zastępca Dyrektora Departamentu Współpracy, Biuro Rzecznika Praw Pacjenta
3. Prof. Mariusz Bidziński, Konsultant krajowy w dziedzinie ginekologii onkologicznej, Kierownik Kliniki Ginekologii Onkologicznej w Narodowym Instytucie Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie, Państwowy Instytut Badawczy w Warszawie
4. Poseł Prof. Alicja Chybicka, Przewodnicząca Parlamentarnego Zespołu ds. Chorób Rzadkich, ds. Dzieci i ds. Transplantologii
5. Dr Anna K. Czech, FEBU, Katedra i Klinika Urologii. Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum
6. Dr Michał Dzięgielewski, Dyrektor Departamentu Lecznictwa w Ministerstwie Zdrowia
7. Prof. Robert Flisiak, Prezes Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Epidemiologów i Lekarzy Chorób Zakaźnych, Kierownik Kliniki Chorób Zakaźnych i Hepatologii Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku, Przewodniczący Zespołu do spraw monitorowania i oceny sytuacji dotyczącej zagrożeń związanych z chorobami zakaźnymi
8. Dr Jakub Gierczyński, MBA, Ekspert systemu ochrony zdrowia
9. Anna Jasińska, Rzecznik Medycznej Racji Stanu
10. Poseł Marcin Józefaciuk, Sejmowa Komisja Edukacji, Nauki i Młodzieży, Komisja Polityki Społecznej i Rodziny
11. Iwona Konfederak, Zastępca Dyrektora Departamentu Obsługi Klientów i Profilaktyki w Centrali NFZ
12. Dyrektor Dagmara Korbasińska-Chwedczuk, Zastępca dyrektora Departamentu Zdrowia Publicznego w Ministerstwie Zdrowia
13. Prof. Brygida Kwiatkowska, Konsultant krajowa w dziedzinie reumatologii, Kierownik Kliniki Wczesnego Zapalenia Stawów, Zastępca Dyrektora ds. klinicznych Narodowego Instytutu Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji w Warszawie
14. Dyrektor Irena Łaba, Zastępca Dyrektora Departamentu Obsługi Klientów i Profilaktyki w Centrali NFZ
15. Dr Janusz Meder, Prezes Polskiej Unii Onkologii, Narodowy Instytut Onkologii w Warszawie, Medyczna Racja Stanu
16. 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
17. Dr hab. n. med. prof. NIO-PIB, Andrzej Nowakowski, Kierownik Poradni Profilaktyki Raka Szyjki Macicy i Centralnego Ośrodka Koordynującego, Zakład Profilaktyki Nowotworów, NIO-PIB w Warszawie
18. Prof. Lucyna Ostrowska, Prezes Polskiego Towarzystwa Leczenia Otyłości
19. Prof. Miłosz Parczewski, Konsultant krajowy w dziedzinie chorób zakaźnych, Kierownik Katedry Chorób Zakaźnych i Nabytych Niedoborów Immunologicznych Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie
20. Prof. Jarosław Pinkas, Konsultant krajowy w dziedzinie zdrowia publicznego, Dziekan Szkoły Zdrowia Publicznego CMKP
21. Prof. Jarosław Reguła, Konsultant krajowy w dziedzinie gastroenterologii, Kierownik Kliniki Gastroenterologii Onkologicznej, Narodowy Instytut Onkologii- PIB, oraz Kliniki Gastroenterologii, Hepatologii i Onkologii Klinicznej CMKP
22. Prof. Konrad Rejda, Prezes Polskiego Towarzystwa Neurologicznego, Kierownik Klinicznego Oddziału Neurologii Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego Nr 4 w Lublinie
23. Dr Michał Sutkowski, Rzecznik i Prezes stowarzyszenia Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce na kadencję 2026–2030
24. Red. Iwona Schymalla, Medexpress, Służba Zdrowia
25. Prof. Krzysztof Tomasiewicz, Kierownik Kliniki Chorób Zakaźnych, Samodzielny Szpital Publiczny w Lublinie, Przewodniczący Polskiej Grupy Ekspertów HCV
26. Dr Andrzej Tysarowski, Kierownik Zakładu Diagnostyki Genetycznej i Molekularnej Nowotworów, NIO-PIB
27. Krystyna Wechmann, Prezes Fundacji Polska Koalicja Pacjentów Onkologicznych, Prezes Federacji Stowarzyszeń „Amazonki”
28. Poseł Monika Wielichowska, Marszałek Sejmu RP
29. Prof. Mariusz Wyleźo, Prezes elekt Polskiego Towarzystwa Leczenia Otyłości, Kierownik Warszawskiego Centrum Kompleksowego Leczenia Otyłości i Chirurgii Bariatrycznej w Szpitalu Czerniakowskim w Warszawie
30. Prof. Zbigniew Żuber, Przewodniczący Rady Ekspertów do Spraw Chorób Autoimmunologicznych, Medycznej Racji Stanu, Kierownik III Oddziału Klinicznego Pediatrii, Reumatologii z pododdziałem Alergologii Szpitala Św. Ludwika w Krakowie
31. Elżbieta Żukowska, Sekretarz Stowarzyszenia UroConti.

Organizacja Debaty i koordynacja ze strony Medycznej Racji Stanu: Anna Jasińska, Grażyna Mierzejewska.
Wykorzystanie treści raportu pod warunkiem podania źródła: *Raport Medycznej Racji Stanu: Edukacja, profilaktyka, diagnostyka – fundamenty bezpieczeństwa zdrowotnego. Czerwiec 2024 r.*

Spis treści

1. Medyczna Racja Stanu – misja i działania	3
2. Wprowadzenie, Anna Jasińska, Grażyna Mierzejewska, Medyczna Racja Stanu	10
3. Stanowiska prelegentów	13
Red. Iwona Schymalla, Medexpress, Służba Zdrowia.....	13
Krystyna Wechmann, Prezes Fundacji Polska Koalicja Pacjentów Onkologicznych, Prezes Federacji Stowarzyszeń „Amazonki”	13
Anna Jasińska, Rzecznik Medycznej Racji Stanu.....	14
Grażyna Mierzejewska, Medyczna Racja Stanu	15
Dr Janusz Meder, Prezes Polskiej Unii Onkologii, Narodowy Instytut Onkologii w Warszawie, Medyczna Racja Stanu.....	16
Dr Michał Sutkowski, Rzecznik i Prezes Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce na kadencję 2026–2030.....	17
Posel Monika Wielichowska, Marszałek Sejmu RP	19
Posel Prof. Alicja Chybicka, Przewodnicząca Parlamentarnego Zespołu ds. Chorób Rzadkich, ds. Dzieci i ds. Transplantologii	19
Posel Marcin Józefaciuk, Sejmowa Komisja Edukacji, Nauki i Młodzieży, Komisja Polityki Społecznej i Rodziny	21
Dr Michał Dzięgielewski, Dyrektor Departamentu Lecznictwa w Ministerstwie Zdrowia	22
Prof. Robert Flisiak, Prezes Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Epidemiologów i Lekarzy Chorób Zakaźnych, Kierownik Kliniki Chorób Zakaźnych i Hepatologii Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku, Przewodniczący Zespołu do spraw monitorowania i oceny sytuacji dotyczącej zagrożeń związanych z chorobami zakaźnymi	24
Prof. Krzysztof Tomaszewicz, Kierownik Kliniki Chorób Zakaźnych, Samodzielny Szpital Publiczny w Lublinie, Przewodniczący Polskiej Grupy Ekspertów HCV	25
Prof. Miłosz Parczewski, Konsultant krajowy w dziedzinie chorób zakaźnych, Kierownik Katedry Chorób Zakaźnych i Nabytych Niedoborów Immunologicznych Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie	26
Prof. Zbigniew Żuber, Przewodniczący Rady Ekspertów do Spraw Chorób Autoimmunologicznych, Medycznej Racji Stanu, Kierownik III Oddziału Klinicznego Pediatrii, Reumatologii z pododdziałem Alergologii Szpitala Św. Ludwika w Krakowie.....	27

Prof. Brygida Kwiatkowska, Konsultant krajowa w dziedzinie reumatologii, Kierownik Kliniki Wczesnego Zapalenia Stawów, Zastępca Dyrektora ds. klinicznych Narodowego Instytutu Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji w Warszawie.....	28
Dyrektor Dagmara Korbasińska-Chwedczuk, Zastępca Dyrektora Departamentu Zdrowia Publicznego w Ministerstwie Zdrowia	29
Prof. Ewa Barcz, Kierownik Katedry Ginekologii i Położnictwa Collegium Medicum UKSW Międzyleskiego Szpitala Specjalistycznego w Warszawie	29
Dr Anna K. Czech, FEBU, Katedra i Klinika Urologii. Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum	31
Elżbieta Żukowska, Sekretarz Stowarzyszenia UroConti	32
Dyrektor Irena Łaba, Zastępca Dyrektora Departamentu Obsługi Klientów i Profilaktyki w Centrali NFZ	32
Iwona Konfederak, Zastępca Dyrektora Departamentu Obsługi Klientów i Profilaktyki w Centrali NFZ	32
Prof. Konrad Rejdak, Prezes Polskiego Towarzystwa Neurologicznego, Kierownik Klinicznego Oddziału Neurologii Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego Nr 4 w Lublinie.....	33
Prof. Jarosław Pinkas, Konsultant krajowy w dziedzinie zdrowia publicznego, Dziekan Szkoły Zdrowia Publicznego CMKP	34
Dyrektor Marzanna Bieńkowska, Zastępca Dyrektora Departamentu Współpracy, Biuro Rzecznika Praw Pacjenta.....	35
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.....	36
Prof. Lucyna Ostrowska, Prezes Polskiego Towarzystwa Leczenia Otyłości	38
Prof. Mariusz Wyleżół, Prezes elekt Polskiego Towarzystwa Leczenia Otyłości, Kierownik Warszawskiego Centrum Kompleksowego Leczenia Otyłości i Chirurgii Bariatrycznej w Szpitalu Czerniakowskim w Warszawie	39
Prof. Mariusz Bidziński, Konsultant krajowy w dziedzinie ginekologii onkologicznej, Kierownik Kliniki Ginekologii Onkologicznej w Narodowym Instytucie Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie, Państwowy Instytut Badawczy w Warszawie.....	40
Prof. Jarosław Reguła, Konsultant krajowy w dziedzinie gastroenterologii, Kierownik Kliniki Gastroenterologii Onkologicznej, Narodowy Instytut Onkologii- PIB, oraz Kliniki Gastroenterologii, Hepatologii i Onkologii Klinicznej CMKP	41
Dr hab. n. med. prof. NIO-PIB, Andrzej Nowakowski, Kierownik Poradni Profilaktyki Raka Szyjki Macicy i Centralnego Ośrodka Koordynującego, Zakład Profilaktyki Nowotworów, NIO-PIB w Warszawie	42
Dr Andrzej Tysarowski, Kierownik Zakładu Diagnostyki Genetycznej i Molekularnej Nowotworów, NIO-PIB	44

Dr Jakub Gierczyński, MBA, Ekspert systemu ochrony zdrowia.....	45
4. Wnioski i rekomendacje	46
5. Kluczowe informacje przy gotowane na debatę przez Medyczną Rację Stanu w zakresie edukacji, profilaktyki, diagnostyki, jako fundamentów bezpieczeństwa zdrowotnego.....	48
Program kompleksowej opieki specjalistycznej nad świadczeniobiorcami leczonymi z powodu otyłości olbrzymiej (KOS-BAR) oraz program pilotażowego w zakresie kompleksowej opieki specjalistycznej nad świadczeniobiorcami leczonymi z powodu otyłości KOS-BMI 30 PLUS.....	48
Semaglutyd w terapii cukrzycy typu 2.....	51
Krajowy program badań przesiewowych w kierunku HCV i terapia wirusowego zapalenia wątroby typu C.....	52
Szczepienie przeciw półpaścowi i neuralgii popółpaścowej	54
Zapobieganie HIV i AIDS	55
Mirabegron we wskazaniu: II linia farmakologicznego leczenia objawów zespołu pęcherza nadreaktywnego u dorosłych chorych uprzednio leczonych lekami antymuskarynowymi.....	56
W raku prostaty potrzeba większej dostępności profilaktyki, diagnostyki i terapii.....	57
Rak pęcherza moczowego wymaga nowych terapii.....	58
Zabieg rekonstrukcji zwieraczy w terapii nietrzymania gazów i stolca, jako powikłania porodu u kobiet	59
Kanakinumab w leczeniu choroby Still'a	61
Trzecia edycja raportu Barometr WHC „Kobieta w kolejce”	62
6. Tezy dla Zdrowia.....	64
7. Siedem Zasad Doktora Janusza Medera - jak zadbać o wzajemne dobre relacje z pacjentem.....	67
8. Dziewięć kroków do tego, aby żyć 100 lat w pełnym zdrowiu wg. Prof. Alicji Chybickiej (na podstawie różnych publikacji)	68

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, zrozumiałym 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. Miejmy nadzieję, że "Tezy dla Zdrowia" wypracowane przez Medyczną Rację Stanu oraz cykliczne debaty przy okrągłym stole będą wsparciem dla racjonalnej reformy systemu ochrony zdrowia w Polsce.



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

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















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















Jako inicjator działalności Medycznej Racji Stanu chciałbym, aby wspólnie zdefiniować optymalny kształt systemu ochrony zdrowia w Polsce. Ochrona zdrowia powinna stanowić taki obszar, którego konieczności rozwoju się nie kwestionuje, bo jest on kluczowy dla każdego obywatela. W tym ujęciu staje się racją stanu, mającą charakter ponadpartyjny, ponad środowiskowy i w jakimś sensie ponadczasowy. Gdybyśmy uznali, że zdrowie ma swoją rację stanu, wówczas zmieniające się ekipy rządowe, bez względu na swoją jakość kompetencyjną czy intelektualną, realizowałyby długofalowy plan rozwoju ochrony zdrowia. Inwestycje w tym obszarze muszą być najwyższej jakości i mieć charakter długofalowy. Na początku tego wieku koncentrowano się na tych dziedzinach medycyny, których reforma przynosi szybko zauważalne zmiany — kardiologia inwazyjna, medycyna ratunkowa. Teraz zaś największym wyzwaniem są choroby przewlekłe, cywilizacyjne, a w ich przypadku horyzont działań i strategii musi znacznie przekraczać cztery lata jednej kadencji parlamentarnej. Nie jest możliwe prowadzenie spójnej i racjonalnej polityki w tym zakresie bez zgody na to, co najważniejsze, czyli właśnie bez podejścia rozumianego jako racja stanu. Mówiąc o medycznej racji stanu, mamy na myśli określenie bardzo konkretnych obszarów, które w przewidywalnej przyszłości, na najbliższe 20-30 lat, będą zawsze rozwijane przez kolejne rządy, bez względu na ich barwy polityczne. W 2019 r. powołane zostały przy Medycznej Racji Stanu: Rada Ekspertów do spraw Chorób Rzadkich oraz Rada Ekspertów ds. Chorób Metabolicznych i Przeciwdziałania Otyłości. W 2020 r. ukonstytuowała się Rada Ekspertów ds. Onkologii. W 2021 r. powołano Radę Ekspertów ds. Chorób Autoimmunologicznych. W latach 2016-2023 Medyczna Racja Stanu zorganizowała i organizuje debaty, których celem było stworzenie platformy dialogu „przy okrągłym stole”, zaproponowanie rozwiązań oraz zainicjowanie konkretnych działań w przestrzeni polityki zdrowotnej w Polsce. Poniżej przedstawiono w porządku chronologicznym spotkania Medycznej Racji Stanu w latach 2016-2024.









Tabela. Spotkania Medycznej Racji Stanu w porządku chronologicznym 2016-2024

<p>1. 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.</p>	
<p>2. 29 czerwca 2018 r. „Tezy dla Zdrowia” - prezentacja wypracowanych przez Radę Ekspertów propozycji pilnych rozwiązań systemowych.</p>	
<p>3. 17 kwietnia 2019 r. „Zdrowie - Kapitał Narodu” - potrzeba traktowania nakładów na zdrowie, jako inwestycji, a nie tylko wydatków, szczególnie w odniesieniu do chorób przewlekłych.</p>	
<p>4. 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.</p>	

<p>5. 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.</p>	
<p>6. 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.</p>	
<p>7. 8 kwietnia 2020 r. I Spotkania Online Rady Ekspertów ds. Onkologii Medycznej Racji Stanu – rak nie zna pojęcia kwarantanna.</p>	
<p>8. 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.</p>	
<p>9. 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.</p>	
<p>10. 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.</p>	
<p>11. 25 września 2020 r. Wartości w medycynie - czego uczy nas światowy kryzys zdrowia - zdrowie jest jedną z największych wartości człowieka i społeczeństwa.</p>	
<p>12. 7 grudnia 2020 r. Bezpieczeństwo pacjenta onkologicznego: profilaktyka, diagnostyka, terapie, czas odchodzenia - sytuacja epidemiologiczna nie może zahamować diagnostyki i leczenia nowotworów.</p>	
<p>13. 4 lutego 2021 r. Światowy Dzień Walki z Rakiem - Otwarcia dla pacjenta. Otwarcia na pacjenta - debata ekspercko-systemowa odnosząca się do wyzwań onkologii w drugim roku pandemii Covid-19.</p>	
<p>14. 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 szansę poprawy opieki dzięki wprowadzeniu Narodowego Planu dla Chorób Rzadkich oraz Funduszu Medycznego.</p>	
<p>15. 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</p>	
<p>16. 23 kwietnia 2021 r. Debata Medycznej Racji Stanu Postęp terapeutyczny – szansa dla pacjentów.</p>	

<p>17. Wyzwanie dla systemu. Perspektywa czasu pandemii Covid-19 - debata ekspercko-systemowa odnosząca się do nowych możliwości terapeutycznych w medycynie.</p>	
<p>18. 17 czerwca 2021 r. I Spotkanie Rady Ekspertów MRS ds. Neurologii i Psychiatrii - debata ekspercko- systemowa odnosząca się do nowych możliwości terapeutycznych oraz poprawy modelu opieki w chorobach mózgu.</p>	
<p>19. 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</p>	
<p>20. 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.</p>	
<p>21. 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.</p>	
<p>22. 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, a dzięki diagnostyce i leczeniu może być wyeliminowane do 2030 r.</p>	
<p>23. 1 lutego 2022 r. IV spotkanie Rady Ekspertów ds. Onkologii Medycznej Racji Stanu - eksperci Medycznej Racji Stanu zastanawiali się, jak poradzić sobie z długim zdrowotnym i finansowym w onkologii, który powstał w wyniku pandemii Covid-19. Spowolniła ona realizację Narodowej Strategii Onkologicznej (NSO).</p>	
<p>24. 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 i terapii. Rekomendowane jest wdrażanie Planu dla Chorób Rzadkich.</p>	
<p>25. 25 marca 2022 r. Debata Medycznej Racji Stanu pt. Zdrowie Kobiety w Obliczu Wyzwań Geopolitycznych - II etap kampanii informacyjno-systemowej „Zdrowie Kobiety – Bezpieczeństwo Rodziny”.</p>	
<p>26. 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.</p>	
<p>27. 30 maja 2022 r. Debata Medycznej Racji Stanu pt. Aktualne wyzwania w leczeniu nowotworów kobiecych – III etap kampanii informacyjno-systemowej „Zdrowie Kobiety – Bezpieczeństwo Rodziny”.</p>	

<p>28. 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.</p>	
<p>29. 22 września 2022 r. Wspólne cele w realizacji idei Europejskiej Unii Zdrowia - I debata ekspercka Medycznej Racji Stanu.</p>	
<p>30. 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.</p>	
<p>31. 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.</p>	
<p>32. 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.</p>	
<p>33. 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.</p>	
<p>34. 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</p>	
<p>35. 30 marca 2023 r. II Spotkanie Rady Ekspertów ds. Chorób Autoimmunologicznych Medycznej Racji Stanu - Rekomendowana jest szybka diagnoza i leczenie chorób autoimmunologicznych.</p>	
<p>36. 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</p>	
<p>37. 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.</p>	
<p>38. 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.</p>	
<p>39. 13 lipca 2023 r. Okrągły Stół Medycznej Racji Stanu pt. Pacjenci-eksperci-system. Jakość życia w chorobach rzadkich i neurologicznych- Medyczna Racja Stanu od kilku lat wspiera poprawę sytuacji pacjentów z chorobami rzadkimi i neurologicznymi.</p>	

<p>40. 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.</p>	
<p>41. 28 września 2023 „TAK dla zdrowia rodziny” - Debata i konferencja inaugurująca Kampanię Medycznej Racji Stanu i Fundacji Polska Koalicja Pacjentów Onkologicznych. Celem Kampanii „TAK dla zdrowia rodziny” jest propagowanie profilaktyki onkologicznej.</p>	
<p>42. 27 listopada 2023 „Choroby zakaźne - skala zagrożeń” - Debata Medycznej Racji Stanu. Choroby zakaźne stają się coraz większym wyzwaniem dla systemów ochrony zdrowia w Polsce i na świecie. Kluczowe działania to wzrost edukacji, szczepienia ochronne, diagnostyka i leczenie – w tym racjonalna antybiotykoterapia.</p>	
<p>43. 5 grudnia 2023 „Aktywność zawodowa pacjenta i jego bliskich” - Debata Medycznej Racji Stanu. Aktywność zawodowa jest ogromnym wyzwaniem.</p>	
<p>44. 29 stycznia 2024 r „Zdrowie – wartość wspólna. Światowy Dzień Walki z Rakiem – Cancer Moonshot” - Debata Medycznej Racji Stanu. Osiągnięcia każdego państwa w promocii i ochronie zdrowia mają wartość dla wszystkich. Zdrowie jest najwyższą wartością.</p>	
<p>45. 28 lutego 2024 r. VIII Spotkanie Rady Ekspertów ds. Chorób Rzadkich Medycznej Racji Stanu - Choroby rzadkie w Polsce powinny być traktowane priorytetowo, a Plan dla Chorób Rzadkich 2024-2025 jak najszybciej uchwalony i wdrażany. Powinien być również wykorzystany Fundusz Medyczny na rzecz chorób rzadkich.</p>	
<p>46. 26 marca 2024 r. Debata Medycznej Racji Stanu i Federacji Stowarzyszeń „Amazonki” pt. „Siła kobiet” w ramach kampanii „Zdrowie kobiety – bezpieczeństwo rodziny” - Zdrowie każdej kobiety powinno być priorytetem.</p>	
<p>47. 22 kwietnia 2024 r. Debata Medycznej Racji Stanu: Wyzwania Zakaźnicze – Potrzebna Determinacja - rekomendowane jest priorytetowe traktowanie chorób zakaźnych w polskim systemie ochrony zdrowia w zakresie finansowania edukacji, diagnostyki oraz leczenia.</p>	

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



Anna Jasińska



Grażyna Mierzejewska

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

W systemie ochronie zdrowia należy postawić na edukację, profilaktykę i wczesną diagnostykę. Położenie akcentu na profilaktykę to postulat, który od lat wraca w środowiskowej dyskusji o zdrowiu publicznym. Jest on szalenie ważny, jeżeli chcemy, by stan zdrowia Polaków był coraz lepszy, a po pandemii COVID-19 wszystkie wskaźniki zdrowotne Polaków znacząco się obniżyły.¹ Wg Ustawy o zdrowiu publicznym z dnia 11 września 2015 r., zadania z zakresu zdrowia publicznego obejmują: monitorowanie i ocenę stanu zdrowia społeczeństwa, zagrożeń zdrowia oraz jakości życia związanej ze zdrowiem społeczeństwa; edukację zdrowotną dostosowaną do potrzeb różnych grup społeczeństwa, w szczególności dzieci, młodzieży i osób starszych; promocję zdrowia; kreowanie postaw zdrowotnych i społecznych sprzyjających profilaktyce zachowań ryzykownych; zapobieganie uzależnieniom oraz skutkom zdrowotnym i społecznym wynikającym z uzależnień; profilaktykę chorób; działania w celu rozpoznawania, eliminowania lub ograniczania zagrożeń i szkód dla zdrowia fizycznego i psychicznego w środowisku zamieszkania, nauki, pracy i rekreacji; analizę adekwatności i efektywności udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej w odniesieniu do rozpoznanych potrzeb zdrowotnych społeczeństwa; ograniczanie nierówności w zdrowiu wynikających z uwarunkowań społeczno-ekonomicznych.²

Edukacja zdrowotna należy do promocji zdrowia. WHO przyjmuje, że jest to połączenie zaprojektowanych doświadczeń edukacyjnych, które mają pomóc jednostkom i społecznościom w poprawie ich zdrowia w wyniku poszerzenia ich wiedzy lub wpływania na ich postawy. Edukacja zdrowotna, to dyscyplina z grupy nauk społecznych, która łączy biologię, ekologię, medycynę, psychologię, pedagogikę i socjologię, a także nauki o komunikowaniu, czy zarządzaniu. Dochodzi też do rozwoju pokrewnych dyscyplin, takich jak komunikowanie o zdrowiu, co powoduje, że przedmiotem zainteresowania edukacji zdrowotnej stały się zagadnienia kompetencji medialnych, czy zasad komunikowania ryzyka w sytuacjach kryzysowych. Można też mówić o silnych związkach edukacji zdrowotnej z poradnictwem zdrowotnym (health counselling), coachingiem zdrowotnym (health coaching), coachingiem stylu życia (life coaching). Kolejną pokrewną dyscypliną jest rzecznictwo zdrowotne (health advocacy), a zwłaszcza rola rzecznika pacjenta (patient advocate), który pracuje na

¹<https://pulsmedycyny.pl/beata-malecka-libera-musimy-dazyc-do-przemodelowania-systemu-w-kierunku-profilaktyki-i-wczesnej-diagnostyki-1210727>

² <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU20150001916/U/D20151916Lj.pdf>

rzecz pacjenta i jego rodziny. Polega to m.in. na ułatwianiu dostępu do leczenia, koordynacji opieki oraz pomocy w poruszaniu się po systemie opieki zdrowotnej. Inna forma rzecznictwa zdrowotnego polega na pracy na rzecz społeczności, na polu polityki zdrowotnej i całego systemu zdrowotnego (health advocate). W niektórych krajach edukacja zdrowotna jest zawodem (health educator), dla którego zdefiniowano zakres kompetencji, system certyfikacji pracowników oraz zakres odpowiedzialności zawodowej. Edukacja zdrowotna powinna być elementem edukacji całościowej, tj. kształcenia przez całe życie. Proces edukacyjny powinien uwzględniać nie tylko uczenie się kwestii nowych, ale także oduczanie się starych, a więc wyzbywanie się nieaktualnej wiedzy czy nieprzydatnych umiejętności na rzecz tych aktualnie ważnych. Ma to szczególne znaczenie wśród osób dorosłych, w tym zwłaszcza starszych, zarówno z powodu szybkich zmian w wiedzy o zdrowiu jak naturalnych zmian związanych z potrzebami zdrowotnymi w późniejszym wieku.³

Edukacja i zdrowie należą do najważniejszych obszarów odpowiedzialności państwa, a troska o dobrostan uczniów i uczennic jest priorytetem rządu. Od 2025 r. w planie lekcji pojawi się edukacja zdrowotna. Będzie to przedmiot, który zdrowie człowieka traktuje w sposób kompleksowy. Wg Minister Edukacji, edukacja zdrowotna będzie obejmować zagadnienia zdrowia psychicznego, fizycznego, a także kwestie zdrowego odżywiania, profilaktyki, problemu uzależnień oraz edukacji seksualnej. Zostanie powołany zespół ekspertów, który wypracuje podstawy programowe nowego przedmiotu. Koordynatorem zespołu będzie prof. Zbigniew Izdebski, doświadczony pedagog, seksuolog, nauczyciel akademicki. Ekspertów do zespołu rekomendowali też ministrowie zdrowia oraz sportu i turystyki. Szkoła musi uczyć, jak zadbać o własne zdrowie. Wg Minister Zdrowia, profilaktyka to priorytet, bo pozwala zachować długie życie w dobrym zdrowiu. Trudno wyobrazić sobie lepszy czas na wyrobienie zdrowych nawyków stylu życia niż czas w szkole. Wg. Ministra Sportu, edukacja zdrowotna ma pokazać uczniom, że od tego, czy się ruszasz, od tego, co jesz, od tego, jak się wysypiasz, zależy to, jak się czujesz i czy jesteś zdrowy. Ministerstwo Sportu i Turystyki wspólnie z MEN realizuje już programy aktywizujące i edukujące dzieci i młodzież: „Sportowe talenty” i „Aktywna szkoła”. Rolą szkoły jest to, by uczniowie nabywali umiejętności ruchowe, które decydują o sprawności, także w późniejszych latach. Edukacja zdrowotna zastąpi wychowanie do życia w rodzinie. Przedmiot jest przewidziany dla uczniów klas IV-VIII szkół podstawowych, a także klas I-III szkół ponadpodstawowych – liceów ogólnokształcących, techników, branżowych szkół I stopnia.⁴

Profilaktyka, to zapobieganie chorobom, ich wczesne wykrywanie oraz takie postępowanie w razie choroby, które pomoże złagodzić jej przebieg. Zapobiegać chorobom możemy zarówno poprzez sposób, w jaki żyjemy, jak i poprzez poddawanie się badaniom przesiewowym, które pozwolą wykryć groźne schorzenia na takim etapie, że wciąż pozostają duże szanse wyleczenia i zredukowania ryzyka powikłań. Dobrym przykładem są tu nowotwory, choć nie tylko, bo tych chorób, których wczesne wykrycie pozwoli na ograniczenie dalszego rozwoju choroby, jest więcej: np. cukrzyca, nadciśnienie, miażdżyca.⁵ Profilaktyka, to działania ukierunkowane na zapobieganie wystąpieniu choroby, na

³ <https://profibaza.pzh.gov.pl/publikacje/wybrane-metody-pracy-w-zdrowiu-publicznym/03-edukacja-zdrowotna>

⁴ <https://www.gov.pl/web/edukacja/edukacja-zdrowotna-w-szkolach-od-2025-roku-ruszaja-prace-przygotowawcze>

⁵ <https://pacjent.gov.pl/programy-profilaktyczne>

minimalizowanie wpływu choroby i niepełnosprawności albo – jeśli nie jest to możliwe – opóźnienie jej postępu. Profilaktyka pierwotna (I fazy) to działania ukierunkowane na ludzi zdrowych i ich środowisko życia w celu zmniejszenia prawdopodobieństwa wystąpienia chorób lub zaburzeń zdrowia. Profilaktyka pierwotna to m.in. szczepienia ochronne oraz edukacja zdrowotna. Profilaktyka wtórna (II fazy) polega na wczesnym wykrywaniu chorób i szybkich działaniach naprawczych w celu powstrzymania rozwoju choroby – poszukiwaniu czynników ryzyka i ich eliminowanie. Skierowana jest do osób zagrożonych i obejmuje m.in. badania przesiewowe (screening) – np. w kierunku raka piersi (mammografia) czy szyjki macicy (cytologia), badania okresowe, kontrolę czynników ryzyka, poradnictwo. Profilaktyka III fazy dotyczy działań leczniczych i rehabilitacyjnych podejmowanych w czasie, gdy choroba jest już w pełni rozwinięta. Jej cel to ograniczanie skutków choroby oraz zmniejszanie ryzyka jej nawrotów. Obejmuje m.in. leczenie, opiekę ostrą, kontynuację leczenia, rehabilitację, zarządzanie powikłaniami. Profilaktykę można prowadzić np. z perspektywy adresata (na poziomie pojedynczej osoby – tzw. strategia wysokiego ryzyka oraz populacji – tzw. strategia populacyjna), triady epidemiologicznej (unieszkodliwienie źródła zakażenia, przecięcie dróg szerzenia się zakażenia, uodpornienie populacji) czy poziomu ryzyka (uniwersalna, selektywna, wskazująca).⁶

Diagnostyka medyczna to proces identyfikacji choroby lub innego stanu zdrowia na podstawie obserwacji, badania klinicznego oraz wykorzystania specyficznych testów i procedur. Celem diagnostyki medycznej jest nie tylko ustalenie diagnozy, ale także monitorowanie przebiegu choroby oraz ocena efektywności zastosowanego leczenia. Zaawansowana diagnostyka pozwala na precyzyjne określenie etiologii (przyczyny) i patogenezy (mechanizmu rozwoju) choroby, co jest kluczowe dla wyboru najbardziej odpowiedniej i skutecznej metody leczenia. Ponadto, diagnostyka medyczna odgrywa istotną rolę w profilaktyce, umożliwiając wczesne wykrycie stanów przedchorobowych lub chorób we wczesnym stadium, co znacznie zwiększa szanse na całkowite wyleczenie lub zatrzymanie postępu choroby. Rola diagnostyki medycznej w opiece zdrowotnej jest wielowymiarowa i obejmuje kluczowe aspekty zarówno w kontekście indywidualnego pacjenta, jak i szeroko rozumianego systemu opieki zdrowotnej. Są to: rozpoznanie chorób i stanów patologicznych, wczesne wykrywanie i profilaktyka, monitorowanie przebiegu choroby i skuteczności leczenia, personalizacja terapii, zapobieganie powikłaniom, poprawa efektywności systemu opieki zdrowotnej. Postępy w genetyce i genomice otworzyły drogę do personalizowanej medycyny, pozwalając na dostosowanie diagnozy i leczenia do indywidualnych cech genetycznych pacjenta. Pojawiły się nowe metody diagnostyczne, takie jak: sekwencjonowanie nowej generacji (NGS), rozwój technologii mikromacierzy DNA, obrazowanie molekularne, sztuczna inteligencja (AI) w diagnostyce, rozwój testów płynnych biopsji, wearable technology i urządzenia monitorujące zdrowie, cyfrowa patologia i telepatologia, Big Data w medycynie oraz personalizowana medycyna i farmakogenomika. Badania diagnostyczne można klasyfikować na podstawie różnych kryteriów, takich jak charakter badań, technologia używana do wykonania testu, czy obszar ciała, który jest badany. Podstawowe rodzaje badań diagnostycznych wykorzystywane w medycynie to: badania laboratoryjne (testy krwi, moczu - badania moczu, testy genetyczne), badania obrazowe (rentgen, tomografia komputerowa, rezonans magnetyczny, ultrasonografia), badania endoskopowe (gastroskopia, kolonoskopia, bronchoskopia), badania

⁶ <https://profibaza.pzh.gov.pl/publikacje/swiadczenia-zdrowia-publicznego/05-profilaktyka-chor%C3%B3b-definicja>

funkcjonalne (elektrokardiogram, elektroencefalogram, spirometria, testy wysiłkowe). - ocena reakcji serca na wysiłek fizyczny, pomocne w diagnozowaniu choroby wieńcowej. Badania diagnostyczne są niezbędne do precyzyjnego określenia diagnozy, co jest kluczowe dla właściwego podejścia terapeutycznego i monitorowania stanu zdrowia pacjentów.⁷

3. Stanowiska prelegentów

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

Red. Iwona Schymalla, Medexpress, Służba Zdrowia

Witam wszystkich państwa bardzo serdecznie na kolejnym posiedzeniu Medycznej Racji Stanu, a dziś dyskutujemy i spotykamy się w ramach wspólnej z Federacją Stowarzyszeń „Amazonki” kampanii „Siła kobiet. Zdrowie Kobiety - bezpieczeństwo rodziny.” Będziemy przede wszystkim dyskutować dzisiaj na temat profilaktyki. Dlaczego tak trudno jest nam realizować skuteczne programy profilaktyczne? Jak budować świadomość społeczną w tym kierunku? Będziemy dyskutować o edukacji, profilaktyce i diagnostyce, jako fundamentach skutecznego leczenia.



Krystyna Wechmann, Prezes Fundacji Polska Koalicja Pacjentów Onkologicznych, Prezes Federacji Stowarzyszeń „Amazonki”

Profilaktyka, dotycząca zdrowia na każdym etapie życia jest bardzo ważna. Bardzo się cieszę, że w dzisiejszej debacie występują tak znakomici goście. Dyskusje, które dzisiaj będą toczone, dają mi znowu iskierkę nadziei, która kiedyś przed laty się zapaliła, kiedy to łączyliśmy siły w prowadzonych wielkich kampaniach. Ta iskierka w którymś momencie zgasła i mam nadzieję, że teraz ponownie się zapaliła i da takie światło, że ten płomień się rozpali. To byłoby piękne, gdyby świadomość wagi profilaktyki, szczepień, czy diagnostyki przekuła się na fakt, że społeczeństwo będzie korzystało z możliwości profilaktyki i zdrowego stylu życia oraz będzie widziało korzyści dla siebie i swoich bliskich. Myślę, że kampania „Siła kobiet. Zdrowie Kobiety - bezpieczeństwo rodziny” pod patronatem honorowym Wicemarszałek Sejmu Moniki Wielichowskiej przełoży się na wczesne wykrywanie chorób nowotworowych i poprawę wyników leczenia. Raz jeszcze podkreślę, że podstawą wszystkich działań profilaktycznych jest edukacja społeczeństwa, a tą edukację rozumiemy, jako nabycie kompetencji zdrowotnych. Nie tylko wiedzy i świadomości, ale zmiany zachowań i zrozumienia korzyści płynących ze zmiany stylu życia. Bardzo chcę podziękować Pani Dyrektor z Narodowego Funduszu Zdrowia, która mówiąc o działaniach profilaktycznych, wymieniała współpracę z Amazonkami. To dlatego Amazonki znalazły fantastycznego partnera w Medycznej Racji Stanu, żeby razem, w ramach kampanii „Siła kobiet. Zdrowe kobiety, bezpieczeństwo rodziny” edukować i zmieniać społeczeństwo. Apeluję w tym miejscu o konkretne inwestycje finansowe w profilaktykę. Jak będzie więcej finansowania profilaktyki, to i nasza wydajność i wspólne działania przyniosą oczekiwany od dawna sukces, w poprawie świadomości i korzyści dla



⁷ <https://www.medicon.pl/czytelnia/diagnostyka-medyczna/>

wszystkich pacjentów. Jestem dumna, że rozpoczęliśmy taką kampanię, która musi zakończyć się sukcesem.

Anna Jasińska, Rzecznik Medycznej Racji Stanu

Dziękuję Państwu bardzo za przyjęcie zaproszenia do uczestnictwa w kolejnym Okrągłym Stole Medycznej Racji Stanu na temat edukacji, profilaktyki i diagnostyki. Nie ma profilaktyki bez edukacji. Na początek składam serdeczne podziękowania, że po tylu latach starań Ministerstwo Zdrowia i Ministerstwo Edukacji wprowadziły „godzinę dla zdrowia”.



„godzinę dla zdrowia”. To był jeden z głównych postulatów Medycznej Racji Stanu głoszony od ostatnich ośmiu lat. Profilaktyka jest zależna od świadomości, a tą świadomość zbudujemy dzięki edukacji. Szybka diagnostyka i skuteczne leczenie to jest klucz do sukcesu terapeutycznego. Fundamentem w tym procesie jest dostępność do tych świadczeń. Niedawno brałam udział w konferencji prasowej zorganizowanej przez Fundację Watch Health Care – Barometr pt. „Kobieta w kolejce do świadczeń medycznych”. Pani Prezes Milena Kruszewska apelowała, żebyśmy może dzień matki zaczęły obchodzić nie kwiatami i dobrej jakości kosmetykami, ale żebyśmy dawali naszym matkom lub swoim córkom pakiety diagnostyczne. Proszę sobie wyobrazić, że na dostęp do specjalisty w 2023 r. Polacy czekali cztery miesiące, a w 2024 r. już prawie sześć miesięcy. Do endokrynologa kolejka wzrosła w ostatnim roku z 11 miesięcy do 18 miesięcy. Do ginekologa, onkologa czeka się obecnie 5,2 miesiące, a było 4,7 miesiąca. Kobiety cierpią na tzw. „choroby wstydlive”, czyli choroby dna miednicy, takie jak nietrzymanie moczu i kału. Jako Medyczna Racja Stanu od trzech lat wspieramy Panią Profesor Małgorzatę Kołodziejczak w zakresie walki o lepszy dostęp refundacyjny do zabiegów w zakresie poporodowej niewydolności zwieraczy. Oprócz dostępu do metod chirurgicznych, będziemy też rozmawiać o profilaktyce tych schorzeń i możliwościach zachowawczego działania w tych chorobach. Wrócimy też do Pani Profesor Alicji Chybickiej i Pana Posła Marcina Józefaciuka z Sejmowej Komisji Edukacji, Nauki i Młodzieży, aby dyskutować o edukacji zdrowotnej i barierach komunikacyjnych. Mam propozycje, abyśmy zrobili posiedzenie Komisji Sejmowej na temat edukacji zdrowotnej. Razem z ekspertami klinicznymi, biurami Rzecznika Praw Obywatelskich i Rzecznika Praw Pacjenta możemy przygotować Białą Księgę Wniosków, zanim pierwsza „godzina dla zdrowia” się odbędzie. Pan Poseł Józefaciuk powiedział, że „rodzice mają wychowywać, a szkoła ma kształcić”. Ale żeby kształcić, trzeba widzieć, jak to robić i tu są ludzie, którzy, to umieją robić. Razem z Panem Profesorem Arturem Mamcarzem oraz aktualną Miss Polonia Ewą Jakubiec prowadziliśmy zajęcia w szkole podstawowej w Piasecznie, w których uczestniczyło kilkaset uczniów, razem z nauczycielami. Dzieci siedziały 2,5 godziny, robiły selfie z Miss Polonia, ale też pytały Pana Profesora, ile powinni spać, co powinni jeść, co zrobić, żeby mama nie paliła, a tata nie pił tyle piwa. Dzieci i młodzież są naprawdę otwarte na atrakcyjne formy edukacji i przekazu. Sądzę, że Medyczna Racja Stanu, mając tak ogromne zaplecze eksperckie, w postaci kilkuset zapraszanych regularnie lekarzy, psychologów, farmaceutów oraz osób innych specjalizacji może wesprzeć znacząco działania edukacyjne na poziomie krajowym. Nie będziemy tylko rozmawiali przy tym okrągłym stole, a potem przekazywali informacji dziennikarzom, ale usiądziemy w Sejmie, gdzie powinny się rodzić pomysły w zakresie edukacji zdrowotnej społeczeństwa.

Teraz parę słów o opiece onkologicznej. Od 25 lat jestem Rzecznikiem Polskiej Unii Onkologii i trafiają do mnie tzw. przypadki ludzkie. Zadzwoiła do mnie czterdziestolatka, która w jednej z poradni zrobiła badanie cytologiczne. Nikt jednak nie poinformował jej o wyniku badania. Po roku na wizycie u

ginekologa dowiedziała się, że ma raka szyjki macicy. Po kontakcie z Biurem Rzecznika Praw Pacjenta dowiedziała się, że brak informacji o wyniku badania cytologicznego był ewidentnym błędem poradni. Dlatego zawsze pytam pacjentów, czy odbieracie wyniki badań? Otóż bardzo często tych wyników nie odbierają. Mimo, iż mają świadomość, że powinni. Część pacjentów najwyczejniej się boi, „bo co będzie jak odbiorę zły wynik?”. Dlatego wszelki wypadek odsuwa od siebie moment odebrania tych badań.

W zakresie finansowania diagnostyki i leczenia Medyczna Racja Stanu regularnie organizuje debaty pod hasłem „Liczymy się z naszym zdrowiem”. Wielokrotnie występowała na nich Pani Profesor Gertruda Uścińska, pełniąca obowiązki Prezes ZUS. Apelowała, aby zarządzać zdrowiem, a nie chorobą. Powinniśmy zastanowić się, ile nas kosztują brak edukacji zdrowotnej, zbyt późna diagnostyka, suboptymalne leczenie i brak rehabilitacji. Bardzo dobrym przykładem jest tutaj brak diagnostyki w kierunku HCV, czy zbyt niski poziom wyszczepienia przeciwko HPV. Dyskutujemy regularnie o deficycie demograficznym, bo umiera więcej Polaków, niż się rodzi i niezmiennie od lat podkreślamy, że życie ludzkie jest bezcenne z humanistycznego, społecznego i finansowanego punktu widzenia.

Grażyna Mierzejewska, Medyczna Racja Stanu

Ostatnio na świecie zaczęło funkcjonować stwierdzenie „kultura zdrowotna”. Zawiera ona trzy kluczowe obszary, które zresztą zawarte są w tytule dzisiejszej konferencji, czyli edukacja zdrowotna, profilaktyka zdrowotna i diagnostyka. W 2023 r. przeprowadzono badanie wśród 32 tys. pacjentów w 16 krajach Europy. Polska znalazła się na przedostatnim miejscu po Serbii, a przed Rumunią, jeśli chodzi o wykonywanie badań profilaktycznych. Na czele rankingu znalazła się Holandia, a następną była Wielka Brytania. W Polsce najwięcej badań profilaktycznych wykonano między czterdziestym, a pięćdziesiątym rokiem życia, następnie w wieku emerytalnym, natomiast młodzi ludzie nie badali się w ogóle. Jako Medyczna Racja Stanu, od lat walczyliśmy o edukację zdrowotną prowadzoną ustawowo od najmłodszych lat. Nazwaliśmy to „godziną dla zdrowia. Obecnie w oficjalnych publikacjach funkcjonuje to, jako edukacja zdrowotna. Program ma rozpocząć się od 2025 r. Zerknęłam na skład Komitetu, który ma przygotować wytyczne dla Ministra Zdrowia i stwierdzam że brakuje w nim m. in. dietetyka i kardiologa. Wiem, że jest nacisk położony na edukację seksualną, ale ważne jest również zdrowe żywienie. Stąd brak dietetyka wymaga korekty w składzie Komitetu. Wiemy, że polskie dzieci są najbardziej otyłe, jeśli chodzi o kraje Europy, Unii Europejskiej, więc mamy bardzo dużo do zrobienia w tym aspekcie. Głęboko wierzę, że edukacja zdrowotna od najmłodszych lat poprawi partycypację w profilaktyce zdrowotnej. Bo jeśli nie wiemy co to jest profilaktyka, jeśli nie wiemy, co stwarza zagrożenia, to po prostu się nie badamy. Ważne jest to, żeby wyedukować społeczeństwo, że profilaktyka to nie tylko nabywanie nowych, zdrowych nawyków, ale również walka ze złymi nawykami, czyli niezdrowym jedzeniem, piciem alkoholu i paleniem papierosów. Niestety w Polsce na profilaktykę wydajemy najmniej w Unii Europejskiej, tylko 0,14% Produktu Krajowego Brutto (przy średniej dla Unii Europejskiej 0,65% PKB) i tu jest bardzo dużo do zrobienia. Nie możemy mówić o powodzeniu edukacji i profilaktyki zdrowotnej bez solidnych nakładów, co jest podkreślane na forum Unii Europejskiej. W zakresie diagnostyki, mamy na szczęście coraz bardziej precyzyjne narzędzia. Bez dobrej diagnostyki będziemy ciągle leczyli choroby, a nie dbali o zdrowie.



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

Witam serdecznie wszystkich Państwa, którzy poświęcali i dalej poświęcają swój czas i energię, żeby usiąść przy okrągłym stole i budować wiedzę i nadzieję na lepszą przyszłość. Ja tę nadzieję mam od przeszło 50 lat, odkąd pracuję, jako lekarz. Moja nadzieja dzisiaj jest tym większa, że Pani Profesor Alicja Chybicka i Pan Poseł Marcin Józefaciuk deklarują wolę polityczną intensyfikacji działań na rzecz poprawy zdrowia Polek i Polaków. To jest znacząca siła, która może kolejny raz wesprzeć nasze wieloletnie działania. Chciałbym, żeby hasłem przewodnim dzisiejszego spotkania było „zarządzanie zdrowiem, a nie zarządzanie chorobą”. Zarządzanie chorobą jest potrzebne, ale będzie można nią rzeczywiście łatwiej zarządzać i sprostać wyzwaniom nowoczesnej diagnostyki, terapii i rehabilitacji, gdy będą na to środki finansowe adekwatne do bieżących potrzeb chorujących. Musimy wreszcie zainwestować przede wszystkim w zarządzanie zdrowiem. To niejednokrotnie było podkreślane przez różnych ekspertów siedzących przy okrągłym stole Medycznej Racji Stanu. Myślę, że drugim ważnym punktem naszych działań, to postulat kierowany do decydentów o oddanie inicjatywy w ręce władz samorządowych, począwszy od gmin, gdzie powinna być zorganizowana ścisła współpraca takich lokalnych podmiotów jak instytucja lekarza rodzinnego, wójta, aptekarza, dyrektora szkoły, pracowników sanepidu, księży w parafiach i regionalnych mediów. Mamy w Polskiej Unii Onkologii bogate doświadczenia w tym zakresie. Pokazały to dwie wieloletnie ogólnopolskie kampanie: „Mam haka na raka” dla młodzieży szkół ponadpodstawowych i „Zdrowa gmina”, gdzie jeżeli tylko nasi eksperci dostarczyli odpowiedni zasób wiedzy w zakresie *know how* i fachowe materiały edukacyjne, to okazuje się, że naprawdę można dużo zdziałać. Na przykład dzięki tym kampaniom, które z założenia miały charakter motywacyjny z konkursami z nagrodami, o ćwierć miliona kobiet więcej w kraju zrobiło mammografię i cytologię. W tych kampaniach daliśmy w ręce młodzieży i władz samorządowych odpowiednie narzędzia, które posłużyły temu, żeby wykreować skuteczne programy edukacyjne skierowane na promocję zdrowia i zmianę postaw mieszkańców gmin i miast. Dlatego, musimy postawić na najniższy poziom terytorialny władz samorządowych, bo tu jest wielki i ciągle nie wykorzystany potencjał. Wspierajmy w tym procesie instytucję POZ, bo to właśnie lekarz rodzinny, razem z pielęgniarkami i położnymi troszczy się nie tylko o chorych, ale o całą zdrową część populacji, która jest w jego rejestrze. Sprzyjać temu będzie szeroko rozwijana opieka koordynowana i kompleksowa także z udziałem w tych zespołach koordynatorów, asystentów lekarzy, psychologów, dietetyków, fizjoterapeutów, asystentów socjalnych czy sekretarek medycznych. Należy wreszcie umiejętnie wykorzystać potencjał absolwentów zdrowia publicznego. Wiemy, że obecnie w naszym kraju brakuje co najmniej 10 tys. lekarzy rodzinnych, żeby sprostać tym wszystkim wyzwaniom zdrowotnym. Liczymy więc na rozwój telemedycyny. Jeżeli będzie wypracowany i rozpowszechniony odpowiedni sposób szybkiego porozumiewania się pomiędzy specjalistami na zasadzie telekonferencji, czy telekonsultacji, to będzie można sprostać temu wyzwaniu. Wiem, że to nie jest takie proste, ale jeżeli w tej chwili nie zainwestujemy w edukację, prewencję i profilaktykę, to nie osiągniemy sukcesu, a porażkę. Przypomnę, że według Światowej Organizacji Zdrowia oraz Unii Przeciwrakowej (UICC), jeżeli zainwestujemy odpowiednie środki finansowe w edukację, prewencję, profilaktykę i wczesną szybką diagnostykę, badania profilaktyczne, przesiewowe, bilanse zdrowia i szczepienia, to co najmniej dziesięć razy więcej środków można będzie zaoszczędzić później, z racji mniejszych wydatków na leczenie coraz bardziej starzejącego się społeczeństwa. Dzięki zainwestowaniu w edukację, prewencję i profilaktykę można by co roku na świecie uratować ok. 4 milionów ludzi. Już nie mówię o tym, że dzięki temu programowi, dzięki odpowiedniej edukacji i wpojeniu u dzieci i młodzieży nawyku



odpowiedzialnego troszczenia się o swoje zdrowie będziemy generować nowe zdrowsze pokolenia wolne od większości chorób cywilizacyjnych. Przed nami wielkie wyzwania i zadania, ale to jest praca na pokolenia, nawet nie na jedno pokolenie. Dzięki naszym energicznym działaniom będzie można uniknąć ok. 40-50% zachorowań na choroby cywilizacyjne. Zarządzanie zdrowiem jest inwestycją najtańszą w całościowym rachunku ekonomicznym, pomimo że trzeba na początku niemałe środki na to przeznaczyć. Warto również promować hasło „Szkoła w ruchu”, bo tak jak mamy w medycynie leczenie personalizowane, ukierunkowane na danego pacjenta, tak musimy dostosować lekcje wychowania fizycznego do możliwości i sprawności poszczególnych uczniów. Musimy ich zachęcić do ruchu w sposób zindywidualizowany, bo każdy ma inne możliwości, ale jeżeli przekroczy się swoje ograniczenia, to będzie większy zasięg możliwości doskonalenia swojego ciała. To co mówią ankiety, które przeprowadzono w wielu szkołach w Polsce, dzisiejsi uczniowie nie potrafią zrobić fikołka, nie potrafią przeskoczyć kozła, tak jak kiedyś było to standardem na lekcjach wychowania fizycznego. Należy znaleźć sposób, by ich zainteresować, że rozwój fizyczny ma kolosalne znaczenie na przyszłość, bo będzie można uniknąć chorób cywilizacyjnych. Wręcz nie powinno się respektować zwolnień z zajęć wychowania fizycznego poza szczególnymi i uzasadnionymi zaświadczeniami lekarskimi. Podobnie radykalnej zmiany wymaga odżywianie dzieci i młodzieży w szkołach w związku z epidemią otyłości typu brzuszego. Promujmy ustawicznie Europejski Kodeks Walki z Rakiem wykorzystując wszystkie możliwe sposoby zachęt, nagród i pozytywnej motywacji.

Na koniec, chciałbym podkreślić znaczenie partnerskiej dyskusji pomiędzy wszystkimi interesariuszami. Tylko rzetelna i merytoryczna dyskusja z ekspertami może prowadzić do konsensusu. Pragniemy, aby jak najwięcej decydentów uczestniczyło w naszych cyklicznych debatach. Spotykamy się również na poziomie Parlamentu - Sejmu i Senatu. Wsłuchujemy się w słowa wielu interesariuszy, ceniąc ich wypowiedzi, nawet jeżeli się nie ze wszystkim zgadzamy i polemizujemy. Na tym właśnie polega konstruktywna dyskusja..

Dr Michał Sutkowski, Rzecznik i Prezes Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce na kadencję 2026–2030

W imieniu lekarzy rodzinnych chciałbym bardzo serdecznie Państwu podziękować za obecność w tym wspomniałym dniu. Dniu, w którym przypada 35 rocznica wyborów z 4 czerwca 1989 r. i obchodzimy Dzień Wolności i Praw Obywatelskich. Pamiętajmy o tym, że nasze spotkania, spotkania Medycznej Racji Stanu z Federacją Stowarzyszeń Amazonki, to nie tylko nasza przyjaźń, ale także głębokie przeświadczenie o konieczności mówienia o pewnych rzeczach będących fundamentami bezpieczeństwa zdrowotnego. W tym dniu warto zacytować „*Nie rezygnuj nigdy z tego, o czym myślisz codziennie*”. Myślę, że my tu wszyscy przy tym stole myśleliśmy o zdrowiu codziennie. Ten piękny cytat z Winstona Churchilla niech nam towarzyszy, bo to jest coś, co daje daje właśnie nadzieję. Będziemy dzisiaj mówili o edukacji zdrowotnej, profilaktyce i diagnostyce. Nikt lepiej niż Amazonki, osoby chore onkologicznie nie uświadamiają sobie potrzeby zbudowania sensownych programów, a nie tylko haseł dotyczących tych trzech obszarów. Kluczowe w tym wszystkim poza tymi trzema słowami jest słowo „wczesna”- wczesna edukacja, wczesna profilaktyka i wczesna diagnostyka. Oczywiście możemy się zastanawiać, kiedy dziecko powinno nauczyć się czytać i jaką metodę stosować, aby przebiegło to sprawnie. Może to będzie metoda krakowska, a może metoda Pani Profesor Jagody Cieszyńskiej, ale wiemy, że wartością jest to, żeby dziecko w miarę szybko, nie zabierając mu dzieciństwa, nauczyło się czytać. Profilaktyka zdrowotna opiera się na nauczaniu, czy w zasadzie na



kształtowaniu właściwych wzorców zdrowotnych. Ten etap działań powinien być realizowany u lekarza rodzinnego. Pacjenci powinni zrozumieć znaczenie profilaktyki pierwszorzędowej, jako przeciwdziałanie chorobom, chociażby poprzez szczepienia ochronne. Diagnostyka także powinna być wczesna, a więc blisko domu, łatwo dostępna, czyli u lekarza rodzinnego i bezpłatna w ramach Narodowego Funduszu Zdrowia, czyli dla każdego pacjenta. W ustawie z 2017 r. wymieniony został zespół lekarza rodzinnego, który powinien być sukcesywnie wzmacniany poprzez model EPiD, gdzie znajdzie się pielęgniarka środowiskowo-rodzinna i położna, dietetyk, psycholog i pracownik socjalny. Jako POZ, współpracujemy z tymi wszystkimi osobami i staramy się to wszystko zorganizować. „My” to znaczy ci lekarze rodzinni, którzy chcą to robić w godzinach i poza godzinami pracy, dodatkowo angażując się w różnego rodzaju inicjatywy prozdrowotne. Musi powstać instytucja edukatorów zdrowotnych. Lekarz rodzinny zajmuje się głównie medycyną naprawczą, lecząc wiele chorób cywilizacyjnych.

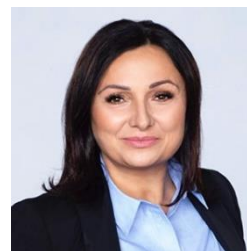
Choroby nie są oczywiście wstydliwe. To my się powinniśmy wstydzić za to, jaki jest stan rzeczy i to na różnych obszarach w zakresie komunikacji z pacjentem, szczególnie bym powiedział, bo to jest choroba, o której my mówimy. Pacjent ci nie powie, ale ty się nie zapytasz. I niestety tak jest. Mam przyjemność bycia w radzie Stowarzyszenia UroConti, które apeluje do lekarzy rodzinnych, lekarzy innych specjalizacji o świadomość dotyczącą chorób, wyzwań i potrzeb chorych z inkontynencją. Mamy wiele niezaspokojonych potrzeb w obszarach mnietrzymania moczu i kału. Te potrzeby są zarówno w zakresie refundacji nowych preparatów (m.in. mirabegronu), jak i zwiększonej liczby możliwości refundacyjnych w zakresie środków absorpcyjnych (m.in. pieluchomajtek). To jest sprawa o niebagatelnym znaczeniu, mająca walor nie tylko medyczny, ale godnościowej, ludzkiej i humanistycznej. Wraz z żoną, wolontariacko pomagamy w parafiach, próbując razem ze Stowarzyszeniem UroConti przełamywać tematy tabu i wspierać dostępność pacjentów do środków chłonnych.

Swoją wypowiedź zacząłem od cytatu Winstona Churchilla i zakończę swoją wypowiedź jego stwierdzeniem: „*Sukces nigdy nie jest ostateczny, a porażka nie jest nigdy totalna. Liczy się tylko odwaga*”. Kiedyś Narodowy Fundusz Zdrowia był bankiem, a teraz staje się przyjaznym kreatorem zdrowia. Rozumiem, że to nastawienie płatnika publicznego się zmienia, ale zmienia się na tyle powoli i na tyle w sposób niezauważalny dla zdrowia publicznego, że tempo zmian wymaga większej odwagi. W Kolegium Lekarzy Rodzinnych opracowaliśmy projekt EPiD, czyli edukacja, profilaktyka i diagnostyka. Opieka koordynowana w podstawowej opiece zdrowotnej nie jest idealnym rozwiązaniem, dlatego jest realizowana tylko w ok. 30 procentach placówek POZ w Polsce. Reforma POZ wymaga dalszych działań postulowanych przez środowisko lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej. Rekomendowane jest wprowadzenie w całym kraju projektu EPiD, czyli edukacja, profilaktyka i diagnostyka, który może prowadzić do zmniejszenia kolejek i upodmiotowienia pacjentów w POZ. Zachęcam bardzo do tego, żebyśmy się pochylili nad tym projektem, bo może to być rozwiązanie docelowe. Otóż idea jest taka, żeby finansować elementy programów edukacyjnych i programów profilaktycznych. Chcemy dać szansę pacjentowi i lekarzowi, aby diagnozował swojego pacjenta możliwie jak najszerszej. Dzisiaj bardzo wielu badań lekarz rodzinny zrobić nie może, z racji na ograniczenia w kontrakcie z płatnikiem publicznym. EPiD będzie stwarzał realną możliwość dla płatnika publicznego, który w sytuacji, w której będziemy mieli problem, który POZ niewątpliwie widzi, będzie mógł wprowadzić badania przesiewowe, czy badania profilaktyczne, dzięki dodatkowym środkom finansowym. To jest pomysł, który powinniśmy rozpatrywać. Tym bardziej, że w bardzo wielu małych miejscowościach, nie będzie możliwości tworzenia opieki koordynowanej, nie będzie możliwości „posiadania” specjalisty innego,

niż specjalista medycyny rodzinnej i byłoby to rozwiązanie ze wszech miar potrzebne dla naszych pacjentów.

Poseł Monika Wielichowska, Marszałek Sejmu RP

Kampania „Siła kobiet. Zdrowie kobiety – bezpieczeństwo rodziny”, realizowana przez Medyczną Rację Stanu i Stowarzyszenie Federacji Stowarzyszeń Amazonki uzyskała honorowy patronat Marszałka Sejmu. W dzisiejszych czasach, gdy zmiany demograficzne, postęp technologiczny i nowe wyzwania zdrowotne stawiają przed nami coraz to nowe zadania, musimy skoncentrować nasze wysiłki na trzech podstawowych filarach: edukacji, profilaktyce i wczesnej diagnostyce. Chodzi o zwiększenie naszej świadomości, zredukowanie ryzyka wystąpienia chorób nowotworowych, a także ich wykrywanie, na jak najwcześniejszym etapie. Tu wciąż mamy wiele do zrobienia, więc jest o czym mówić. Dziękuję wszystkim Państwu za obecność i gotowość podjęcia tej ważnej tematyki. Mam nadzieję, że dzisiejsza debata będzie owocna i inspirująca. Inspirująca przede wszystkim Ministerstwo Zdrowia, ale także nas wszystkich.



Poseł Prof. Alicja Chybicka, Przewodnicząca Parlamentarnego Zespołu ds. Chorób Rzadkich, ds. Dzieci i ds. Transplantologii

W 2025 r. wystartuje w szkołach edukacja zdrowotna, w formule „godziny dla zdrowia”. Program jest przygotowywany we współpracy z Ministerstwem Zdrowia, Ministerstwem Edukacji i Ministerstwem Sportu. To ważne działania, abyśmy mogli mówić wreszcie o skutecznej profilaktyce oraz budowaniu mądrego i zdrowego społeczeństwa. W dzisiejszych czasach zupełnie pominięto sprawę nie tylko profilaktyki, lecz także przygotowania Polski do sytuacji, w jakiej się aktualnie znajdujemy, czyli do wojny za jej wschodnią granicą. Nie ma przygotowanego żadnego programu zabezpieczenia lekowego na okoliczność nieszczęścia, gdybyśmy w jakimkolwiek stopniu musieli wziąć udział w tym konflikcie. Nie jest zdefiniowana rola poszczególnych poziomów zabezpieczenia zdrowotnego, zarówno w zakresie profilaktyki, szpitali, POZ oraz AOS. Każdy musi wiedzieć, co w takiej sytuacji będzie robił. Będę organizowała spotkanie w Parlamencie, prawdopodobnie 25 czerwca 2024 r. z udziałem Biura Bezpieczeństwa Narodowego, Ministerstwa Spraw Wewnętrznych, Ministerstwa Obrony Narodowej i Ministerstwa Zdrowia, poświęcone przygotowaniu medycznemu na wypadek konfliktu zbrojnego.



Ja reprezentuję dziedzinę medycyny, w której walczy się o życie chorych. Oczywiście zawsze moim marzeniem było to, żeby dzieci w ogóle nie chorowały, żeby była tak dobra profilaktyka, tak dobra dbałość o środowisko naturalne, tak dobry tryb życia, a żeby te zachorowanie na nowotwór się nie pojawiało. Geny same nie aktywują choroby nowotworowej. Ona się bierze z tego, co się z nami od urodzenia dzieje. Mam swoje lata, w związku z czym uważam, że w populacji wieku rozwojowego profilaktyka zdrowotna się po prostu „zaważyła”. Kiedyś było tak, że lekarz pediatra był obecny w szkole. Należy pomyśleć o jego przynajmniej częściowej obecności i prowadzeniu badań profilaktycznych na terenie szkoły. Ludziom nie chce się „praktykować profilaktyki”, dzieciom „nie chce się szczepić”. Gdyby szczepienia przenieść do szkoły, to byłaby zupełnie inna wyszczepialność. Program wrocławski dotyczący HPV miał wyszczepialność 65%. Natomiast wiemy, że program ogólnopolski jest na niezadawalającym poziomie realizacji – maks. 20%. Jeśli dzieci idą grupą do szczepienia, jest lekarz na terenie szkoły, który kwalifikuje te dzieci, to jest to działanie stadne. Nawet dzieci z „rodzin

antyszczepionkowych” wymogą na rodzicach, żeby zostały zaszczepione. Edukacja jest niesłychanie ważna, bo żeby człowiek starszy chciał stosować profilaktykę, to musi mieć to wpojone od dziecka. I tu chcę powiedzieć o grupach, które aktualnie są wykluczone praktycznie ze wszystkiego. Po pierwsze, jest utrudniona w tej chwili profilaktyka u dzieci, w porównaniu do tego, co ja pamiętam i co było kiedyś, ponieważ trzeba pójść do lekarza rodzinnego, a ten ma dużo obowiązków i nie ma tak dużo czasu, żeby tę edukację stosować. W dniu 6 czerwca 2024 r. prowadzę posiedzenie Parlamentarnego Zespołu Rodzice dla klimatu, gdzie rodzice oczekują, że lekarz rodzinny powinien przekazywać informacje o profilaktyce. I rzeczywiście oni mają rację, tylko jak lekarz rodzinny ma to wszystko przeprowadzić? Ma na swoich barkach diagnostykę i leczenie wielu chorób cywilizacyjnych, ma prowadzić koordynację w trudnych chorobach przewlekłych i jeszcze profilaktykę zdrowotną. To, co trzeba zrobić, to jest edukacja od zera. Mam szóstkę wnucząt, które chodzą do przedszkola, w którym edukacja już jest prowadzona, gdzie naprawdę uczy się dzieci zdrowego jedzenia, zachowania higieny, uczy się zapobiegania chorobom oraz że trzeba się szczepić. Gdy dzieci słyszą to w grupie, to takie maluchy widzą, że jest to coś zupełnie normalnego i nic straszego. Dzięki takim działaniom nie będzie sytuacji, z jaką mamy do czynienia, że nie pojawiają się chętni na wzięcie udziału w programie 40 plus. Polacy w przedziale 40-50 lat nie chcą się badać. Natomiast pragnę powiedzieć o jeszcze jednej grupie, która profilaktyki nie zna, nie lubi, nie chce - to jest populacja 9,8 miliona obywateli w wieku 60 plus. Wykluczeni są ze wszystkiego. Gdy mówimy o szczepieniach, to mamy na myśli głównie dzieci. A populacja seniorów, to jest drugi biegun, gdzie odporność jest taka, jak u dziecka i też trzeba szczepić. Trzeba tych obywateli edukować, bo dla starszego człowieka wiele chorób jest o wiele groźniejszych niż dla czterdziestolatka, bo jego układ odpornościowy sobie ze wszystkim radzi. Tutaj też mamy do czynienia z wykluczeniem cyfrowym i sytuacyjnym. Jestem w Komisji Rolnictwa, na której dostałam raport dotyczący opieki geriatrycznej na wsiach. Okazuje się, że na obszarach wiejskich, w grupach wiekowych powyżej 75 r. ż. jest totalne wykluczenie cyfrowe. Próbowałam nauczyć osobę w rodzinie, która ma 85 lat, żeby posłużyła się komputerem i okazało się to niemożliwe. To nic, że będą dostępne w Internecie listy, czy jakieś miejsca, w których się można zarejestrować na badania profilaktyczne. Jak to ma osoba zrobić, która kompletnie jest wykluczona? A zatem to jest znowu edukacja. I czy znowu, to ma zrobić lekarz rodzinny? „Póty dzban wodę nosi, póki się ucho nie urwie” - jeśli wszystko zrzucimy na lekarza rodzinnego, to „ucho się urwie, prędzej czy później”, bo czas lekarza nie jest z gumy, więc trzeba wspomóc lekarza pracą edukatorów zdrowotnych. Może nawet w domach pacjentów. Ale, kto ma to zrobić na wsiach? Są takie powiaty, gdzie nie ma lekarza rodzinnego. Potrzebny jest także rodzaj takiej opieki przedmedycznej w postaci pracowników socjalnych. Całej grupy pracowników, która docierałaby do tych osób w domach, często wyniszczonych i i chorych, do których nikt nie zagląda. Jest to z mojej strony wyzwanie, ale i wielkie podziękowanie dla Państwa, za to, że jako Medyczna Racja Stanu, tym tematem się Państwo zajęli. Podobnych problemów jest bardzo dużo. Jestem jednak głęboko przekonana, że razem je rozwiążemy.

Jest świetny artykuł, który przeczytałam przy okazji działań dla seniorów o tym, jak w ogóle można wykorzystać solidarność międzypokoleniową. Opisano w nim, jak można edukować dzieci i pokolenie 60 plus, a zupełnie oddzielnie to młode pokolenie, które też można edukować przy biegach, przy sporcie, ale nie profesjonalnym, ale takim sporcie dnia codziennego, by utrzymać formę. Przeprowadzono także badania, co zrobić, żeby żyć ponad 100 lat w pełnym zdrowiu. Wnioski to przede wszystkim: Punkt 1. - zadbaj o ruch, dostosowany do wieku, do wzrostu i wagi, do stanu zdrowia. Punkt 2. - ogranicz liczbę kalorii, jedz wolniej i unikaj przetworzonych pokarmów, czyli wracaj do natury. Punkt 3. - myśl, wykonuj ćwiczenia umysłowe, czytaj, opowiadaj, koncentruj się i dyskutuj. Punkt 4. - miej cel, motywację, naucz się czegoś nowego. Punkt 5. - stwórz własny cichy azyl do zwolnienia tempa

życia. Punkt 6. - bądź członkiem jakiejś wspólnoty. Powinno się tworzyć może nawet ponadpokoleniowe grupy, które by się edukowały, wspomagały i trzymały się razem. Punkt 7. - miej swoje ulubione rytuały. Punkt 8. - otaczaj się ludźmi, których lubisz i daj się lubić. Punkt 9. (mojego autorstwa) - uśmiechaj się i myśl pozytywnie. Jeśli człowiek myśli negatywnie, to jest to przepowiednia samospełniająca się i dużo w życiu się nie udaje. Można by zrobić taką ulotkę „ponadpokoleniową” i propagować ją przy okazji pikników zdrowotnych, czy różnych innych okazjach. Profilaktyka zdrowotna musi stać się popularna i modna. Do tej pory była niepopularna na medycznych konferencjach. To są proste rzeczy, które nie wymagają nakładów finansowych, tylko wymagają od nas wszystkich zmiany stylu życia.

Poseł Marcin Józefaciuk, Sejmowa Komisja Edukacji, Nauki i Młodzieży, Komisja Polityki Społecznej i Rodziny



Szanowni Państwo, witam serdecznie i dziękuję za słowa Pana Doktora Janusza Medera o „zarządzaniu zdrowiem”. Nie uświadamiałem sobie wcześniej tego, że w tym kierunku tak naprawdę zdążamy. Byłem jednym z beneficjentów programu „Mam haka na raka”. Jeden z moich uczniów wygrał z białaczką i nagrał film, w którym pokazano jego drogę poprzez chorobę do zdrowia. To, co on przeszedł i jak to przekazano w filmie skutkowało tym, że nie wszyscy uczniowie wytrzymywali emocjonalnie jego odbiór. Ten film miał bardzo mocny przekaz, a takie akcje uświadamiają, że zarządzanie zdrowiem jest o wiele ważniejsze, niż zarządzanie chorobą.

Jeśli chodzi o edukację zdrowotną, to program „godzina dla zdrowia” wchodzi do szkół od września 2025 r. W tym momencie pracuje zespół ekspertów, którego koordynatorem został Prof. Zbigniew Izdebski, Kierownik Katedry Humanizacji Medycyny i Seksuologii Uniwersytetu Zielonogórskiego. Zespołu Ekspertów ma przygotować projekt podstawy programowej nowego przedmiotu pod nazwą „edukacja zdrowotna dla szkół podstawowych i ponadpodstawowych”. Program będzie zawierał blok na temat dietetyki, zdrowia psychicznego, uzależnienia, profilaktyki oraz obejmie zarówno zdrowie fizyczne, jak i psychiczne. Padało dziś z ust ekspertów, że edukacja zdrowotna jest ważna. Ja powiem, że ważniejsza jest praktyka, bo dzieci i młodzież wiedzą, że słodkie napoje nie są zdrowe, że brak uprawiania sportu, siedzenie przed telewizorem, nie są zdrowe. I co z tego? Oni to mają przekazywane od wczesnych etapów życia, tylko że brakuje praktyki zmiany tych nawyków. Dochodzimy do pytania, kto powinien tego nauczać? Ja nie uważam, że nauczyciel, który uczy biologii jest przygotowany i jest gotowy na przekazanie edukacji zdrowotnej. Wyobrażam sobie, że szkoła będzie w stanie korzystać z lekarzy rodzinnych oraz innych specjalistów. Szkoły będą zapraszać na zajęcia o zdrowiu lekarzy, pielęgniarki, psychologów, dietetyków, stowarzyszenia, fundacje, czy mądrych influencerów. Wszędzie tego zrobić się nie da, bo są szkoły wiejskie, ale jak najbardziej szkoły mają możliwość zapraszać specjalistów. Korzystając z ich wiedzy praktycznej, uczniowie będą w stanie przełożyć ta wiedzę do swojego życia. Jestem przekonany, że tacy pasjonaci, jak uczestnicy debat Medycznej Racji Stanu będą w stanie swoją pasją zainspirować dzieci i młodzież. To jest najważniejsze. Dzięki kształceniu dzieci i młodzieży w kierunku edukacji zdrowotnej, będziemy kształcić także rodziców i dziadków, czyli pedagogizująca wielu generacji. Innymi słowy musimy zacząć od dzieci i młodzieży, w myśl przysłowia: „Czego Jaś się nie nauczy za młodu, tego Jan nie będzie umiał” oraz „Czym skorupka za młodu nasiąknie, tym na starość trąci”. To będzie bardzo długi proces. Dodatkowo, mamy jeszcze różne akcje propagujące zdrowy styl życia, w które dzieci i młodzież się angażują. 9 czerwca 2024 r. bięgnę w Pabianicach w ramach akcji charytatywnej, gdzie zbieramy pieniądze dla dziewczynki chorej na zespół

Retta. Zespół Retta to schorzenie neurologiczne wpływające na funkcjonowanie całego organizmu. Dodatkowo organizujemy gigantyczny piknik, gdzie przyjeżdżają „mammobusy”, będą badania palpacyjne, gdzie będziemy uczyć się, w jaki sposób badać jądra. Będziemy zachęcać uczniów, aby uczyli się swojego ciała i dbania o niego oraz widzieli w tym sens. W te działania nie powinien być zaangażowany wyłącznie resort edukacji, bo sam niewiele zrobi. Ciesze się, że Zespole Ekspertów, który pracuje nad zmianami dotyczącymi edukacji zdrowotnej jest zaangażowane również Ministerstwo Zdrowia, Ministerstwo Sportu i Turystyki oraz Ministerstwo Edukacji. Wszyscy eksperci razem ze sobą współpracują, bo widzą sens i efekty wspólnych działań nie tylko za pięć lat, nie tylko za dziesięć lat, ale również za 40-50 lat. Eksperti wierzą, że walczą o zdrowie Polaków w perspektywie trwania narodu. W przeszłości edukacja zdrowotna została mocno zaniedbana. Jako dyrektor szkoły widzę, że 90% dziewcząt podupada na zdrowiu, świadomie robiąc szkodliwe rzeczy. One nie są w stanie przerwać złych nawyków swoich dziadków i rodziców. To oczywiście nie jest pokolenie stracone i nie możemy tak uważać i musimy zarządzać ich zdrowiem. „Zarządzać zdrowiem” - to są dwa wyrazy, które dzisiaj mocno otworzyły mi oczy. Widzę także, że nie zostawiliśmy żadnych autorytetów młodym, tak jak nasza generacja, nasze pokolenie mamy swoje autorytety. Dzisiaj młodzież i młodzi dorośli, często nie mają żadnych autorytetów. Bazują na tym, co się dzieje na Instagramie, Youtube, czy Twitterze. To jest ich świat, a jedynymi autorytetami są influencerzy. Zdarza się jednak, że autorytetami są ich babcie i dziadkowie. Należy więc, to odchodzące pokolenie, które chce jeszcze działać, zaangażować bardzo mocno na rzecz komunikacji międzygeneracyjnej. W komunikacji prozdrowotnej będą mówili od siebie dla swoich, których kochają i chcą zostawić jeszcze coś po sobie. A tak więc to jest bardzo ważna rzecz, jeżeli chodzi o komunikację. Pamiętajmy również, że to my musimy być przykładem dla naszych dzieci. Nie może tak być, że mama, czy tata mówi: „nie pal”, paląc samemu. Dzieci i młodzież są bardzo krytyczne i zauważają nasz brak konsekwencji oraz zakłamanie. Bardzo ważne też jest, żebyśmy przestali, jeżeli chcemy kształcić, a nie tylko edukować i nauczyć, traktować dzieci i młodzież z wyższością. Zaczniemy traktować ich jak partnerów i zaczniemy szukać wspólnej nici porozumienia oraz właściwej drogi przekazu. Musimy znaleźć nutę współpracy, a nie hierarchii. Nie poprzestańmy tylko na rozmowach, ale zaczniemy działać. Jestem też przewodniczącym Zespołu parlamentarnego do spraw ADHD, gdzie wypracowaliśmy razem rekomendacje dla wielu ministerstw oraz nowy profil diagnozowania przez specjalistów zajmujących się ADHD. Jestem także przewodniczącym Parlamentarnego zespołu do spraw nowoczesnego kształcenia i możemy pracować w trybie hybrydowym, a potem materiał przedstawić bezpośrednio poszczególnym resortom. To już się dzieje, bo zarówno jest program „Sportowe talenty”, jak i kilka programów, które rozwijają możliwości i celują w inne niestandardowe dyscypliny sportowe dla uczniów w czasie wolnym.

Dr Michał Dziągiewski, Dyrektor Departamentu Lecznictwa w Ministerstwie Zdrowia

Rozmawiamy dzisiaj o edukacji zdrowotnej, rozmawiamy o współpracy, a warto podkreślić jest, że ten program i projekt powstaje we współpracy Ministerstwa Zdrowia, Edukacji i Sportu.

Przysłowia są mądrością narodów, więc zacytuję dwa: „*Nie uczy się starego psa nowych sztuczek*” i „*Czym skorupka za młodu nasiąknie, tym na starość tręci*”. Jeżeli nie będziemy uczyć dzieci zachowań prozdrowotnych, takich jak profilaktyka, szczepienia ochronne, zdrowe odżywianie, czy ruch i nie obejmimy tym całego społeczeństwa, to nie będziemy mieli efektów zdrowotnych, nie będziemy mieli zgłaszalności na badania, bo nikt nie będzie uważał tego za rzecz ważną, kluczową, która decyduje o jego zdrowiu i życiu. Jako przedstawiciel Ministerstwa Zdrowia od samego początku podkreślałem



wagę edukacji przy tym wszystkim, co robimy, bo najważniejsze, żebyśmy dokonywali świadomych wyborów. Różnego rodzaju akcje, zachęty, loterie, czy próby mobilizowania społeczeństwa poprzez lekarzy, księży, aptekarzy, dyrektorów szkół nie będą skuteczne, jeżeli społeczeństwo nie będzie do tego przygotowane. Im wcześniej będziemy uczyć na temat znaczenia zdrowia, tym lepsze efekty otrzymamy i tym lepsze rezultaty osiągniemy. Ministerstwo Zdrowia wspiera w pełni takie działania. Uważam, że to jest podstawa powodzenia jakichkolwiek programów profilaktycznych. Możemy mówić o tym, że nie wydajemy zbyt dużo środków na programy profilaktyczne, ale chcę przypomnieć, że to jest jedyna rzecz, która w całej historii instytucji płatnika publicznego nigdy nie była limitowana. Mimo to odnotowujemy niską zgłaszalność i stosunkowo niskie nakłady na wszystkie badania, które są tu prowadzone. Wydawalibyśmy znacznie więcej, gdyby cała populacja, albo prawie cała populacja chodziła na badania, tak jak dzieje się w krajach zachodnich.

W zakresie badań przesiewowych w kierunku HCV, chciałbym podkreślić, że nie można wprowadzić do koszyka świadczeń gwarantowanych technologii i świadczeń medycznych, dla których nie mamy rekomendacji Prezesa AOTMiT. A rekomendacji Prezesa dla powszechnego przesiewowego badania w kierunku wykrycia wirusa HCV nie mamy. Bez tej rekomendacji, nie mogę zacząć ścieżki legislacyjnej w Ministerstwie Zdrowia. Nie mogę włączyć jakiegokolwiek programu, a istniejące rekomendacje nie spełniają tego warunku. Zdaję sobie sprawę, że polski system prawny jest skomplikowany, ale jako Ministerstwo Zdrowia musimy przestrzegać prawa.

Jeżeli chodzi o program pt. „Opieka koordynowana w POZ”, to zespół, który go opracowywał planował, że w ciągu pierwszego roku przystąpi do niego ok. 10-15% placówek podstawowej opieki zdrowotnej w Polsce. Przystąpiło do niego ok. 30% placówek POZ. Chcę podkreślić, że jest to program opracowany przez lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej. Nie ma żadnej blokady z naszej strony, żeby włączać do niego badania, które zespół zaproponuje. Takie badania są w ramach budżetu powierzonego i ścieżek koordynowanych sukcesywnie włączane. Czy należy włączać do niego wszystkie możliwe badania? Nie jestem pewien, czy należy. Proszę zwrócić uwagę na to, jak wygląda w tej chwili kierowanie na TK klatki piersiowej. Najpierw musi być zrobione rentgen. Mieliśmy pewne obawy, że zamiast zrobić proste badanie RTG, pacjenci będą wysyłani na tomografię komputerową. Przy wówczas podejmowanych decyzjach rozmawialiśmy także ze środowiskiem radiologów. Oni niekoniecznie widzą potrzebę kierowania prosto z POZ na badanie TK, czy badanie rezonansu (MRI). Po to właśnie wchodzi opieka koordynowana w POZ oraz funkcja koordynatora, aby wszystkie te działania koordynować. Należy również powiązać finansowanie POZ razem ze zwiększeniem populacji, która podlega badaniom profilaktycznym. Są to współczynniki związane z jednej strony ze zwiększaniem populacji, która jest wysyłana na te badania przez swojego lekarza, z drugiej strony z osiągnięciem wysokiego poziomu uczestnictwa pacjentów w tych badaniach. To jest podejrzewam, chyba najlepsza metoda, bo zespół POZ jest najbliżej pacjenta. Co do położnych wykonujących cytologię, to jestem jak najbardziej za tym, żeby położne wzięły na siebie obowiązek przeprowadzenia badań profilaktycznych. Jeżeli chodzi o cytologię, położne mają listy, na których pacjentki są zapisane. Te działania powinny być powiązane z dodatkowym finansowaniem, zależnym od wielkości populacji, objętej badaniami profilaktycznymi.

W zakresie badań przesiewowych w onkologii dzieje się dużo. W ramach badań cytologicznych mieliśmy przygotowany program pilotażowy, który był prowadzony przez Narodowy Instytut Onkologii-PIB. Pilotaż mocno się wydłużył. Jeżeli chodzi o pozyskanie pacjentek, u których będą wykonywane badania genetyczne w kierunku infekcji HPV, to nad tym programem będziemy się pochylali, jak dostaniemy wnioski po realizacji pilotażu. Testy FIT miały negatywną opinię od AOTMiT w pierwotnej wersji. Teraz czekamy, gdyż Pani Profesor Beata Jagielska, która jest dyrektorem

Narodowego Instytutu Onkologii, a przy okazji Przewodniczącą Krajowej Rady Onkologicznej, obiecała, że powoła zespół, który się tym problemem zajmie. Jeżeli chodzi o samą mammografię, to będzie ona dalej realizowana w ramach programu profilaktycznego. Jeżeli chodzi o wielkość pokrycia populacji szczepieniami przeciwko HPV, to dalej wszyscy się tego uczymy. Już w tej chwili szczepienia przeciwko HPV wejdą do szkół i to jest chyba odpowiedni moment, żeby o tym mówić. Natomiast trzeba będzie stworzyć takie instrumenty, żeby szczepienia w szkołach nie były wielkim przedsięwzięciem, na które musi się wybrać lekarz. Niestety, w tej chwili pielęgniarki nie mogą kwalifikować dzieci do szczepień, także trzeba będzie jeszcze zmieniać do tego pewne przepisy po to, żeby można to było upowszechnić i wprowadzić. To wydają się w drobnej, niepotrzebne bariery, natomiast z całą pewnością czeka nas praca nad zmianami przepisów. Tego zrobić się „od ręki” nie da, ponieważ wszystko musi nabrać mocy prawnej i przejść przez cały proces legislacyjny, który nie jest prosty.

Prof. Robert Flisiak, Prezes Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Epidemiologów i Lekarzy Chorób Zakaźnych, Kierownik Kliniki Chorób Zakaźnych i Hepatologii Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku, Przewodniczący Zespołu do spraw monitorowania i oceny sytuacji dotyczącej zagrożeń związanych z chorobami zakaźnymi



Dzisiaj, po raz kolejny będziemy mówić o wyzwaniach profilaktyki, diagnostyki chorób zakaźnych. Ci z Państwa, którzy uczestniczą w posiedzeniach Medycznej Racji Stanu, wiedzą, że od bardzo długiego czasu interdyscyplinarne gremium zakaźników i epidemiologów, specjalistów w dziedzinie zdrowia publicznego, onkologów, hepatologów, transplantologów akcentowało konieczność wdrożenia Krajowego Planu Eliminacji Wirusa HCV. Dzisiaj jestem w drodze na Kongres Europejskiego Towarzystwa Badań nad Wątrobą, corocznego dużego Kongresu, gdzie spotykają się lekarze nie tylko z Europy. Konferencja stała się kongresem o zasięgu światowym, w którym uczestniczy zwykle, kilkanaście tysięcy osób. Niestety, zapewne usłyszę na nim o kolejnym kraju, który z powodzeniem rozwiązuje problemy zakażeń HCV i sprawi to, że będę odczuwał jeszcze większą frustrację wynikającą z niemocy, jaką w tym zakresie mamy w Polsce. Edukacja, profilaktyka, diagnostyka, jako fundamenty bezpieczeństwa zdrowotnego wpisują się idealnie w zagadnienia związane z wirusem zapalenia wątroby typu C (HCV). Może warto przypomnieć, bo niektórzy nie pamiętają tego, że znaczenie zakażeń HCV dla cywilizacji zostało w 2020 r. docenione poprzez przyznanie Nagrody Nobla czołowym badaczom, którzy pracowali pod koniec XX wieku nad aspektem zakażeń HCV. Ich badania dały podwaliny dla szybkiej diagnostyki i bardzo skutecznej terapii. Wiemy dużo o tym zakażeniu, więc sprawa, jak wyzwolić ludzkość od HCV, wydaje się prosta. Jest to wirus onkogenny, który powoduje przewlekłą chorobę wątroby, marskość i raka wątroby, a więc skraca życie ludzkie, a na pewno pogarsza jego jakość. Powinno być to proste, zwłaszcza, że od kilku lat dysponujemy możliwością leczenia każdego, kto podda się terapii bezinterferonowej. Jest to krótkie, dwu-, trzymiesięczne leczenie pozbawione praktycznie działań niepożądanych, a eliminujące wirusa HCV w ok. 100%. Nie ma innej terapii o tak wysokiej skuteczności w medycynie. Jednak, żeby wyleczyć pacjenta z HCV, a leczenie mamy dostępne w Polsce w ramach programu lekowego B.71, trzeba najpierw wykryć przebiegające zwykle w utajeniu przewlekłe zakażenie wirusowe. I znowu sprawa wydaje się banalna, bo od lat dostępne są tanie, proste, szybkie testy wykrywające przeciwciała anty-HCV. One były znane i dopracowane jeszcze zanim powszechne stały się testy antygenowe wykrywające SARS CoV-2. Jednak w naszym kraju nie jest to proste, bo Polska na profilaktykę przeznaczona najmniejszą część budżetu w

Unii Europejskiej. To jest po prostu wstyd i hańba. Już znaczna część Europy, a także niektóre kraje afrykańskie, np. Egipt, poradziły sobie z problemem HCV. Dzięki konsekwentnym działaniom znacząco obniżyły liczbę osób zakażonych poprzez wdrożenie masowych programów badań przesiewowych, które są *de facto* profilaktyką marskości i raka wątroby. W Polsce niestety, zamiast uruchomić program badań przesiewowych, urzędnicy, będą wskazywać winnych, którzy czasami mają nawet wykształcenie medyczne, wyszukują powody, dla których tak prosty program jest niemożliwy do przeprowadzenia. Podczas ostatniej debaty Medycznej Racji Stanu oraz przy wielu innych spotkaniach reagowałem emocjonalnie na wypowiedzi niektórych osób, które w bardzo pięknych słowach opowiadały, co one nie robią dla dobra publicznego, natomiast w rzeczywistości rzucają kłody pod nogi. Ja to odbieram, jako działanie nie tyle na zwłokę, a na „zwłoki ludzkie” tych osób, które przez opieszałość, nieudolność, czy po prostu złą wolę urzędniczą, nie doczekają rozpoznania zakażenia, skutecznego leczenia i uratowania, a przynajmniej wydłużenia życia w zdrowiu. Właśnie dotarło do mnie, że pewna osoba, która poprzednio uczestniczyła w debacie, podjęła łaskawie decyzję o ponownym skierowaniu sprawy screeningów w kierunku HCV do AOTMiT. Tylko po co? Oceny opłacalności były już dokonywane przy wyższych cenach leków i wyższych cenach testowania. Ewidentnie wykazały, że jest to procedura wyjątkowo kosztowo-efektywna. Dowiedziałem się również, że ta sama osoba nie może znaleźć tak niskich cen testów, jakie podawałem. Nic dziwnego, że nie może znaleźć, bo skoro w Polsce się nie testuje, to nie ma promocji testów kasetowych. Hurtowniom nie opłaca się sprowadzać tysiące testów, a jak się nie opłaca, to oferują je w formie pojedynczych pudełek. Zatem nic dziwnego, że są one znacznie droższe, niż mogłyby być poprzez zakup hurtowy przez Ministra Zdrowia lub NFZ, w ramach krajowego testowania. Mam prośbę, że jeśli dzisiaj podczas debaty, pojawią się głosy mówiące o trudnościach i niepokazujące sposobu rozwiązania tych problemów dotyczących screeningu w kierunku HCV, to proszę nie słuchajcie Państwo tych osób.

***Prof. Krzysztof Tomaszewicz, Kierownik Kliniki Chorób
Zakaźnych, Samodzielny Szpital Publiczny w Lublinie,
Przewodniczący Polskiej Grupy Ekspertów HCV***



Szanowni Państwo, dziękuję za zaproszenie. Rzeczywiście o problemie HCV rozmawiamy w różnych gremiach. Mam wrażenie, że wszyscy wszystko wiedzą na temat HCV. Natomiast, to jest trochę złudne, bo w wielu środowiskach o tym niewiele się mówi. To jest przykład problemu, w którym my osiągamy pewien stopień samozadowolenia, że zrobiliśmy wszystko, co jest możliwe, żeby o HCV powiedzieć. Bardzo się cieszę z obecności Pana Posła Marka Józefaciuka z Sejmowej Komisji Edukacji, Nauki i Młodzieży oraz Komisji Polityki Społecznej i Rodziny. Cieszę się dlatego, że współdziałanie edukacji i zdrowia w temacie HCV jest bezwzględnie potrzebne. HCV jest przykładem na to, że nie zawsze zarządzanie zdrowiem jest logicznie prowadzone. Przede wszystkim mówimy o braku screeningu populacyjnego, w którym każdy obywatel powinien być zbadany chociaż raz w kierunku zakażenia HCV. Oczywiście pewne grupy osób (grupy ryzyka) będą miały częstość występowania zakażenia HCV zdecydowanie większą. Należy więc dotrzeć do tych osób, które są potencjalnie zakażone i je zidentyfikować. Musimy również pomyśleć o tych osobach, które mogą być wykluczone elektronicznie. Dlatego badanie przesiewowe w kierunku HCV musimy prowadzić wielotorowo i docierać do różnych środowisk. Mam wrażenie, że pokolenie 20-40 latków jest najtrudniejsze w dotarciu, dlatego, że po pierwsze samo się nie bada, a po drugie jak ma złe nawyki w zakresie stylu

życia. Te złe nawyki przekazuje swoim dzieciom, a przy okazji jeszcze swoim rodzicom. Dlatego myślę, że musimy zweryfikować grupy docelowe edukacji w zakresie HCV.

W zakresie szczepień ochronnych, wiemy doskonale, że po pięćdziesiątym, czy po sześćdziesiątym roku życia ryzyko chorób przewlekłych, czy onkologicznych rośnie. Ja jestem za tym, żeby w kwalifikacji do szczepienia zastosować kryterium wieku, jako kryterium sztywne, dlatego, że powinniśmy szczepić osoby w miarę zdrowe. Pragniemy, żeby ci pacjenci byli przygotowani do ewentualnego wystąpienia chorób przewlekłych, a więc tutaj kryterium wieku jest jak najbardziej istotnie. Natomiast drugą kwestią, jest wyselekcjonowanie grupy osób niezależnie od ich wieku, które powinny być zaszczepione, ponieważ już mają jakieś choroby, które zwiększają ryzyko powikłań lub śmierci. Za mało wykorzystujemy zdobycze współczesnej medycyny w zakresie szczepień ochronnych. Musimy cały czas podkreślać wagę szczepień ochronnych, bo to w ten sposób chronimy całą populację, nie tylko poszczególne osoby. Mamy zmiany klimatyczne, migracje ludności oraz wzrost występowania chorób cywilizacyjnych. To właśnie dlatego, powinniśmy mówić coraz więcej o szczepieniach ochronnych i to nie poprzez straszenie konsekwencjami chorób, ale apelując o rozsądek i mądrość. Przygotowanie na to, co ewentualnie się może stać, to tak naprawdę przygotowanie na to, co już się dzieje, bo już w tej chwili widzimy zwiększoną zachorowalność na wiele chorób zakaźnych. Dzisiaj konsultowałem pacjenta z przewlekłą chorobą nerek i chorobami kardiologicznymi z ciężkim zapaleniem mózgu, jako powikłanie półpaśca. Nie wiem, czy ten pacjent przeżyje, bo leczenie w tym momencie może być już nieskuteczne. Można było zaszczepić tego pacjenta z grupy ryzyka i zabezpieczyć go przed tą ciężką chorobą. Kto przede wszystkim powinien pomyśleć o szczepieniach w dorosłym wieku? Z całą pewnością osoby o obniżonej odporności. Czyli osoby „immunoniekompetentne”: z wrodzonym lub nabytym niedoborem odporności, chore na nowotwory, będące po przeszczepie, osoby chorujące przewlekłe na serce, czy schorzenia płuc, takie jak np. astma czy POChP, chorzy na cukrzycę, a także depresję. Do tej grupy zaliczają się również osoby starsze, które nawet jeśli nie cierpią z powodu chorób przewlekłych, to z racji wieku wydajność ich układu immunologicznego jest wyraźnie słabsza. Po pierwsze chronimy tych chorych przed ciężkimi chorobami, czy ciężkimi powikłaniami tych chorób. To jest podstawowa sprawa. Po drugie chronimy tych pacjentów przed niepowodzeniem leczenia onkologicznego. Każda choroba zakaźna będzie komplikowała terapię każdego takiego pacjenta.

Prof. Miłosz Parczewski, Konsultant krajowy w dziedzinie chorób zakaźnych, Kierownik Katedry Chorób Zakaźnych i Nabytych Niedoborów Immunologicznych Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie



W zakresie eliminacji HCV istnieje pilna potrzeba uruchomienia programu diagnostyki wczesnej w kontekście wykrycia HCV. Dostępność do badań w kierunku wykrycia HCV powinna być szersza i dostępna dla lekarzy POZ oraz w pozostałych miejscach systemu ochrony zdrowia. Krajowy Plan Eliminacji Wirusa HCV jest znakomicie opracowany, a jego wprowadzenie zależy od Ministerstwa Zdrowia. Bardzo ważnym zagadnieniem jest również włączenie większej liczby szczepień ochronnych do koszyka świadczeń gwarantowanych. Chciałbym podkreślić bardzo ważne zagadnienie, które dotyczy profilaktyki nawrotów i profilaktyki ciężkich chorób w populacjach starzejących się. Musimy rozszerzyć zakres refundacji publicznej dla szczepionek, które są korzystne dla osób powyżej sześćdziesiątego piątego roku życia, jak choćby szczepionka przeciwko pneumokokom, szczepionka przeciwko RSV, czy szczepienie przeciwko półpaścowi. Te szczepienia ochronne powinny być refundowane publicznie, a poprzez to być dostępne dla szerokiej grupy osób,

które powinny i chcą się zaszczepić. Jeżeli chodzi o szczepienia osób z niedoborami odporności, to tą populację musielibyśmy traktować szerzej i dokładnie zdefiniować niedobory odporności. Problemem z niedoborem odporności jest to, że definicja nie jest jasna. Osoba, która przeżyła nowotwór dziesięć lat temu będzie miała inne ryzyko reaktywacji wirusa półpaśca, niż osoba, która jest aktualnie na chemioterapii. To także zależy od rodzaju nowotworu. Czy jest to nowotwór krwi, czy guz lity. Musimy brać pod uwagę również rodzaj terapii przeciwnowotworowej – np. leczenie przeciwciałami monoklonalnymi, które jest stosowane bardzo szeroko.

*Prof. Zbigniew Żuber, Przewodniczący Rady
Ekspertów do Spraw Chorób
Autoimmunologicznych, Medycznej Racji Stanu,
Kierownik III Oddziału Klinicznego Pediatrii,
Reumatologii z pododdziałem Alergologii Szpitala
Św. Ludwika w Krakowie*



Choroba Stilla jest rzadko występującą ogólnoustrojową chorobą zapalną przebiegającą z gorączką, wysypką i zapaleniem stawów. Schorzenie może mieć przebieg ostry, nawracający lub przewlekły. I niestety jest to poważny problem, gdyż na podstawie wielu międzynarodowych analiz, wielu pacjentów zmarło z tego powodu, że nie byli rozpoznani. To jest największy problem, jaki obecnie mamy. Choroba może pojawić się u dziecka, u młodzieży i dorosłego w różnym wieku. Natomiast, jeżeli jest pewien defekt genetyczny, to choroba Stilla ujawni się zawsze. Przy zaburzeniu infekcyjnym, albo przy niekorzystnym układzie przejścia po infekcyjnego reakcji nadmiernej układu immunologicznego, dochodzi do procesu, który możemy określić jako pewnego rodzaju stan hiper-zapalny, czyli coś w rodzaju burzy cytokinowej. Mamy nagły rozwój procesu zapalnego z zajęciem narządów wewnętrznych. Jest to choroba trudna do opanowania, prowadząca do wielu powikłań. Jeżeli te powikłania jesteśmy w stanie ograniczyć, to tylko wtedy, kiedy możemy pacjenta prawidłowo rozpoznać i odpowiednio leczyć. Ok. 3% pacjentów z chorobą Stella umiera. Obecnie mamy dostęp refundacyjny do terapii sterydami w dużych dawkach oraz leczenia blokerami interleukiny 1 (IL-1). Jednak w trakcie tych terapii mamy ogromne zagrożenie rozwoju zespołu aktywacji makrofagów, czyli jeszcze większą burzą cytokinową, właściwie „sztormem cytokinowym”, w przebiegu którego umiera do 25% populacji dziecięcej i do 40- 45% populacji dorosłych. To jest bardzo duże zagrożenie. Oczywiście nie są to choroby częste, tylko choroby niezwykle rzadkie, ale to są właśnie pacjenci, którzy bardzo często na OJOM-ach na SOR-ach są przyjmowani, którzy gorączkują z niewiadomych przyczyn określane są jako sepsa, a potem w niewyjaśnionych okolicznościach giną z powodu niewydolności narządowej zaburzeń centralnego systemu nerwowego, z powodu zaburzeń kardiologicznych, układowych, ale także niewydolności nerek i ciężkich zaburzeń, przede wszystkim koagulopatiami zaburzeń układu krążenia i układu krzepnięcia, więc to jest bardzo poważny problem, z którym powinniśmy sobie radzić. Typowe powikłania chorób autoimmunologicznych, czyli chorób reumatycznych, ale mogą być spotykane także w innych jednostkach chorobowych i przede wszystkim w chorobach zakaźnych, co jest ogromnym problemem także w onkologii, hematologii, pulmonologii, kardiologii i nefrologii. W chorobie Stilla, od dwóch lat mamy możliwość leczenia blokerami interleukiny 1. Jest to bardzo dobry preparat, ale musimy go podawać podawanie podskórne codziennie. Mamy także możliwości leczenia innym blokerem interleukiny 1, który podaje się raz na 4 tygodnie, co znakomicie poprawia komfort życia pacjentów oraz akceptacji przez pacjenta leczenia. O tym też musimy wiedzieć, bo według wszelkich nowoczesnych standardów postępowania, leczenie

powinno być uzgodnione z pacjentem. Obecnie, jako środowisko reumatologów wnioskujemy o refundację publiczną kanakinumabu w leczeniu czynnej postaci choroby Stilla, w tym choroby Stilla z początkiem w wieku dorosłym i układowego młodzieńczego idiopatycznego zapalenia stawów (SJIA) u pacjentów w wieku 2 lat i starszych, u których nie uzyskano wystarczającej odpowiedzi na wcześniejsze leczenie niesteroidowymi lekami przeciwzapalnymi (NLPZ) i kortykosteroidami o działaniu układowym. Lek może być podawany w monoterapii lub w skojarzeniu z metotreksatem. Przypomnę, że choroba Stilla, to rzadka jednostka chorobowa, a na tą terapię kwalifikowałoby się ok. 30 pacjentów w skali roku. Lek jest refundowany w wielu krajach Unii Europejskiej.

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



W zakresie choroby Stilla liczę na to, że kanakinumab będzie refundowany, a proces refundacyjny właśnie trwa. Mam nadzieję, że on się przyspieszy, bo rzeczywiście w tej chwili blokery interleukiny pierwszej są traktowane, jako leki pierwszego rzutu, u bardzo agresywnie przebiegających chorych, zarówno młodych dzieci, jak pacjentów dorosłych. Stosowanie leku, szczególnie u dzieci, który trzeba podawać w iniekcjach codziennie, a stosowanie leku, który podaje się raz na 4 tygodnie, to jest diametralna różnica. Dodatkowo, zastąpienie jednego blokera interleukiny pierwszej drugim blokerem zwiększa skuteczność terapii, co również daje szansę, dla tych chorych, u których nie działa pierwszy bloker. W przypadku, kiedy jest grupa pacjentów, która może mieć gigantyczne reakcje uczuleniowe, a takich chorych mamy, kiedy wykonujemy codzienne podania leku, to zastosowanie drugiego blokera interleukiny raz na miesiąc gwarantuje, że on będzie te odczyny dawał mniejsze. Jednocześnie przekłada się to na dużą skuteczność terapii.

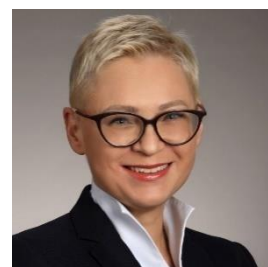
W zakresie szczepień ochronnych różnica między pacjentami z chorobami autoimmunologicznymi, a zwykłą populacją polega na tym, że zarówno leczenie, jak i sama choroba predysponuje do reaktywacji wielu chorób. To dotyczy m.in. półpaśca, w związku z powyższym jest niezwykle ważne, aby dla całej grupy pacjentów reumatologicznych (zarówno młodych, jak i starszych) była szeroka dostępność do szczepionki przeciwko półpaścowi. Szczepienie tych pacjentów, daje nam możliwość kontynuowania stosowania, w przebiegu którego jest duże ryzyko reaktywacji półpaśca. Mamy nowe grupy leków, chociażby w takiej chorobie, jak toczeń rumieniowaty układowy, gdy jedyny lek biologiczny refundowany w Polsce, dający szansę na leczenie chorych, niestety zwiększa również ryzyko reaktywacji półpaśca. Bez możliwości szerokiego szczepienia przeciwko półpaścowi naszych chorych istnieje ryzyko przerwania terapii choroby podstawowej. Stąd moja działalność w aspekcie, po pierwszej refundacji publicznej szczepień ochronnych u chorych reumatologicznych.

***Dagmara Korbasińska-Chwedczuk, Zastępca Dyrektora
Departamentu Zdrowia Publicznego w Ministerstwie
Zdrowia***



W Ministerstwie Zdrowia powstał Zespół dotyczący poprawy bezpieczeństwa zdrowia kobiet. Zespół zajmuje się opracowywaniem propozycji działań w zakresie poprawy bezpieczeństwa zdrowotnego kobiet, ze szczególnym uwzględnieniem zdrowia prokreacyjnego oraz opieki okołoporodowej i jesteśmy po pierwszym spotkaniu tego zespołu. W trakcie pierwszego spotkania przede wszystkim wyróżniliśmy te zagadnienia, o których chcemy dyskutować. Na pewno w trakcie prac naszego zespołu jedno ze spotkań poświęcimy problemowi nietrzymania moczu i kału w wyniku urazów okołoporodowych kobiet rodzących. Chcemy skoncentrować się na problemach nietrzymania moczu u kobiet, które są związane bezpośrednio z przebiegiem ciąży, przebiegiem porodu, jak i menopauzą i wiekiem. Kolejny problem, którym chcemy się zająć, to kwestia trudnych doświadczeń w przypadku utraty dziecka, trudnej ciąży, utraty ciąży, ale i zapewnienia odpowiedniej opieki. To też jest element, który się pojawił nam w trakcie naszych dyskusji. Tych kwestii, które zespół chce podejmować, jest naprawdę dużo i dla nas to jest bardzo cenne miejsce, gdzie możemy, porozmawiać ze sobą, posłuchać środowiska zobaczyć, jak pewne problemy są postrzegane przez kobiety i jakie one mają oczekiwania wobec systemu. Mam nadzieję, że będzie to takie dobre miejsce na przeanalizowanie w gronie ekspertów ewentualnych barier w dostępie do szeroko pojętych świadczeń w obszarze zdrowia prokreacyjnego oraz poszczególnych elementów opieki okołoporodowej oraz zaproponowanie działań, które mogłyby wpłynąć na poprawę bezpieczeństwa zdrowotnego kobiet w tym obszarze.

***Prof. Ewa Barcz, Kierownik Katedry Ginekologii i Położnictwa
Collegium Medicum UKSW Międzyleskiego Szpitala
Specjalistycznego w Warszawie***

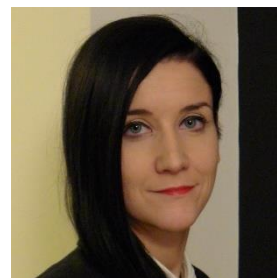


Rosnący problem z nietrzymaniem moczu i chorobami dna miednicy, wynika z wielu uwarunkowań w tym między innymi niezdrowego stylu życia, przybierania na wadze, czy palenia papierosów. Dodatkowo, są one w dużej mierze związane z wiekiem, przebytymi porodami, pracą fizyczną oraz czynnikami genetycznymi. Oprócz procesu starzenia, mamy do czynienia z odmiennościami w budowie tkanki łącznej i między innymi kolagenu, tak więc czynnik genetyczny ma bardzo duże znaczenie w patogenezie chorób dna miednicy. Problemów zdrowotnych w tym zakresie jest wiele i często są one nieuniknione. Możemy wpływać na to, jak szybko zostaną zdiagnozowane, prowadzić działania profilaktyczne, jednak, w niewielu przypadkach jesteśmy w stanie ich rzeczywiście uniknąć. Musimy się zmierzyć z tym, że zachorowalność na choroby dna miednicy będzie rosła, niezależnie od działań edukacyjno-profilaktycznych. Z powodu starzenia się społeczeństwa, tych schorzeń będzie diagnozowanych coraz więcej. Jestem zadowolona, że w programie „Zdrowa bezpieczna ja” pojawiają się elementy dotyczące chorób dna miednicy. Natomiast chciałabym bardzo mocno podkreślić, że choroby dna miednicy, to nie tylko nietrzymanie moczu związane z ciążą, czy z menopauzą. Mamy do czynienia z mnogością rozpoznaw, które występują przez całe życie kobiety. Mówimy często o zdrowiu kobiety w okresie przed-, okołoporodowym i poporodowym, o macierzyństwie, o nowotworach, natomiast pamiętajmy, że poza tym kobieta ma swoją „specyfikę chorobową” w zakresie problemów związanych z dnem miednicy i z narządami miednicy mniejszej. Są to między innymi nietrzymanie moczu, nietrzymanie

stolca, wypadanie narządów miednicy, zespoły bólowe, choroby infekcyjne, a wiele z nich to wciąż temat tabu. Jednocześnie, istnieje problem pozyskiwania wiedzy przez kobiety w social mediach, gdzie niezwykle popularnej jest „celebryctwo lekarskie”. Mamy wiele stron internetowych, czy instagramowych blogów, vlogów które bombardują kobiety informacjami na temat tzw. medycyny estetycznej. To jest z kilku powodów bardzo niepokojące. Mamy do czynienia z niezwykle mocnym przekazem medialnym skupiającym się na tym jak wyglądamy w miejscach intymnych po porodzie, jak kobieta powinna wyglądać i czego od siebie oczekiwać. Powoduje, że młode kobiety zaczynają się bać tego jak będą funkcjonowały w sferze partnerskiej, seksualnej i estetycznej. I to również przekaz, który odwołuje je od macierzyństwa i promuje patologiczne skupianie się na kwestiach estetycznych, które są niewątpliwie ważne, ale zaczyna im się przypisywać nieadekwatną wagę w stosunku do tego, co jest tak naprawdę ważne.

Chciałabym zaapelować do lekarzy, do Ministerstwa Zdrowia, do NFZ, do dziennikarzy i wszystkich ludzi, którzy kształtują naszą wiedzę i naszą świadomość medyczną o to, żebyście Państwo nie zapominali o kobietach poza ciążą, porodem i kwestiami związanymi z koncepcją czy antykoncepcją. Pamiętajmy również o kobietach, które mają problemy zdrowotne, wykluczające z życia społecznego, zawodowego, rodzinnego czy aktywności fizycznej. Często mówimy o zachowaniach prozdrowotnych, o utrzymaniu kondycji fizycznej, a zapominamy o tym, że 40-50% pań po 50 roku życia zmaga się z nietrzymaniem moczu. W związku z tym trudno od nich wymagać, żeby uprawiały sport, jogging, czy chodziły na siłownię w sytuacji, w której wstydzą się wyjść z domu, czy też mają konieczność noszenia środków chłonnych. Nietrzymanie moczu jest objawem licznych chorób i w zależności od tego, czym ten objaw jest spowodowany, możemy zastosować odpowiednie leczenie. Niektóre formy nietrzymania moczu, leczy się głównie zachowawczo, na przykład farmakologicznie, a inne, wyłącznie zabiegowo. W każdym z tych przypadków mamy do dyspozycji również metody minimalnie inwazyjne, które mogą wspomagać leczenie. Mówimy tutaj o szeroko pojętej fizjoterapii, pessaroterapii (pessaroterapia należy do nieoperacyjnych metod leczenia nietrzymania moczu i wypadania narządów miednicy mniejszej z wykorzystaniem pessara, czyli miękkiej i elastycznej wkładki wykonanej z silikonu medycznego lub winylu, którą umieszcza się w pochwie, aby podeprzeć obniżone narządy), hormonoterapii, o zmianie nawyków, czy stylu życia. Fizjoterapia może wspomóc nas w leczeniu chirurgicznym, może wspomóc kondycję pacjentki po leczeniu chirurgicznym, może zmniejszyć nasilenie, czy też opóźnić wystąpienie ciężkich objawów, natomiast w sytuacjach zaawansowanych na pewno nie stanowi samodzielnego leczenia. W każdym przypadku stosujemy pewien rodzaj drabiny terapeutycznej, po której wraz z pacjentką, o ile tylko trafia ona do nas na początku swojej choroby, możemy się wspinać. Problemy terapeutyczne to nie tylko diagnoza i leczenie ale również refundacja publiczna leków, które mają niewielką ilością działań niepożądanych. Następnym nierozwiązanym problemem jest to, że we wskazaniach uroginekologicznych fizjoterapia nie jest refundowana przez NFZ. Nie jest refundowana również fizjoterapia śródcieżowa i poporodowa. Jeżeli pacjentka ma wiedzę i świadomość, i chciałaby z takiej formy leczenia skorzystać, musi ją sfinansować z własnych środków. Mamy również absolutnie niewystarczającą refundację środków chłonnych, z pominięciem nietrzymania moczu innego niż wynikające z choroby nowotworowej. Na dzień dzisiejszy dysponujemy pełnym spektrum leczenia w zakresie chorób dna miednicy, jednakże, nie każda z terapii, również ze względów finansowych i refundacyjnych jest dostępna. Procedury, które wykonujemy, w zakresie chirurgii rekonstrukcyjnej dna miednicy są wykonywane w nielicznych ośrodkach klinicznych. Jest to spowodowane faktem, że wycena tych procedur przez NFZ jest zbyt niska.

*Dr Anna K. Czech, FEBU, Katedra i Klinika Urologii.
Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum*



Nietrzymanie moczu oraz zespół pęcherza nadaktywnego stanowią jedną z głównych przyczyn niskiej jakości życia pacjentów urologicznych. Na zespół pęcherza nadaktywnego (OAB) składają się parcia naglące współistniejące często z częstomoczem dziennym i/lub nokturią, z nietrzymaniem moczu z parcia lub bez. Patofizjologia OAB jest wieloczynnikowa i w dużej mierze niepoznana. Leczenie OAB może być wielokierunkowe. Możliwości terapeutyczne obejmują metody behawioralne, farmakoterapię, neurotoksyny podawane do pęcherza oraz zabiegi chirurgiczne. Podstawą leczenia zespołu pęcherza nadaktywnego jest farmakoterapia lekami z grupy leków antycholinergicznymi lub agonistą receptora beta-3 – mirabegron. Mechanizm działania leków antycholinergicznymi opiera się na blokowaniu receptorów muskarynowych, wykazując działanie zwiotczające na pęcherz moczowy, zwiększające jego pojemność oraz hamujące niekontrolowane skurcze pęcherza moczowego. Leki antycholinergiczne refundowane w leczeniu OAB to solifenacyna i tolterodyna. Mirabegron z kolei nie upośledza opróżniania pęcherza moczowego i nie powoduje zalegania moczu. Mirabegron w porównaniu do leków antycholinergicznymi charakteryzuje się również niższym ryzykiem skutków ubocznych, takich jak: suchość w jamie ustnej, zawroty głowy, dolegliwości żołądkowo-jelitowe. Klinicyści i pacjenci oczekują refundacji mirabegronu w leczeniu objawów zespołu pęcherza nadaktywnego.

Największe potrzeby, jeśli chodzi o diagnostykę i terapię nowotworów urologicznych, takich jak rak pęcherza moczowego i rak prostaty, to przede wszystkim budowanie świadomości na temat tych nowotworów, wczesna diagnostyka i terapia. Bardzo cieszą mnie akcje, mające na celu uświadamiania społeczeństwa na temat nowotworów urologicznych. Przykładem takiej akcji jest Movember, czyli „listopad z wąsem”. Promowana jest wiedza na temat raka jądra i rzeczywiście widzimy odzew. Zapraszani są młodzi mężczyźni na USG, żeby się zbadać i mieć wykonane USG, w kierunku wykrycia raka jądra. Oczywiście takie akcje odnoszą skutek - świadomość społeczeństwa jest coraz większa, dlatego należy prowadzić ich jak najwięcej. Jeśli chodzi o dostęp do diagnostyki i terapii w ostatnich latach dokonał się spory postęp, choć wydaje mi się, że jest on nierównomierny. W zakresie raka gruczołu krokowego, zarówno świadomość społeczeństwa, jak i dofinansowanie metod diagnostycznych oraz terapii jest nienajgorsze. Leczenie chirurgiczne, czy radioterapia jest na poziomie europejskim. Dostęp refundacyjny do nowoczesnych leków, z pewnymi obostrzeniami jest w ramach programów lekowych. Myślę, że warto by było teraz skierować kolejne środki i przemyśleć akcje, które pozwolą przypomnieć, czy uświadomić społeczeństwu, że urologia to nie jest tylko rak prostaty. Spora część pacjentów urologicznych to także kobiety, które mają nerki, pęcherze moczowe i moczowody. W raku pęcherza moczowego pojawiają się nowe opcje terapeutyczne, które dotyczą bardzo zaawansowanej choroby. Dotyczą one tylko znikomego odsetka chorych, natomiast w zakresie terapii chorych z nienaciekającym mięśniówki rakiem pęcherza w zasadzie w ostatnich latach aż tak dużo się nie zmieniło. W przypadku raka naciekającego mięśniówkę, przy cystektomii radykalnej i chemioterapii okołoperacyjnej w zasadzie polegamy na klasycznej chemioterapii i tu wielkiego postępu niestety nie ma, co również się odbija na niezbyt korzystnych przeżyciach. To jest bardzo agresywna choroba.

Elżbieta Żukowska, Sekretarz Stowarzyszenia UroConti

W Stowarzyszeniu UroConti podejmujemy różne działania, żeby uświadomić wszystkim, że nietrzymanie moczu nie jest powodem do wstydu. Nietrzymanie moczu nie jest chorobą, tylko jest to przypadłość i może dlatego nie jest uwzględniana przez lekarzy. Podkreślam od lat, że należy lekarzy pierwszego kontaktu zmobilizować, by pytali: „Czy pan, pani trzyma mocz?”. Głównie chciałabym zwrócić uwagę na pominięte systemowo osoby 50 plus, bo młode kobiety już są zaopiekowane i to dobrze. Nietrzymanie moczu bardzo utrudnia życie w społeczeństwie, a kobiety chcą pracować dłużej niż ustawowy moment przejścia na emeryturę. Problemy z nietrzymaniem moczu powodują, że jednak część z nich decyduje się przejść na emeryturę w wieku 60, czy 65 lat, bo wstydzą się przyznać lekarzowi, że nie trzymają moczu. Obecnie mamy największy problem z refundacją wyrobów medycznych, takich jak pieluchomajtki. Niestety refundacja jest tylko dla bardzo ciężkich przypadków. Refundacji w ogóle nie ma w wysiłkowym nietrzymaniu moczu. W pęcherzu nadreaktywnym są one refundowane tylko wtedy, kiedy ktoś ma inną zdiagnozowaną chorobę nawet nowotworową. Ale nie dotyczy wszystkich nowotworów. Ja jestem po dwóch mastektomiach i nie przysługują mi środki chłonne tj. pieluchomajtki czy wkładki na refundację, ponieważ brak piersi (nowotwór piersi) nie jest związany z chorobami uroinekologicznymi. Walczymy o to, aby również takie pacjentki miały dostęp refundacyjny do wyrobów medycznych. Była organizowana akcja „różowych skrzyneczek” dla dziewcząt w szkołach, a my zrobiliśmy analogiczną akcję skrzyneczek dla dorosłych. Zauważyłam, że w toaletach w Sejmie te skrzyneczki już są i warto by było uruchomić analogiczne działania właśnie w Ministerstwach, gdzie dużo kobiet pracuje. To oczywiście też dotyczy panów. Takie akcje powodują zwiększenie świadomości, że można się zabezpieczyć, a to jest podstawa, bo to jest nasze bezpieczeństwo.



*Dyrektor Irena Łaba, Zastępca Dyrektora
Departamentu Obsługi Klientów i
Profilaktyki w Centrali NFZ*

*Iwona Konfederak, Zastępca Dyrektora
Departamentu Obsługi Klientów i
Profilaktyki w Centrali NFZ*

NFZ

Narodowy Fundusz Zdrowia

Profilaktyka i edukacja profilaktyczna są naszymi priorytetowymi zadaniami. Realizujemy je zarówno w stacjonarnych salach obsługi klientów oraz w ramach wydarzeń profilaktycznych. Zakres naszej oferty znacznie się poszerzył o edukację profilaktyczną, zadania z zakresu promocji zdrowego stylu życia oraz edukacji adresowanej do dzieci, rodziców i dziadków. Działania te realizujemy w salach obsługi klientów, gdzie do dyspozycji naszych klientów uruchomiliśmy stanowiska do spraw profilaktyki i promocji zdrowia. W każdym z nich pracuje profesjonalny doradca, który podpowiada, w jaki sposób oraz gdzie można skorzystać z programów profilaktycznych, wskaże jak wykonać podstawowe pomiary w samoobsługowym kiosku profilaktycznym.

W samoobsługowych punktach dorośli na miejscu mogą wykonać najważniejsze pomiary: wzrostu, masy ciała, indeksu masy ciała, ciśnienia tętniczego krwi. Te podstawowe pomiary medyczne są niezbędne, aby ocenić ryzyko najbardziej niebezpiecznych chorób cywilizacyjnych. Z kiosków mogą również korzystać osoby z niepełnosprawnościami. Aby umówić się na spotkanie z doradcą ds.

profilaktyki i promocji zdrowia oraz wykonać pomiary w kiosku profilaktycznym, wystarczy zgłosić się do oddziału wojewódzkiego NFZ.

Pracownicy oddziałów wojewódzkich biorą aktywny udział w wydarzeniach profilaktycznych organizowanych w całym kraju. Od początku tego roku NFZ uczestniczył już w ponad 1200 różnego rodzaju wydarzeniach poświęconych profilaktyce i promocji zdrowia. Jesteśmy tam, gdzie pacjenci, współpracując z organizacjami zrzeszającymi pacjentów, instytucjami, czy stowarzyszeniami działającymi na rzecz profilaktyki i ochrony zdrowia. Promocji zdrowia służą też „Środy z Profilaktyką” w NFZ. Jest to cykliczne wydarzenie poświęcone profilaktyce chorób i promocji zdrowia. W ramach „Środy z Profilaktyką” opracowujemy materiały informacyjno-edukacyjne.

Jednym z podstawowych źródeł informacji o funkcjonowaniu systemu ochrony zdrowia, w tym również o profilaktyce jest Telefoniczna Informacja Pacjenta (TIP). Infolinia NFZ działa 24 godziny na dobę, 7 dni w tygodniu. Pod numerem Telefonicznej Informacji Pacjenta można uzyskać wszelkie informacje dotyczące funkcjonowania systemu ochrony zdrowia. Informacja udzielana jest w kilku językach m.in.: polskim, angielskim, ukraińskim. Można również skorzystać z wideo-rozmowy z tłumaczem języka migowego. W ramach TIP działa także linia onkologiczna, gdzie pacjent otrzyma informacje nt. leczenia onkologicznego, ale również o programach profilaktycznych i promocji zdrowia.

*Prof. Konrad Rejdak, Prezes Polskiego Towarzystwa
Neurologicznego, Kierownik Klinicznego Oddziału Neurologii
Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego Nr 4 w
Lublinie*



Tak, jak powiedziała Pani Poseł Alicja Chybicka, trzeba dbać o dobrą kondycję swojego mózgu. Niedawno odbył się Europejski Szczyt Zdrowia Mózgu pod egidą Europejskiej Akademii Neurologii (EAN), w którym miałem zaszczyt reprezentować Polskę. Słuchając Pani Poseł Alicji Chybickiej dopisałbym kilka dodatkowych punktów, aby kampania, strategia zdrowia mózgu była wpisana w społeczną akcję edukacyjną w celu dotarcia do młodych ludzi, ponieważ nie zdają sobie sprawy, że błędy popełniane w młodości skutkują w odległym czasie, prowadząc do różnych zaburzeń. W tym miejscu dopisałbym higienę snu, jako element, który działa pozytywnie, ale ma też silne związki z ryzykiem rozwoju chorób zwyrodnieniowych mózgu. Coraz więcej danych wskazuje na takie czynniki zewnętrzne, jak ekspozycja na sztuczne światło, które korelują z ryzykiem udaru i różnych zaburzeń układu nerwowego. To też zaburzenia rytmu dobowego oraz unikanie kontaktów personalnych na rzecz narzędzi elektronicznych. Myślę, że to wielkie wyzwanie na przyszłość. Na poziomie interdyscyplinarnym powinniśmy uregulować i dążyć do tego, aby neurologia stała się nie tylko priorytetem w systemie ochrony zdrowia, lecz także priorytetem dla każdego pacjenta.

W kwestii profilaktyki i zapobiegania różnym problemom neurologicznym niewątpliwie dużym wyzwaniem medycznym jest półpasiec. Neuralgia półpaścowa należy do jednego z najbardziej przykrych powikłań w neurologii. Mamy różne grupy ryzyka, które są szczególnie podatne, a są niestety wykluczone z refundacji publicznej szczepionki. Refundacyjny limit wieku sprawia, że na przykład pacjenci ze stwardnieniem rozsianym leczeni terapiami immunosupresyjnymi, czy immunomodulującymi mogą znaleźć się w grupie ryzyka, mimo że są w młodym wieku. Oni nie otrzymają refundowanej szczepionki. Takich przykładów jest wiele, ale też muszę pochwalić, że dzięki wspaniałej współpracy Polskiego Towarzystwa Neurologicznego z Ministerstwem Zdrowia oraz

organizacjami pacjenckimi udało nam się w ostatnim czasie wprowadzić refundację leczenia spastyczności preparatami toksyny botulinowej. Jest to duży krok naprzód, niezależnie od etiologii spastyczności możemy zaoferować leczenie pacjentom w bardzo trudnych sytuacjach życiowych. Spastyczność może zakłócić skutecznie życie młodym ludziom, wywołać ból i problemy z funkcją ruchową, więc poszerza się spektrum naszej interwencji. Chcielibyśmy, jako neurologi włączyć do agendy i rozmów z Ministerstwem Zdrowia modyfikację funkcjonowania programów lekowych w różnych grupach chorobowych, uelastycznienie tych programów tak, aby one nie odbywały się według sztucznego schematu narzuconego przez zapisy w programie tylko korzystanie z tych środków bardziej elastycznie po to, żeby dostosować się do potrzeb pacjentów. Wycena obsługi programów lekowych, czyli finansowanie pracy ośrodków klinicznych je realizujących musi zostać podwyższona. Związane jest to bezpośrednio z odbudową kadr w neurologii, począwszy od lekarzy specjalistów neurologów, poprzez pielęgniarki neurologiczne, psychologów, aż po kadry pomocnicze - koordynatorów opieki i asystentów medycznych.

Prof. Jarosław Pinkas, Konsultant krajowy w dziedzinie zdrowia publicznego, Dziekan Szkoły Zdrowia Publicznego CMKP



Często popełniamy błąd komunikacyjny, gdy mówimy o profilaktyce chorób. Nie ma jednej uniwersalnej metody, która rozwiązała by tę kwestię raz na zawsze. Profilaktyka to proces ciągły. Trzeba zacząć od teraz i to jest najważniejsze, żeby nie stracić ani godziny, ponieważ mamy w tej chwili sytuację nie ukrywam dramatyczną, jeżeli chodzi o zdrowie publiczne. Jest bardzo wiele przykładów sytuacji, które nie powinny się zdarzyć, a które mogą w następstwie spowodować realne zagrożenia. Ponad 80 tys. odmów szczepień ochronnych w 2023 r. będzie prowadzić do utraty odporności populacyjnej. Będzie generować dramaty spowodowane chorobami zakaźnymi, których do tej pory nie mieliśmy i powikłania, z którymi się do tej pory lekarze w Polsce nie spotykali. To powikłania odry, a pewnie za chwilę pojawi się nas polio. Mamy przygotowane rozwiązanie, a mianowicie przez kilka ostatnich lat prowadziliśmy działania związane z budową wzrostu zaufania do szczepień ochronnych. Projekt realizowany był przez cztery uniwersytety: Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego, Akademia Leona Koźmińskiego, SWPS i Warszawski Uniwersytet Medyczny. Jakie są efekty tych działań? To są gotowe lekcje dla dzieci, gotowe narzędzia dla nauczycieli. Projekt obejmuje szereg działań, od legislacji po działania edukacyjne i komunikacyjne, które mogą być używane w przestrzeni publicznej.

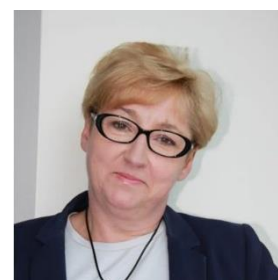
Kolejna istotna kwestia, to fakt, że godzimy się cały czas z tym, że wokół nas „boczną furtką” wchodzą zagrożenia, które albo relatywizujemy, albo niestety silne lobby powoduje to, że nie chcemy ich zauważać. Często, ci, którzy to jednak zauważają są natychmiast hejtowani, a inni nie bardzo chcą podjąć się ryzyka polemiki. Jest wiele takich kwestii, jak np. dostęp do marihuany, która może być wstępem do uzależnienia już od twardych narkotyków. Relatywizujemy to co dzieje się na naszych stacjach benzynowych. Jeżeli staniemy przed kasą i zapłacimy za benzynę, to najpierw będziemy mieli alkohole, później e-papierosy, następnie wszystko to, co jest słodkie i tłuste, a na koniec energetyki, które mają nam ugasić pragnienie. Delikatnie mówiąc, nie jest to optymalny wzorzec promocji dobrych wyborów zdrowotnych.

Kolejnym zagrożeniem, które już dostrzegamy są dramaty związane z fentanylem. To, co się dzieje obecnie w Stanach Zjednoczonych mam nadzieję, że nie dojdzie ostatecznie do nas w takim kształcie.

Jednak w Polsce muszą być wdrożone rozwiązania legislacyjne i gigantyczna działalność edukacyjna, jeśli chcemy się przed tym uchronić.

Często nie uświadamiamy sobie, jak łatwo rozprzestrzeniają się pewne zagrożenia np. odra – niezwykle zakaźna choroba. Ale występują również inne „wirusy”, które szybko infekują kolejne ofiary. Ich naturalnym środowiskiem jest Internet. Ja nie zachęcam tutaj w żadnej mierze do tego, żeby wprowadzać cenzurę, tylko żeby nauczyć się fact checkingu, żeby zwiększać swoją pewność, że to co przeglądamy jest rzetelne i zgodne z wiedzą medyczną. Bardzo często jest tak, że na naszym zdrowiu żerują ci, którzy, którzy monetyzują nasze złe wybory zdrowotne. To są ci, którzy będą deprecjonować szczepionki mówiący: „po co się szczepić, kiedy można kupić sobie jakiś suplement diety?”. To są ci, którzy postponują działania naukowców, medyków, czy też legislację chociażby prowadzoną przez Ministerstwo Zdrowia, bo chodzi o to, żeby po prostu ich zdeprecjonować – jak dzieje się w przypadku szczepień. To jest element wojny hybrydowej. Te działania noszą znamiona nieprzypadkowych. Chodzi o destabilizację państwa i wprowadzenie chaosu. Musimy wierzyć tym, którzy są autorytetami, a nie pseudo influencerami. Zawierzyć tym, którzy reprezentują ośrodki naukowe, ośrodki rządowe, instytuty naukowe i pokazują rzetelne badania, a proponowane rozwiązania opierają na wiarygodnych danych. W niespokojnych czasach szczególnie niebezpieczne może być odejście od nauki i wiedzy medycznej.

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



W Polsce mamy prawo pacjenta do informacji. Często o tym prawie do informacji zapominamy. A to prawo pacjenta do informacji się przejawia zarówno w edukacji, dostępności do świadczeń, jak i profilaktyce zdrowotnej. Pacjenci kontaktujący się z Biurem Rzecznika Praw Pacjenta informują, że rzeczywiście za mało jest informacji i komunikacji, w relacji między lekarzem a pacjentem. Pacjent czasami nie wie, jakie są badania profilaktyczne. NFZ oczywiście informuje o takich badaniach na swoich stronach internetowych, ale uważam, że taką informację pacjent powinien otrzymać w gabinecie lekarskim – optymalnie lekarza POZ. Jeżeli pacjent trafia do lekarza specjalisty, rzadko spotyka się, żeby lekarz specjalista zapytał: „Czy pani korzysta z jakichś badań profilaktycznych?”. To jest bardzo ważne, a pacjenci za mało korzystają z prawa pacjenta do informacji. Pacjenci o to nie dopytują, a jednak powinni dopytywać. I tutaj też edukacja powinna iść w tym kierunku, żeby pacjenci wiedzieli, że powinni korzystać z prawa do informacji, a lekarze powinni wykazać na to otwartość. To przyczyniłoby się do budowania zaufania. Jeżeli lekarz zapytałby pacjentki: „Jakie Pani ma problemy, jeżeli chodzi na przykład o nietrzymanie moczu?”, to wtedy pacjentka być może wiele rzeczy by powiedziała. Myślę, że powinniśmy poruszać tę kwestię w procesie kształcenia pracowników medycznych: lekarzy, pielęgniarek, dietetyków i psychologów. Należy uczyć studentów, jak prowadzić komunikację z pacjentem, jak okazać wsparcie oraz jak dostosować komunikat do różnych grup wiekowych. Rozmawiamy z organizacjami pacjenckimi i uczymy chociażby pięciu głównych pytań, które można zadać podczas wizyty u lekarza. Jeśli sami nie dopytamy, to lekarz ze względu na ograniczony czas wizyty nie wszystko nam wytłumaczy. Możemy tu mówić o szeregu różnych programów profilaktycznych, ale jeżeli pacjentowi tej informacji w sposób jasny, precyzyjny i dostosowany do wieku nie przekażemy, to pacjent nie pójdzie na badania profilaktyczne, bo nie wszyscy seniorzy skorzystają z internetu.

*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*



Art. 68. Konstytucji RP stanowi, że każdy ma prawo do ochrony zdrowia, a obywatelom, niezależnie od ich sytuacji materialnej, władze publiczne zapewniają równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych. Warunki i zakres udzielania świadczeń określa ustawa. Dodatkowo wskazuje, że władze publiczne są obowiązane do zapewnienia szczególnej opieki zdrowotnej dzieciom, kobietom ciężarnym, osobom niepełnosprawnym i osobom w podeszłym wieku. W tym kontekście przedstawić Państwu wybrane działania podjęte przez RPO w sprawie kobiet w ciąży oraz dzieci. W wystąpieniu do Ministra Zdrowia RPO wskazał na ograniczony dostęp do znieczulenia podczas porodu. W 2022 r. tylko 14% porodów odbyło się ze znieczuleniem zewnątrzoponowym, które jest refundowane przez NFZ – wynika z raportu Funduszu. W niektórych województwach takie znieczulenie jest praktycznie niedostępne, w innych można z niego skorzystać tylko w największych miastach. Opieka okołoporodowa była tematem spotkania Komisji Ekspertów ds. Zdrowia przy RPO. Podczas tego posiedzenia zostały poruszone główne problemy w opiece okołoporodowej, które dot. m.in. interwencji medycznych bez zgody, pozycji wertykalnych – braku swobody, przerywanego kontaktu skóra do skóry, naruszenia godności – przemocy położniczej i ginekologicznej, wsparcia laktacyjnego, dostępu do świadczeń zdrowotnych, dostępu do znieczulenia porodowego, nieszanowania wizyt patronażowych, braku faktycznego dostępu do psychologa, odległych terminów wizyt u lekarza ginekologa (dostęp do ginekologa jest mniejszy na terenach wiejskich niż w miastach), braku realizacji standardu opieki okołoporodowej. O nierównym traktowaniu kobiet z niepełnosprawnościami w gabinetach ginekologicznych i działaniach RPO w tym zakresie mówiłem na jednej z poprzednich debat MRS. Natomiast jeśli chodzi o wybrane działania podjęte przez RPO w sprawie pacjentów onkologicznych oraz osób starszych wskazać pragnę na następujące problemy. Stosowanie przymusu wobec pacjentów na oddziałach niepsychiatrycznych. Nieuregulowane pozostaje stosowanie środków przymusu bezpośredniego wobec osób na oddziałach niepsychiatrycznych, np. pacjentów onkologicznych czy po operacjach. Temat podjęty na wspólnym posiedzeniu KE ds. Zdrowia oraz KE ds. Ochrony Zdrowia Psychicznego przy RPO. Utrudniony dostęp do leczenia chorych onkologicznie. Osoby z nowotworami powinny być objęte szczególną troską. Tymczasem wielu chorych umiera nim zostaną objęci szybką i właściwą opieką medyczną. Z posiadanych informacji wynika, że dotychczasowy system organizacji i finansowania leczenia nie tylko nie zapewnia oczekiwanych możliwości wczesnego wykrywania nowotworów, ale i odpowiedniego leczenia. Zapewnienie potrzeb żywieniowych pacjentów onkologicznych. W związku z toczącymi się pracami nad projektem ustawy o Krajowej Sieci Onkologicznej, która ma usprawnić organizację opieki onkologicznej, RPO przekazał do MZ uwagi organizacji pozarządowych zajmujących się żywieniem medycznym. Postulowano, aby projekt został rozszerzony o uregulowanie problemu leczenia żywieniowego pacjentów onkologicznych. Problemy w dostępie do leczenia pacjentów onkologicznych, w ramach procedury ratunkowego dostępu do technologii lekowych (RDTL). Procedura ratunkowego dostępu do technologii lekowych miała umożliwić ciężko chorym pacjentom uzyskanie indywidualnie leku ratunkowego, który w danym wskazaniu nie jest finansowany ze środków publicznych, jeżeli jest to niezbędne dla ratowania życia lub zdrowia świadczeniobiorcy i jest to uzasadnione oraz poparte wskazaniem aktualnej wiedzy medycznej. Natomiast, jak wynika z sygnałów

docierających do Rzecznika, dochodzi do sytuacji, gdy znaczna część leków onkologicznych jest wycofywana z finansowania w ramach RDTL, a pacjenci pozostawieni są sami sobie. Wspólne wyjazdy małżonków (osób bliskich) na leczenie uzdrowiskowe. RPO wielokrotnie podnosił problem wspólnego wyjazdu małżonków (osób bliskich) na leczenie uzdrowiskowe oraz dokonanie odpowiednich zmian w obowiązujących w tej materii przepisach. Rzecznik otrzymuje wnioski od osób starszych, schorowanych, którzy chcieliby otrzymać skierowanie w tym samym terminie, do tego samego zakładu leczenia uzdrowiskowego, a następnie wspólne zakwaterowanie. Problem nieodbierania seniorów ze szpitali, czy ich bezpodstawnej hospitalizacji. Interwencja RPO do minister ds. polityki senioralnej dotyczyła problemu, że do szpitali trafiają osoby starsze, które nie wymagają hospitalizacji. Z kolei seniorzy po leczeniu szpitalnym nie są odbierani przez bliskich. Nie jest też szanowana wola śmiertelnie chorych osób starszych do spędzenia ostatnich dni we własnych domach - rodzina odmawia ich odbioru lub go wręcz uniemożliwia. A osoby przebywające w szpitalu dłużej niż wymaga tego leczenie blokują miejsca innym potrzebującym. Problematyka chorób rzadkich i zapewnienie ze strony resortu zdrowia, w szczególności w zakresie wdrożenia Planu dla Chorób Rzadkich. Rzecznik wielokrotnie w przestrzeni publicznej podnosił konieczność działań państwa w obszarze chorób rzadkich. Przejawem tego na przestrzeni ostatnich kilkunastu lat były wystąpienia, w których Rzecznik podkreślał potrzebę przyjęcia Narodowego Planu dla Chorób Rzadkich. Niemniej jednak Plan dla Chorób Rzadkich nadal nie funkcjonuje. Problematyka wykazu leków krytycznych oraz konieczności budowania bezpieczeństwa lekowego w kraju. RPO w wystąpieniu do Ministra Zdrowia i Ministra Rozwoju i Technologii zwrócił się o informację o planach obu resortów w zakresie budowania bezpieczeństwa lekowego, w tym wzmocnienia produkcji leków na terenie kraju oraz opublikowania wykazu leków krytycznych. Jest to istotne, ponieważ umieszczenie na liście oznacza możliwość wystąpienia w najbliższej przyszłości niedoboru danego leku. Natomiast lek uważa się za krytyczny, jeśli jest stosowany w leczeniu poważnych chorób i w przypadku niedoboru nie można go łatwo zastąpić innymi lekami. Na liście znajdują się substancje czynne o szerokim spektrum terapeutycznym, w tym szczepionki i leki stosowane w chorobach rzadkich. Problemy pacjentów z chorobami rzadkimi i refundacji leczenia, w szczególności dzieci i ich rodziców. Państwo szczególnie niedomaga w zakresie pieczy nad dzieckiem w dostępie do świadczeń i ich refundacji. Przejawia się to również w różnego rodzaju zbiórkach podmiotów non profit m.in fundacji na rzecz leczenia pacjentów czy rodziców dzieci zmagających się z chorobami rzadkimi. Wywiera to również ogromny wpływ na rodziców (i wszystkich członków rodziny), którzy często rezygnują z pracy, by opiekować się ciężko chorym dzieckiem. Szczepienia ochronne są najskuteczniejszą znaną profilaktyką chorób zakaźnych. Wprowadzenie obowiązkowych szczepień ochronnych dzieci przyczyniło się do zmniejszenia zachorowalności na wiele chorób zakaźnych, z których część została całkowicie wyeliminowana. W Polsce, podobnie jak w wielu krajach na świecie, co roku znacząco wzrasta liczba dzieci nieszczepionych, co może w przyszłości skutkować zagrożeniem epidemiologicznym i odrodzeniem się tych chorób, które dziś uważa się za „wymarłe”. – tak jak to miało miejsce w przypadku podjętych przez Rzecznika działań w przedmiocie epidemii odry.

22 maja 2024 r. w Biurze Rzecznika Praw Obywatelskich odbyła się konferencja pt. "Pałący problem – uzależnienie od palenia tytoniu i wyzwania dla polityki antynikotynowej". Uczestnicy wydarzenia dyskutowali w dwóch panelach. Pierwszy poświęcony był problemowi uzależnienia od palenia tytoniu. Tematyka drugiej części seminarium skupiała się na rekomendacjach działań w zakresie profilaktyki antynikotynowej. Oddział Dzienny Mokotowskiego Centrum Zdrowia Psychicznego w Warszawie pozostaje w dotychczasowej lokalizacji. Planowana jest reorganizacja Mokotowskiego Centrum Zdrowia Psychicznego, które jest częścią I Kliniki Psychiatrycznej Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie. Oddział dzienny MCZP przy ul. Grottgera 25a zostanie przeniesiony do lokalizacji przy ul.

Sobieskiego 9 i połączony z funkcjonującym pod tym adresem oddziałem dziennym. Biuro Rzecznika Praw Obywatelskich zwróciło się do Dyrektora Instytutu Psychiatrii i Neurologii o wyjaśnienia. W odpowiedzi Dyrektor IPiN podała uzasadnienie decyzji i plany po przeprowadzeniu reorganizacji. BRPO ponownie poprosiło dyrekcję IPiN o analizę decyzji z uwzględnieniem dobra pacjentów. Dzięki działaniom RPO, w dniu 20.05.2024 r. Dyrekcja IPiN postanowiła pozostawić Oddział Dzienny MCZP w dotychczasowej lokalizacji. 6 marca 2024 r. w Biurze Rzecznika Praw Obywatelskich odbyło się posiedzenie Komisji Ekspertów ds. Ochrony Zdrowia Psychicznego, kolejny raz poświęcone sytuacji w psychiatrii dzieci i młodzieży. Należy również uregulować zasady podawania leków czy wykonywania innych czynności dzieciom z chorobami przewlekłymi w przedszkolach. Obecnie dzieje się to na podstawie komunikatów Ministerstwa Zdrowia, a to nie jest źródło prawa powszechnie obowiązującego. Sytuacja dzieci z chorobą przewlekłą, które wymagają podawania leków różnymi drogami i technikami, jest więc uzależniona wyłączenie od wewnętrznych zasad postępowania przyjętych przez przedszkola. Bardzo istotnym zagadnieniem do uregulowania pozostaje pokrywanie kosztów pobytu rodzica z dzieckiem w sanatorium.

Prof. Lucyna Ostrowska, Prezes Polskiego Towarzystwa Leczenia Otyłości

Od kilku lat nasila się dyskusja, jak zapobiegać niesprawności oraz wykluczeniu społecznemu, stygmatyzacji chorych z chorobą otyłością. Dyskutujemy, jakie jest znaczenie nowoczesnego leczenia, jeśli chodzi o leczenie otyłości. Bardzo się cieszę, że dożyłam takich czasów, że farmakologia rzeczywiście jest bardzo dobrym narzędziem w ręku specjalisty w leczeniu choroby otyłościowej. Przez wiele lat otyłość była leczona tak zwanym „dobrym słowem”, a w zasadzie bardziej stygmatyzacją pacjenta. Pacjent słyszał od lekarza, że ma mniej jeść i więcej się ruszać, albo był odsyłany do dietetyka, o ile taki w ogóle w jego zasięgu był i pacjent był w stanie za taką poradę i dietę zapłacić. W tej chwili mamy farmakoterapię, która pozwala przede wszystkim zadziałać na podstawowe przyczyny choroby otyłościowej, a mianowicie na patomechanizmy prowadzące do zaburzeń homeostazy energetycznej ustroju, tj. zaburzenia sygnalizacji w ośrodku sytości, głodu oraz ośrodku nagrody oraz na poprawę tego, co się u pacjenta z chorobą otyłościową zaburzyło, jeśli chodzi o metabolizm. Bardzo ważne jest to, że współczesna farmakoterapia, działając na zaburzenia metaboliczne, poprawia wrażliwość na insulinę, leczenie stanów przedcukrzycowych i cukrzycy. Doszliśmy do momentu, kiedy nowoczesna farmakoterapia, swoją skutecznością zaczyna osiągać korzystnych efektów uzyskiwanych dzięki zastosowaniu chirurgii bariatrycznej. Mamy szansę u dużej liczby pacjentów osiągać redukcję wyjściowej masy ciała powyżej 15-17% i utrzymać to w czasie. Daje nam to możliwość, poza leczeniem choroby otyłościowej, opcję leczenia chorób towarzyszących, czyli powikłań otyłości (przy skutecznym leczeniu choroby otyłościowej uzyskujemy remisję cukrzycy typu 2, obniżenie ciśnienia tętniczego, poprawę gospodarki lipidowej i inne). Można powiedzieć, że w ręku lekarza obesitologa współczesna terapia pozwala na zastosowanie również metod nefarmakologicznych. Jeśli pacjent jest rozregulowany i ma zaburzenia sygnalizacji w ośrodku głodu, sytości i/lub nagrody w centralnym układzie nerwowym, to zastosowanie nowoczesnej farmakoterapii pozwala na poprawę tych zaburzeń i wtedy umożliwia podjęcie współpracy z pacjentem odnośnie modyfikacji jego zachowań żywieniowych. Pacjent w końcu mówi nam, że „już nie muszę stale myśleć o jedzeniu i mogę teraz skoncentrować się na tym, czego Państwo ode mnie wymagacie lub oczekujecie”, czyli jak kontrolować ilość i jakość jedzenia. Pracując wtedy z lekarzem czy dietetykiem pacjent wie, jak się odżywiać, jak często spożywać posiłki oraz nie podjadać między posiłkami. Mówiąc wprost, dopiero wtedy dla nas lekarzy, stwarza to możliwość współpracy



niefarmakologicznej z naszym pacjentem (przy zaleceniach żywieniowych oraz zwiększonej aktywności ruchowej).

Jako Polskie Towarzystwa Leczenia Otyłości stoimy na stanowisku, że leczenie choroby otyłościowej opiera się na czterech filarach. To nie jest tylko skuteczna (bardziej lub mniej farmakoterapia), ale to również są metody niefarmakologiczne i tutaj pierwszym filarem leczenia choroby otyłościowej jest modyfikacja zachowań żywieniowych. Drugim filarem jest zwiększona aktywność ruchowa na tyle, ile pacjent potrafi i może. Trzecim elementem jest postępowanie behawioralne, a czwartym filarem jest farmakoterapia, a dla pacjentów, dla których te wszystkie metody są nieskuteczne oczywiście chirurgia bariatryczna..

Prof. Mariusz Wyleźoł, Prezes elekt Polskiego Towarzystwa Leczenia Otyłości, Kierownik Warszawskiego Centrum Kompleksowego Leczenia Otyłości i Chirurgii Bariatrycznej w Szpitalu Czerniakowskim w Warszawie



Program pilotażowy w zakresie kompleksowej opieki specjalistycznej nad świadczeniobiorcami leczonymi z powodu otyłości KOS-BMI 30 PLUS jest dedykowany leczeniu zachowawczemu chorych na otyłość (ICD10:E66). Genezą stworzenia tego programu była sytuacja, kiedy program KOS BAR dedykowany leczeniu chirurgicznemu chorych na otyłość już funkcjonował i wszyscy zdaliśmy sobie tak naprawdę sprawę z tego, że w Polsce trzeba chorować na najbardziej zaawansowane postaci choroby otyłościowej, żeby publiczna ochrona zdrowia mogła się chorym zaopiekować. Stąd Polskie Towarzystwo Leczenia Otyłości zaproponowało, ażeby stworzyć program KOS BMI 30 PLUS, czyli dedykowany leczeniu zachowawczemu chorych na otyłość. Program ten został przygotowany przez zespół ekspertów, a prace zostały zakończone w czerwcu 2023 r. Przed mniej więcej miesiącem lub dwoma miesiącami odbyły się konsultacje publiczne i czekamy w chwili obecnej na wdrożenie programu w życie. Program KOS-BMI 30 PLUS zakłada leczenie kompleksowe choroby otyłościowej, ale niestety nie umożliwia farmakologicznego leczenia chorych na otyłość ze środków publicznych. Otyłość, to często dramaty ludzkie, z którymi się stykamy na co dzień, gdzie niestety nie sprawdza się powszechne przekonanie, że w grupie chorych na otyłość są osoby zamożne. Większość chorych na otyłość to są osoby, niestety, które mają bardzo ograniczone możliwości finansowe, a które bardzo niestety cierpią z tego powodu, że nie można ich leczyć zgodnie z aktualnymi standardami klinicznymi.

Jakie są więc najpilniejsze potrzeby, żeby w sposób kompleksowy, spójny i zgodnie ze światowymi standardami leczyć chorych na otyłość w Polsce? Przede wszystkim potrzebujemy rozpoznania tej choroby. Większość przypadków choroby otyłościowej nie jest rozpoznawana jako ICD10:E66, a jeżeli jest rozpoznawana, to bardzo późno. Często jest to dopisek na samym końcu karty informacyjnej, na samym dole historii choroby. W wyniku tego, że choroba otyłościowa nie jest rozpoznawana, chorzy nie są leczeni. Czyli podstawą jest rozpoznanie otyłości jako choroby, bo jeżeli pojawi się rozpoznanie, to żaden profesjonalista medyczny, w szczególności lekarz, nie może przejść wokół takiego rozpoznania bez wdrożenia metod leczenia. Bo nie wyobrażam sobie sytuacji takiej, że do gabinetu lekarskiego wchodzi chory, u którego rozpoznajemy cukrzycę, czy astmę i nie wdrażamy leczenia. Niewdrożenie leczenia oznaczałoby błąd sztuki lekarskiej i odpowiedzialność prawną. Czyli tak naprawdę musimy sobie uświadomić, że podstawą leczenia chorych na otyłość jest jej formalne rozpoznanie, wpisane do dokumentacji medycznej chorego. Jeżeli mamy ponad 200 powikłań choroby otyłościowej, to nie

możemy choroby otyłościowej umieszczać na szarym końcu. Powinno znaleźć się to w odpowiednim miejscu, czyli choroba otyłościowa powikłana cukrzycą typu drugiego, nadciśnieniem tętniczym. Takie rozpoznanie będzie za sobą niosło konieczność wdrożenie leczenia przyczynowego, a nie leczenia paliatywnego. W chwili obecnej chorzy na otyłość są leczeni paliatywnie, ponieważ wyłącznie są leczone powikłania tej choroby. Musimy niejako odwrócić ten trend i zacząć leczyć chorych na otyłość przyczynowo. Nie możemy zostawiać tej grupy chorych bez możliwości leczenia farmakologicznego choroby otyłościowej ze środków publicznych. Jako społeczeństwo ponosimy koszty wszystkich powikłań choroby otyłościowej. Dla każdego z nas jest oczywistą sprawą, że leczenie powikłań zawsze będzie kosztowało więcej, niż leczenie przyczyn.

Wiele razy podczas spotkań Medycznej Racji Stanu dyskutowaliśmy o programie KOS-BAR. Ten program w pracach Ministra Zdrowia, raz się pojawia, a raz znika. Teraz ma być kolejna odsłona przedłużenia pilotażu tego programu. Jako środowisko zajmujące się leczeniem chirurgicznym oraz rzecznicy chorych na otyłość olbrzymią postulujemy, aby to znakomite rozwiązanie weszło na stałe do polskiej praktyki klinicznej. Powinniśmy stworzyć stałą i zagwarantowaną w koszyku świadczeń możliwość leczenia chirurgicznego otyłości w ramach programu KOS-BAR.

Chciałbym również przypomnieć, że choroba otyłościowa zwiększa częstość występowania nowotworów złośliwych o około 50%. Leczenie choroby otyłościowej metodami chirurgicznymi, bo tutaj mamy dowody w tym obszarze zmniejsza częstość zgonów w obserwacjach odległych w wyniku nowotworów złośliwych o około 50 %.

Prof. Mariusz Bidziński, Konsultant krajowy w dziedzinie ginekologii onkologicznej, Kierownik Kliniki Ginekologii Onkologicznej w Narodowym Instytucie Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie, Państwowy Instytut Badawczy w Warszawie



Dzisiaj mówimy o nowym podejściu do diagnozowania chorób nowotworowych, do ich profilaktyki i zapobiegania. Zaczę od profilaktyki, w kontekście szczepień na HPV. Wydaje mi się, że mamy zdecydowanie zbyt słabe tempo wyszczepiania zdefiniowanych populacji pacjentów. Cały proces został wprowadzony w dosyć trudnym okresie popandemicznym. Pragnę przypomnieć, że wyszczepialność w granicach 60%, jak zakłada Narodowa Strategia Onkologiczna ma być osiągnięta w 2027 r.. Mamy, więc jeszcze trochę czasu na wdrożenie niezbędnych poprawek w programie. Chociaż nie ukrywam, że tego czasu zaczyna brakować. Naturalną rzeczą jest kwestia przygotowania do tego programu systemu ochrony zdrowia. Musi być więcej działań w zakresie informacyjnym środowiska rodziców, nauczycieli oraz lekarzy rodzinnych, którzy w tym projekcie powinni aktywnie uczestniczyć. Mamy kilka ścieżek, które trzeba uruchomić. Niewątpliwie edukacja jest tutaj kluczowa i przekonanie tych, którzy są nieprzekonani do tego, że warto szczepić przeciwko HPV, bo to jest inwestycja w zdrowie. Nie podkreślam tego bezzasadnie, bo uważam, że dzisiaj zdrowe i wykształcone społeczeństwo, to jest nasza narodowa racja stanu. Jeżeli mówimy w tej chwili o chorobach, które są cywilizacyjnymi oraz profilaktyko-zależne, to system edukacji jest bardzo istotny i długodystansowy. Tego się nie robi w krótkich, epizodycznych elementach aktywności, tylko trzeba temu poświęcić dużo czasu i pewnego rodzaju systematyczności. Mam nadzieję, że te działania zostaną wprowadzone, bo niecałe 20% wyszczepienia populacji wydaje się poziomem zbyt skromną, żebyśmy mogli ogłosić, że wszystko idzie zgodnie z planem. Wręcz przeciwnie, uważam, że musimy zwiększyć aktywność i intensywność tego

projektu. Cieszę się, że edukacja zdrowotna ma wejść do szkół w 2025 r. Dzisiaj coraz więcej wiemy na temat nowotworów HPV zależnych. To nie jest tylko rak szyjki macicy, ale również nowotwory w innych lokalizacjach, takich jak gardło.

Prof. Jarosław Reguła, Konsultant krajowy w dziedzinie gastroenterologii, Kierownik Kliniki Gastroenterologii Onkologicznej, Narodowy Instytut Onkologii- PIB, oraz Kliniki Gastroenterologii, Hepatologii i Onkologii Klinicznej CMKP



Jeśli chodzi o badania przesiewowe w raku jelita grubego, to ten program niestety nie funkcjonuje dobrze. Zgodnie z opisami Narodowej Strategii Onkologicznej powinno się wdrażać ten program w oparciu o testowanie nowoczesnym ilościowym testem FIT, czyli badaniem immunochemicznym kału (ang. fecal immunochemical test - FIT), które ma na celu wykrycie krwi utajonej w kale. Test FIT jest w wielu krajach wprowadzany coraz szerzej. W Polsce wprowadzenia testowania za pomocą ilościowego FITu nie ma. Departament Lecznictwa Ministerstwa Zdrowia obiecywał, że się tym zajmie, ale niestety nie ma żadnych sygnałów, żeby to testowanie za pomocą testów FIT można było w Polsce wprowadzić, bo nic na ten temat nie wiemy. Dyrektor Dziegielewski powiedział dzisiaj, że „...testy FIT miały negatywną opinię od AOTMiT w pierwotnej wersji”. Nigdy nie widziałem takiego dokumentu, chyba, że Pan Dyrektor ma na myśli jakąś „supertajną negatywną opinię”. Chętnie bym się z nią zapoznał i z ewentualnymi zastrzeżeniami. Ja widziałem natomiast w pełni jawną i pozytywną opinię Rady Przejrzystości AOTMiTu sprzed dwóch lat. Jednocześnie program kolonoskopowy został przeniesiony do finansowania z Ministerstwa Zdrowia do NFZ. Niestety obecnie jest on pozbawiony kluczowych elementów, czyli kontroli jakości, monitorowania programu i szkoleń personelu, które są obowiązkowymi elementami wymaganymi przez globalne zalecenia towarzystw zajmujących się screeniowaniem. Program kolonoskopowy przeniesiony do NFZ słabo funkcjonuje. Jeśli chodzi o inne nowotwory przewodu pokarmowego, to nie istnieją programy przesiewowe populacyjne, natomiast istnieją programy nadzorcze (ang. oncology surveillance programs), które mają troszkę inne cele. One nie są programami populacyjnymi, tylko dotyczą osób zwiększonego ryzyka - na przykład raka wątroby u osób z marskością wątroby. Zalecenie nadzorcze mówi w takich przypadkach o wykonywaniu ultrasonografii wątroby u osób z rozpoznaną marskością wątroby co 6 miesięcy. Jeśli chodzi o działanie profilaktyczne w raku żołądka, to trwają badania w ramach programów Horizon 2020 dotyczące testowania na *Helicobacter pylori*. Mówimy o sprawdzeniu czy eradykacja *Helicobacter pylori* w młodej populacji trzydziestolatków jest realistycznym celem. Dotyczy to także nadzoru endoskopowego u osób, które mają stany przedrakowe w żołądku. To są też działania z pogranicza nadzorowania i screeningu populacyjnego. Ale na razie jeszcze screeningu populacyjnego w raku żołądka nie ma. Także są obszary, w których są postępy, ale są obszary, w tym dotyczący raka jelita grubego, gdzie jest bardzo źle. Rok temu na naszym spotkaniu mówiłem to samo. I mam nadzieję, będąc optymistą, że może teraz ruszymy do przodu. Rak jelita grubego staje się chorobą osób coraz młodszych. Odnotowujemy coraz więcej chorych w przedziale wieku pomiędzy trzydziestym, a czterdziestym rokiem życia. Wiemy, że taka młoda osoba nawet nie pomyśli o tym, żeby zrobić profilaktyczną kolonoskopii, gdy pojawił się objaw sugerujący raka jelita grubego. Czujność onkologiczna jest prawie zerowa w tej grupie pacjentów. Czy zastanawiamy się nad tym, co może być przyczyną zachorowań na raka w młodszym wieku? Prawdopodobnie odpowiada za to wiele różnych czynników środowiskowych, w tym otyłość, zła dieta, zanieczyszczenie środowiska i stres. W związku z tym w niektórych krajach, na przykład w

Stanach Zjednoczonych obniżono wiek badań przesiewowych w kierunku raka jelita grubego do czterdziestego piątego roku życia i wcześniejszych grup wiekowych. Trzeba też pamiętać, że u osób zwiększonego ryzyka wykonujemy kontrolne kolonoskopie w grupach z obciążeniem genetycznym, takich jak: zespół Lyncha, zespół polipowatości rodzinnej gruczolakowatej, czy dodatni wywiad rodzinny. Dodatni wywiad rodzinny to sytuacja, w której u krewnych pierwszego stopnia występuje zachorowanie na raka w młodym wieku definiowanym jako poniżej pięćdziesiątego roku albo poniżej sześćdziesiątego roku życia (zależnie od rodzaju wytycznych). U tych pacjentów powinno się zaczynać badania przesiewowe dziesięć lat wcześniej, niż wiek zachorowania krewnego pierwszego stopnia. Jeśli zachorowanie było na przykład w pięćdziesiątym roku życia, to powinno się zaczynać badania przesiewowe w tej grupie pacjentów w 40 r. ż.

*Dr hab. n. med. prof. NIO-PIB, Andrzej Nowakowski, Kierownik
Poradni Profilaktyki Raka Szyjki Macicy i Centralnego Ośrodka
Koordynującego, Zakład Profilaktyki Nowotworów, NIO-PIB w
Warszawie*



Dyskutujemy dzisiaj, jak budować mądrą profilaktykę zdrowotną oraz jak komunikować kwestie związane ze zdrowym społeczeństwem. Od samego początku organizacji programów badań przesiewowych od 2007 r., wyzwania mamy te same, które mieliśmy dokładnie kilkanaście lat temu, a nawet bym powiedział, że większe. W 2016 r. zapadły pewne decyzje w zakresie rezygnacji z koordynacji regionalnej. Pomimo, że pracuję w dużym ośrodku onkologicznym i nasz ośrodek nazywa się Centralnym Ośrodkiem Koordynującym, to wszystkim z Warszawy zarządzić się nie da. Są pewne regionalne uwarunkowania, które w tej chwili nie funkcjonują. Brak jest współpracy z jednostkami samorządu terytorialnego. Do 2016 r. funkcjonowały regionalne ośrodki koordynujące, które miały za zadanie wysyłkę zaproszeń na badania profilaktyczne. Z tej wysyłki zrezygnowano, uzasadniając to tym, że są problemy z przetwarzaniem danych osobowych, w oparciu o RODO. Pojawiły się także głosy mówiące o tym, że wysyłka była nieskuteczna, bo odpowiadało na nią tylko kilka, czy kilkanaście procent kobiet, które były zapraszane na mammografię i cytologię. Rzeczywiście wysyłka była realizowana w sposób absolutnie nieoptymalny. W zeszłym roku umowa na koordynację programu została podpisana we wrześniu na działania całoroczne. Za czasów wysyłki zaproszeń czyli do 2016 roku umowy przychodziły najczęściej w maju lub czerwcu, kiedy w wakacje ogłaszało się przetargi na realizatora wysyłki tych zaproszeń, a wysyłka zaproszeń była realizowana na początku roku szkolnego, czyli od września. Najczęściej kobiety dostawały zaproszenia przed Świętami Bożego Narodzenia. Aktualnie tych zaproszeń nie ma, bo uznano, że to jest nieefektywna forma informowania o badaniach przesiewowych. Szkoda, bo w krajach realizujących najbardziej skuteczne programy profilaktyki onkologicznej listowne zaproszenia o odpowiedniej treści, formacie i z ustalonym terminem badania profilaktycznego są nadal standardem.

Polska jest krajem Unii Europejskiej i powinna przestrzegać rekomendacji Rady Komisji Europejskiej w postaci chociażby Europejskiego Planu Walki z Rakiem (Europe's Beating Cancer Plan). Europejski Plan Walki z Rakiem i Narodowa Strategia Onkologiczna (NSO) zakładają poprawę przeżyć 5-letnich w poszczególnych nowotworach i wyrównywanie szans pacjentów z rozpoznaniem różnych nowotworów w krajach Unii Europejskiej Europejski Plan Walki z Rakiem zobowiązuje kraje członkowskie do realizacji zorganizowanych programów badań przesiewowych w kierunku wykrycia trzech nowotworów - raka jelita grubego, raka szyjki macicy i raka piersi. W zakresie programu przesiewowego w kierunku wykrycia raka jelita grubego absolutnie zgadzam się z Profesorem Regułą, że ten program wymaga jak

najszybszej naprawy. Jest konieczność oparcia programu o testy FIT. Jest to czułe badanie, a w przypadku dodatniego wyniku FIT, kolejnym etapem jest kolonoskopia. W ramach programu mammograficznego wykrywania raka piersi, dobrą decyzją było rozszerzenie programu o kobiety, z grupy wiekowej od czterdziestego piątego do siedemdziesiątego czwartego roku życia. Zalecenia europejskie mówią od kilku lat o tej właśnie grupie wiekowej i to dostosowano w programie realizowanym w Polsce. Program cytologiczny w zasadzie chyli się ku upadkowi z kilkunastoprocentową zgłaszalnością. Przypomnę, że w niektórych latach realizacji tego programu przekraczaliśmy, np. w województwie warmińsko mazurskim 40% udziału, a w Polsce objęcie populacji dochodziło do 25%. Polki wykonują cytologie, ale zdecydowanie częściej poza programem. Poza tym Narodowy Fundusz Zdrowia finansuje cztery razy więcej tych badań poza programem przesiewowym. Oczywiście w przesiewowym programie cytologicznym mamy kontrolę jakości i monitorowanie, ale wycena jest nieatrakcyjna dla realizatorów i lepiej opłaca się sprzedać procedurę poza programem, niż wprowadzać dane do programu.

Mamy stanowisko Światowej Organizacji Zdrowia- Regionu na Europę w zakresie programów badań przesiewowych w onkologii. WHO stwierdza, że dopóki nie zorganizuje się w sposób efektywny tych trzech programów przesiewowych, czyli raka jelita grubego, raka piersi i raka szyjki macicy, nie poprawimy przeżywalności pacjentów i nie powinno się wprowadzać programów badań przesiewowych w kierunku wczesnego wykrywania innych nowotworów. Rak szyjki macicy, to najbardziej podatny w tej chwili na profilaktykę pierwotną nowotwór, bo mamy szczepienia przeciwko HPV. Niestety, nie są one do końca wykorzystane w Polsce. Wprowadzenie szczepień przeciwko wirusowi zapalenia wątroby typu B (HBV) na masową skalę zredukowało zachorowalność na pierwotnego raka wątroby w tych krajach, które sobie z tymi szczepieniami poradziły, w tym Polska. Mam nadzieję, że Polska pójdzie tą drogą i szczepienia przeciwko HPV przyniosą podobne efekty. Wzmiankowane zalecenia europejskie mówią o tym, że te programy przesiewowe powinny być realizowane w sposób skoordynowany. To nie mogą być badania oportunistyczne. Najpierw trzeba zidentyfikować docelową populację. Trzeba wyznaczyć grupy ryzyka w polskich warunkach. Będą to osoby nie posiadające aktualnych wyników badań. Żeby to zrobić, potrzebny jest centralny rejestr tych badań. Wiemy, że dotyczy to mammografii i cytologii, a w pewien okrojony sposób kolonoskopii, która jest dosyć inwazyjnym badaniem i dlatego program powinien być uzupełniony o wprowadzane nieinwazyjne testy FIT na obecność krwi utajonej w kale z użyciem nowych technologii. Musimy zbudować ten system w oparciu o zespoły POZ, które powinny mieć wgląd w te bazy danych i weryfikować aktualność badań przesiewowych zapisanych do nich pacjentów. Można już korespondencyjnie wykonywać profilaktykę raka szyjki macicy, bo mamy metody self sampling, które umożliwiają wykonanie bardzo czułych badań molekularnych na obecność wirusa HPV HR z materiału pobranego samodzielnie przez kobiety z pochwy. Oczywiście dalej jest konieczny system zaproszeń. Uważam, że Internetowe Konto Pacjenta (IKP) jest pewnym (ale nie jedynym) sposobem dotarcia, bo IKP ma już 15 milionów Polaków. Stopień digitalizacji naszego społeczeństwa jeszcze nie jest wystarczający, a do tego dochodzi wykluczenie cyfrowe wielu obywateli. Absolutnie koniecznym elementem jest monitorowanie ścieżek pacjentów. W naszym ośrodku corocznie dzwoniemy do wielu pacjentek i wysyłamy monity do tych, które po dodatnim wyniku mammografii czy cytologii nie zgłosiły się na dalszą diagnostykę lub nawet nie odebrały wyniku. To jest kilkaset kobiet rocznie z badaniami cytologicznym oraz (ok. 9 do 12% wszystkich dodatnich wyników) ok. kilku tysięcy kobiet z dodatnią mammografią. Fundamentalne w profilaktyce i diagnostyce jest monitorowanie, ewaluacja i ocena skuteczności i w razie potrzeby także modyfikacja tych programów, bo medycyna idzie do przodu. Screening to jest olbrzymie pole nauki w medycynie. W tej chwili dużo w nim się dzieje. Wchodzą nowe

technologie do wykrywania chorób, które wymagają ewaluacji i wdrożenia. Dzisiaj odbywa się posiedzenie Rady Przejrzystości AOTMiT w zakresie wskazań do refundacji testów molekularnych HPV HR w kierunku wczesnego wykrywania raka szyjki macicy.

Dr Andrzej Tysarowski, Kierownik Zakładu Diagnostyki Genetycznej i Molekularnej Nowotworów, NIO-PIB



Chciałbym zabrać głos w kwestii diagnostyki genetycznej (molekularnej) nowotworów. Jest ona fundamentem dla zaprojektowania właściwego leczenia u pacjentów onkologicznych. Opcji terapeutycznych mamy co raz więcej, ale koniecznym warunkiem sukcesu terapii jest określenie profilu genetycznego nowotworu. Diagnostyka genetyczna jest jedną z najbardziej dynamicznie rozwijających się dziedzin diagnostyki onkologicznej. Nie da się ukryć, że coraz większa liczba nowotworów wymaga tej diagnostyki, nie tylko do samych terapii celowanych, ale także do postawienia właściwego rozpoznania w zakresie podtypu nowotworu. Możliwości badań genetycznych są coraz większe dzięki rozwojowi technik biologii molekularnej. Niestety, obecny system finansowania badań genetycznych w Polsce bazuje na wytycznych, które powstały w 2016 r. W tamtych latach terapie celowane dopiero stawały się innowacją leczenia onkologicznego, a co za tym idzie było ich kilka, kilkanaście. Aktualnie, w samym raku płuca mamy już kilkanaście dostępnych leków. Nie mówię tylko o programach lekowych, ale też o możliwościach różnych badań klinicznych. Obecnie dostępnych jest wiele terapii celowanych bazujących na celach molekularnych, a więc techniki diagnostyki molekularnej muszą ewoluować, stawać się bardziej dokładne i posiadać coraz większy zakres diagnostyczny. Niestety finansowanie NFZ, skupia się przeważnie na pojedynczych testach, czyli testowaniu jednogennym (jeden test, jeden marker genowy). Aktualnie w onkologii potrzebne jest testowanie zaawansowane, w tym sekwencjonowanie następnej generacji (NGS). Jest to technika, która umożliwi przebadanie kilku lub kilkudziesięciu, a nawet kilkuset markerów genetycznych w jednym badaniu, z jednej porcji materiału. Ale na chwilę obecną finansowane przez NFZ jest badanie NGS o małym zakresie, które, daje nam zbyt mały zakres wyników, chociażby dla takich nowotworów, jak nowotwór płuca, nowotwór jajnika, mięsaki czy nowotwory o nieznanym punkcie wyjścia. Tak więc logicznym staje się to, że ten zakres finansowania powinien być zwiększony przy określonych wskazaniach. Jednocześnie proszę pamiętać, że wykonywanie badań genetycznych w szerokim zakresie nie jest konieczne w każdym typie nowotworu. Obecnie badania są wykonywane wieloetapowo, a przy raku płuca czas jest niezmiernie ważny. Nawet dochodzi do takich skrajnych sytuacji, że w trakcie diagnostyki genetycznej kończy się materiał tkankowy, bo zamiast wykonać od początku wielkoskalowe badanie, wykonywaliśmy wiele pojedynczych badań i „zużyliśmy” pobrany materiał histopatologiczny. Musimy jak najszybciej umożliwić zdefiniowanej grupie pacjentów dostęp do wielkoskalowych badań genetycznych wykonywanych w technologii NGS (sekwencjonowanie następnej generacji). Powinny móc je wykonywać laboratoria genetyczne zlokalizowane w głównych ośrodkach onkologicznych w Polsce. Te ośrodki mają certyfikacje oraz możliwości prowadzenia takiego testowania, mają sprzęt, doświadczone zespoły, ale nie mają finansowania NFZ. Musimy wdrożyć nowy system finansowania badań genetycznych. Spotykamy się również z różnego rodzaju barierami w tym w funkcjonującym już finansowaniu, których niewielka modyfikacja mogłaby przyczynić się do znacznego wzrostu testowania genetycznego. Tutaj mam na myśli np. raka piersi i testowanie mutacji w genach BRCA1 i BRCA2. Najczęstszym wskazaniem jest testowanie tych zmian z krwi, czyli izolujemy DNA z krwi obwodowej. Badamy zmiany konstytutywne, czyli wykonywane jest badanie z materiału świeżego i najczęściej dochodzi do sytuacji, kiedy taka pacjentka może mieć pobrany materiał w trakcie

wizyty ambulatoryjnej. Niestety, system finansowania badań genetycznych NFZ w leczeniu szpitalnym uniemożliwia sfinansowanie badania w ambulatorium z krwi obwodowej, umożliwia wykonanie badania tylko z białka parafinowego, czyli materiału archiwalnego. To, że nie umożliwia finansowania badania z krwi, jest w obecnej sytuacji jest niezrozumiałe. Są też grupy nowotworów, w których nie możemy wykonywać finansowanych badań genetycznych. Do tej grupy nowotworów należą nowotwory dróg żółciowych oraz nowotwory o nieznanym punkcie wyjścia. Nie możemy wykonać żadnego testu genetycznego w leczeniu szpitalnym w tych nowotworach, bo po prostu nie ma tego rozpoznania w załączniku numer siedem NFZ. Wystarczyłoby tylko dodać te rozpoznania do załącznika numer 7. Niestety na chwilę obecną te działania nie zostały wykonane, pomimo naszych wielokrotnych apeli.

Dr Jakub Gierczyński, MBA, Ekspert systemu ochrony zdrowia

Wg najnowszych danych Eurostat opublikowanych w 2024 r., całkowite wydatki na profilaktykę zdrowotną dla wszystkich państw członkowskich UE wyniosły w 2021 r. 95,3 mld euro. Niemcy wydały na profilaktykę zdrowotną 30,0 mld euro i były jedynym państwem członkowskim, które wydało ponad 20 mld euro w tej kategorii. Dwa inne państwa członkowskie wydały w 2021 r. ponad 10,0 mld euro na profilaktykę zdrowotną, czyli Francja (16,9 mld euro) i Włochy (11,4 mld euro). Na drugim końcu rankingu znalazł się Cypr (4,6 mln euro) i Malta (11,4 mln euro), które odnotowały najniższe wartości w całej UE i były to jedyne państwa członkowskie, które wydały mniej niż 100 mln euro. Polska wydała na profilaktykę zdrowotną w 2021 r. ok. 778 mln euro, ale Czesi, przy 3,5 razy mniejszej populacji wydały 1,8 mld euro. Kwoty te są częściowo proporcjonalne do wielkości populacji, a najlepiej skalę wydatków na profilaktykę zdrowotną pokazuje analiza kosztów na mieszkańca.



W 2021 r. 14 państw członkowskich UE wydało ponad 100 euro na mieszkańca rocznie na profilaktykę zdrowotną. Austria wydała aż 566,4 euro na mieszkańca, a Dania - 555,1 euro na mieszkańca. Te dwa kraje miały najwyższy poziom wydatków na profilaktykę zdrowotną w wśród państw członkowskich UE. Dwa inne państwa członkowskie UE odnotowały wydatki powyżej 400 euro na mieszkańca. Były to Niemcy (476,9 euro na mieszkańca) i Luksemburg (421,0 euro na mieszkańca). Na drugim końcu skali znalazły się Malta (37,4 euro na mieszkańca), Rumunia (30,5 euro za mieszkańca), Bułgaria (28,7 euro na mieszkańca), Słowacja (23,0 euro na mieszkańca) i Polska (20,6 euro na mieszkańca). Stosunek między najwyższym i najniższym poziomem wydatków na profilaktykę zdrowotną na mieszkańca – w oparciu o porównanie między Austrią, a Polską – wynosił aż 27,5 do 1. Polska znalazła się na końcu rankingu wszystkich państw Unii Europejskiej. Średni wydatek na profilaktykę zdrowotną dla Unii Europejskiej wyniósł w 2021 r. 213,2 euro/mieszkańca.

W 2021 r. wydatki na profilaktykę w UE odpowiadały średnio za 0,65% produktu krajowego brutto (PKB). W stosunku do PKB Austria, Niemcy i Dania wydały największą kwotę na profilaktyczną opiekę zdrowotną w 2021 r. W stosunku do wielkości gospodarki Austria miała najwyższe wydatki na profilaktykę opieki zdrowotnej w 2021 r. wśród państw członkowskich UE, na poziomie 1,25 % produktu krajowego brutto. Niemcy (0,96 %) i Dania (0,95 %) miały kolejne najwyższe wskaźniki. Następnie plasowały się Finlandia, Niemcy i Czechy, które odnotowały wydatki na profilaktykę zdrowotną powyżej 0,75 % PKB. Najniższe wskaźniki odnotowały Słowacja (0,12%), Malta (0,13%) i Polska (0,14%) i były jedynymi państwami członkowskimi UE, które przeznaczyły mniej niż 0,2% swojego PKB na wydatki na profilaktykę zdrowotną w 2021 r.

W 2021 r. udział wydatków na profilaktykę zdrowotną, jako odsetek całkowitych wydatków na opiekę zdrowotną był najwyższy wśród państw członkowskich UE w Austrii, wynosząc 10,3 %, następnie w Dani (8,9 %) i Niderlandach (8,7 %). Odsetek wydatków na profilaktykę zdrowotną powyżej 7,0% wydatków na ochronę zdrowia ogółem odnotowano również dla Estonii, Finlandii, Czech i Węgier. Na drugim końcu rankingu cztery państwa członkowskie wydały na profilaktykę zdrowotną poniżej 3,0% wydatków na ochronę zdrowia ogółem. Były to Cypr (2,2 %), Polska (2,1 %), Słowacja (1,6 %) i na Malcie (1,2 %).⁸

4. Wnioski i rekomendacje

Wniosek	Rekomendacja
Edukacja zdrowotna, profilaktyka i wczesna diagnostyka to filary poprawy zdrowia obywateli i efektywnego systemu ochrony zdrowia .	W polskim systemie ochronie zdrowia należy postawić na edukację, profilaktykę i wczesną diagnostykę.
W 2021 r. wydatki na profilaktykę w UE odpowiadały średnio za 0,65% produktu krajowego brutto (PKB). Średni wydatek profilaktykę zdrowotną dla Unii Europejskiej wyniósł w 2021 r. 213,2 euro/mieszkańca. Polska znalazła się na końcu rankingu wszystkich państw Unii Europejskiej wydając 0,14% PKB i 20,6 euro na mieszkańca w 2021 r.	Rekomendowany jest wzrost wydatków na profilaktykę zdrowotną do średniego poziomu w Unii Europejskiej.
Zarządzanie zdrowiem jest o wiele ważniejsze, niż zarządzanie chorobą.	Rekomendowane jest promowanie zdrowego stylu życia poprzez edukację zdrowotną dzieci i młodzieży w szkołach oraz inwestowanie w profilaktykę zdrowotną w polskim systemie ochrony zdrowia.
Profilaktyka zdrowotna musi stać się popularna, a każda osoba powinna wiedzieć o dziewięciu krokach do tego, aby żyć 100 lat w pełnym zdrowiu .	Należy promować 9 kroków do tego, aby żyć 100 lat w pełnym zdrowiu.
Opieka koordynowana w podstawowej opiece zdrowotnej nie jest idealnym rozwiązaniem, dlatego jest realizowana tylko w ok. 30 procentach placówek POZ w Polsce. Reforma POZ wymaga dalszych działań postulowanych przez środowisko lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej.	Rekomendowane jest wprowadzenie w całym kraju projektu EpiD, czyli edukacja, profilaktyka i diagnostyka, który może prowadzić do zmniejszenia kolejek i upodmiotowienia pacjentów w POZ.
W Polsce nadmierną masę ciała ma 65,7% mężczyzn i 45,9% kobiet, natomiast otyłość występuje u 15,4% mężczyzn i 15,2% kobiet. Otyłość olbrzymia (BMI 40,0 lub więcej) występuje u 0,5% mężczyzn i 0,4% kobiet.	Rekomendowane jest diagnozowanie i wpisywanie do dokumentacji pacjenta otyłości, jako choroby (ICD10:E66) oraz wprowadzenie do koszyka świadczeń gwarantowanych i pełna refundacja publiczna programu kompleksowej

⁸ https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Preventive_health_care_expenditure_statistics

<p>Nadwaga i otyłość zwiększają ryzyko zachorowalności na ponad 200 schorzeń, w tym m.in. cukrzycę typu 2, nadciśnienie tętnicze, zaburzenia lipidowe, chorobę niedokrwienną serca, obturacyjny bezdech senny, chorobę zwyrodnieniową stawów, depresję oraz sprzyjają rozwojowi niektórych typów nowotworów, podwyższając ryzyko zgonu. Badania naukowe udowadniają, że leczenie chorych otyłych wydłuża ich życie, jednocześnie znacząco poprawiając jego jakość.</p>	<p>opieki specjalistycznej nad świadczeniobiorcami leczonymi z powodu otyłości olbrzymiej (KOS-BAR) oraz programu pilotażowego w zakresie kompleksowej opieki specjalistycznej nad świadczeniobiorcami leczonymi z powodu otyłości KOS-BMI 30 PLUS, z refundacją publiczną farmakoterapii otyłości.</p>
<p>Zapobieganie chorobom, w tym chorobom zakaźnym 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.</p>	<p>Rekomendowana jest pełna refundacja publiczna zalecanych szczepionek w trakcie całego życia pacjenta (dzieci i dorośli).</p>
<p>Półpasiec jest chorobą zakaźną, manifestującą się reaktywacją utajonego zakażenia wirusem ospy wietrznej (Varicella zoster, VZV) po przechorowaniu lub bezobjawowej ekspozycji na tego wirusa w dzieciństwie, albo w młodości. VZV ze stanu uśpienia reaktywuje się u 10-20 proc. pacjentów, tzn. rozwinię się u nich półpasiec. Można więc przyjąć, że tak ogromny odsetek populacji Polski jest potencjalnie narażony na rozwinięcie półpaśca.</p>	<p>Rekomendowana jest refundacja publiczna szczepienia przeciw półpaścowi i neuralgii popółpaścowej dla osób powyżej 50 r.ż., oraz dla osób po 18 r.ż. ze zwiększonym ryzykiem zachorowania na półpaśca, czyli wszystkich osób z grupy ryzyka (z chorobami nowotworowymi, po przeszczepach, w trakcie przeszczepiania, nosiciele HIV).</p>
<p>HCV ciągle stanowi zagrożenie dla polskiej populacji ze względu na brak możliwości zapobiegania chorobie na drodze szczepień (nie została jeszcze wynaleziona szczepionka na HCV) oraz poważne konsekwencje długoletniego zakażenia (marskość wątroby, rak wątrobowokomórkowy). Szacuje się, że ponad 140 tys. osób jest aktywnie chorych na WZW typu C. Aktualnie, w sytuacji gdy praktycznie każdy pacjent zdiagnozowany ma dostęp do leczenia, odsetek ten może wynosić ponad 90%. Istnieje więc pilna potrzeba zwiększenia wysiłków w zakresie w diagnostyki HCV, a następnie leczenia WZW typu C celem eliminacji wirusa HCV do 2030 r.</p>	<p>Rekomendowane jest jak najszybsze wdrożenie Krajowego Planu Eliminacji Wirusa HCV (Narodowego programu zwalczania zakażeń hepatotropowych, jako profilaktyka marskości i raka wątroby) opracowanego i złożonego do Ministra Zdrowia przez Zespół do spraw monitorowania i oceny sytuacji dotyczącej zagrożeń związanych z chorobami zakaźnymi przy Ministrze Zdrowia, opartego na: wykonaniu rocznie ok. 3-4 mln przesiewowych badań kasetkowych w całym kraju, w kierunku wykrycia wirusa HCV w POZ, SOR oraz zakładach penitencjarnych oraz przeleczeniu terapią bezinterferonową ok. 14 tys. zidentyfikowanych pacjentów rocznie.</p>
<p>Choroby dna miednicy stanowią duży problem zdrowotny u kobiet. Zgodnie z szacunkowymi danymi aż 30 proc. dorosłych</p>	<p>Rekomendowane są:</p> <ul style="list-style-type: none"> • refundacja publiczna mirabegronu we wskazaniu: II linia farmakologicznego leczenia

<p>kobiet w polskiej populacji będzie miało jakąś lub jakieś choroby dna miednicy. Po 50. roku życia zapadalność rośnie do nawet 50 proc. Najczęstsze schorzenia dna miednicy, to wszystkie postaci nietrzymania moczu, obniżenie i wypadanie narządów dna miednicy (nie tylko narządów rozrodczych) oraz nietrzymanie stolca (np. w wyniku okołoporodowych uszkodzeń odbytu).</p>	<p>objawów zespołu pęcherza nadreaktywnego u dorosłych chorych uprzednio leczonych lekami antymuskarynowymi</p> <ul style="list-style-type: none"> • odpowiednia wycena i refundacja publiczna zabiegu rekonstrukcji zwieraczy w terapii nietrzymania gazów i stolca, jako powikłania porodu u kobiet.
<p>Zgodnie z danymi Krajowego Rejestru Nowotworów w 2021 roku odnotowano odpowiednio 17 832 zachorowania i 5 458 zgonów z powodu raka gruczołu krokowego (ICD:10: C61). Przeżycie chorych na raka prostaty zależy od zaawansowania choroby i zastosowanej formy leczenia. Po leczeniu radykalnym 5 lat przeżywa 70-85% chorych, a odsetek przeżyć 10-letnich wynosi 50-75%. Chorzy z nowotworem zaawansowanym miejscowo leczeni zachowawczo przeżywają średnio 4,5 roku, a chorzy z rozsiewem 1-3 lata.</p>	<p>Rekomendowane są: większa dostępność profilaktyki, diagnostyki i terapii raka prostaty, zgodnie z aktualnymi wytycznymi klinicznymi.</p>
<p>Według Krajowego Rejestru Nowotworów liczba nowych zachorowań na nowotwór pęcherza moczowego wynosi ponad 6 tys. rocznie. Polska, na tle państw Unii Europejskiej, wykazuje niższą średnią zachorowalność wśród populacji, jednakże umieralność wciąż utrzymuje się na jednym z najwyższych poziomów.</p>	<p>Rekomendowane są: większa dostępność profilaktyki, diagnostyki i terapii raka pęcherza moczowego, zgodnie z aktualnymi wytycznymi klinicznymi.</p>
<p>Choroba Still'a jest rzadko występującą ogólnoustrojową chorobą zapalną przebiegającą z gorączką, wysypką i zapaleniem stawów. Schorzenie może mieć przebieg ostry, nawracający lub przewlekły. I niestety jest to poważny problem, gdyż na podstawie międzynarodowych analiz wielu pacjentów zmarło z tego powodu, że nie byli rozpoznani.</p>	<p>Rekomendowana jest refundacja publiczna kanakinumabu w ramach programu lekowego dla ok. 30 pacjentów, jako skutecznej, dobrze tolerowanej, mniej uciążliwej i obciążającej terapii (podawanej raz na miesiąc).</p>

5. Kluczowe informacje przy gotowane na debatę przez Medyczną Rację Stanu w zakresie edukacji, profilaktyki, diagnostyki, jako fundamentów bezpieczeństwa zdrowotnego.

Program kompleksowej opieki specjalistycznej nad świadczeniobiorcami leczonymi z powodu otyłości olbrzymiej (KOS-BAR) oraz program pilotażowego w

zakresie kompleksowej opieki specjalistycznej nad świadczeniobiorcami leczonymi z powodu otyłości KOS-BMI 30 PLUS

Obecnie około 2,6 miliarda ludzi na świecie, czyli 38% populacji, jest otyła lub ma nadwagę, a z raportu opublikowanego przez Our World in Data wynika, że ponad 4,5 miliona ludzi na świecie umiera przedwcześnie z powodu otyłości. W Polsce nadmierną masę ciała ma 65,7% mężczyzn i 45,9% kobiet, natomiast otyłość występuje u 15,4% mężczyzn i 15,2% kobiet. Otyłość olbrzymia (BMI 40,0 lub więcej) występuje u 0,5% mężczyzn i 0,4% kobiet (wyniki badań realizowanych przez IŻŻ/NIZP-PZH w ramach współpracy z EFSA, przeprowadzonych w latach 2019-2020).

Nadwaga i otyłość zwiększają ryzyko zachorowalności na ponad 200 schorzeń, w tym m.in. cukrzycę typu 2, nadciśnienie tętnicze, zaburzenia lipidowe, chorobę niedokrwienną serca, obturacyjny bezdech senny, chorobę zwyrodnieniową stawów, depresję oraz sprzyjają rozwojowi niektórych typów nowotworów, podwyższając ryzyko zgonu.

Najnowsze badania naukowe sugerują, że leczenie operacyjne chorych otyłych wydłuża ich życie, jednocześnie znacząco poprawiając jego jakość. 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, zapobiegając im, łagodząc ich objawy oraz prowadząc do ustąpienia choroby. U wielu pacjentów po zabiegu obserwowano redukcję incydentów kardiologicznych, udarów, występowania nowotworów oraz w szczególności lepszą kontrolę lub remisję cukrzycy, co wpływa na zmniejszenie śmiertelności związanej z patologiczną otyłością.

W odpowiedzi na powyższe doniesienia, wprowadzono w Polsce program pilotażowy KOS-BAR, który wszedł w życie 1 stycznia 2022 r.⁹ Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z 1 czerwca 2023 r. pilotaż został przedłużony do grudnia 2024.¹⁰ Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z kwietnia 2024 r. program pilotażowy w zakresie specjalistycznej opieki nad pacjentami z otyłością olbrzymią został przedłużony do 30 czerwca 2026 r.¹¹

KOS-BAR to unikalny na skalę światową program kompleksowej opieki zdrowotnej opartej na wartości (VBHC), dedykowany chorym na otyłość olbrzymią leczoną chirurgicznie (JGP F14). Jego wyjątkowość polega m.in. na długoterminowej kontroli i wsparciu pacjentów oraz płaceniu za efekt zdrowotny.

⁹ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 12 sierpnia 2021 r. w sprawie programu pilotażowego w zakresie kompleksowej opieki specjalistycznej nad świadczeniobiorcami leczonymi z powodu otyłości olbrzymiej KOS-BAR
<https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20210001622>

¹⁰ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 1 czerwca 2023 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie programu pilotażowego w zakresie kompleksowej opieki specjalistycznej nad świadczeniobiorcami leczonymi z powodu otyłości olbrzymiej KOS-BAR.
<https://www.infor.pl/akt-prawny/DZU.2023.153.0001052,rozporzadzenie-ministra-zdrowia-zmieniajace-rozporzadzenie-w-sprawie-programu-pilotazowego-w-zakresie-kompleksowej-opieki-specjalistycznej-nad-swiadczeniobiorcami-leczonymi-z-powodu-otylosci-olbrzymie.html>

¹¹Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie programu pilotażowego w zakresie kompleksowej opieki specjalistycznej nad świadczeniobiorcami leczonymi z powodu otyłości olbrzymiej KOS-BAR.
17.04.2024 <https://legislacja.rcl.gov.pl/projekt/12384209/katalog/13053386#13053386>

Dodatkowo, KOS-BAR został całkowicie sfinansowany z podatku cukrowego. Do programu mogą zostać zakwalifikowani pacjenci o:

- 1) BMI \geq 40 kg/m² w wieku od 18 do 65 roku życia z rozpoznaniem ICD-10: E66.0 Otyłość spowodowana nadmierną podażą energii;
- 2) BMI 35-40 kg/m², u których chirurgicznie indukowana redukcja masy ciała może przynieść potencjalną poprawę w zakresie chorób wywołanych otyłością.

KOS-BAR realizowany jest w czterech modułach:

- 1) I moduł – diagnostyka, leczenie przedoperacyjne i rehabilitacja przedoperacyjna, która trwa od 3 do 6 miesięcy od rozpoczęcia diagnostyki. Ten etap obejmuje także opiekę diabetologiczną czy psychologiczną.
- 2) II moduł – leczenie zabiegowe/operacja bariatryczna
- 3) III moduł – rehabilitacja lecznicza
- 4) IV moduł – bariatryczna opieka specjalistyczna (monitorowanie).

Obecnie program jest realizowany w 19-stu ośrodkach w całej Polsce. Szacowane koszty programu pilotażowego z uwagi na wydłużenie programu pilotażowego wyniosą 194 731 772,92 zł (w tym szacowany koszt samego przedłużenia programu wynosi 67 270 975,92 zł). Na wysokość kosztów programu pilotażowego mają wpływ: czas realizacji trwania pilotażu (4 lata i 7 miesięcy) oraz populacja objęta pilotażem (około 10 750 pacjentów). Program KOS-BAR powinien być uzupełniony o farmakoterapię otyłości.

Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie programu pilotażowego w zakresie kompleksowej opieki specjalistycznej nad świadczeniobiorcami leczonymi z powodu otyłości KOS-BMI 30 PLUS

Wielodyscyplinarna opieka w jednym ośrodku, który zapewnia sprawną koordynację na każdym etapie leczenia, obejmująca także monitorowanie efektów – taki jest cel uruchomienia projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie programu pilotażowego w zakresie kompleksowej opieki specjalistycznej nad świadczeniobiorcami leczonymi z powodu otyłości KOS-BMI 30 PLUS.¹² Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie programu pilotażowego w zakresie kompleksowej opieki specjalistycznej nad świadczeniobiorcami leczonymi z powodu otyłości KOS-BMI 30 PLUS został skierowany do konsultacji. Projekt określa warunki realizacji programu KOS-BMI 30 PLUS. - Koncepcja kompleksowej diagnostyki i leczenia świadczeniobiorców z rozpoznaną otyłością opiera się na scentralizowanym, wielodyscyplinarnym leczeniu w jednym ośrodku, który zapewnia sprawną koordynację na każdym etapie leczenia, obejmuje także monitorowanie efektów leczenia oraz całego procesu leczenia. Celem programu jest poprawa jakości i efektywności leczenia pacjentów w wieku od 18. roku życia z rozpoznaniem - według klasyfikacji ICD-10 - E66.0, czyli z otyłością spowodowaną nadmierną podażą energii, u których wskaźnik masy ciała BMI wynosi 30 i więcej oraz u których rozpoznano przynajmniej jedno z wymienionych powikłań otyłości: stan przedcukrzycowy, cukrzyca typu 2, nadciśnienie tętnicze, dyslipidemia, obturacyjny bezdech senny wymagający wspomagania oddechu (CPAP), zespół policystycznych jajników, zespół metaboliczny, upośledzenie funkcji wątroby

¹² Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie programu pilotażowego w zakresie kompleksowej opieki specjalistycznej nad świadczeniobiorcami leczonymi z powodu otyłości KOS-BMI 30 PLUS.

<https://legislacja.rcl.gov.pl/projekt/12378902/katalog/13018494>

(podwyższone transaminazy), konieczność redukcji masy ciała przed planowaną endoprotezoplastyką lub innym leczeniem zabiegowym. Podstawowym kryterium kwalifikacji do programu mają być wiek i BMI. Okres realizacji programu pilotażowego obejmuje:

- 1) etap organizacji, obejmujący zawarcie umów z NFZ przez ośrodki koordynujące, trwający trzy miesiące od dnia wejścia w życie rozporządzenia;
- 2) etap realizacji, czyli udzielania świadczeń w okresie 24 miesięcy od dnia podpisania umów;
- 3) etap ewaluacji, trwający trzy miesiące od dnia zakończenia etapu realizacji.

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.¹³ 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.¹⁴ 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.¹⁵

Semaglutyd w terapii cukrzycy typu 2

Od 1 września 2022 r. semaglutyd jest refundowany we wskazaniu: „Cukrzyca typu 2 u pacjentów leczonych co najmniej dwoma lekami hipoglikemizującymi, z HbA1c \geq 7,5%, z otyłością definiowaną jako BMI \geq 30 kg/m² oraz bardzo wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym rozumianym jako: 1) potwierdzona choroba sercowo-naczyniowa, lub 2) uszkodzenie innych narządów objawiające się poprzez: białkomocz lub przerost lewej komory lub retinopatię, lub 3) obecność 2 lub więcej głównych czynników ryzyka spośród wymienionych poniżej: -wiek \geq 55 lat dla mężczyzn, \geq 60 lat dla kobiet, -dyslipidemia, -nadciśnienie tętnicze, -palenie tytoniu.” Semaglutyd, który pełni rolę agonisty receptora GLP-1 selektywnie wiąże się z receptorem GLP-1 aktywując go, podobnie jak natywny GLP-1. GLP-1 to fizjologiczny hormon o wielorakim działaniu w zakresie regulowania apetytu i stężenia glukozy oraz czynności układu sercowo-naczyniowego. Jego wpływ na stężenie glukozy i apetyt jest związany z receptorami GLP-1 znajdującymi się w trzustce i mózgu. Zgodnie z Charakterystyką Produktu

¹³ <https://www.oecd.org/health/the-heavy-burden-of-obesity-67450d67-en.htm>

¹⁴ <https://www.gov.pl/web/zdrowie/cukier-otylosc-konsekwencje-prezentacja-raportu>

¹⁵ <https://fundacjarepublikanska.org/otylosc-epidemia-xxi-wieku/>

Leczniczego (ChPL) semaglutyd jest wskazany do stosowania u dorosłych z niedostatecznie kontrolowaną cukrzycą typu 2 łącznie z odpowiednią dietą i wysiłkiem fizycznym w monoterapii, u pacjentów, u których stosowanie metforminy jest niewskazane ze względu na nietolerancję lub istniejące przeciwwskazania oraz w skojarzeniu z innymi produktami leczniczymi stosowanymi w leczeniu cukrzycy. Wnioskowane wskazanie zawiera się we wskazaniu rejestracyjnym.

Wg. wyników badania SUSTAIN 5 wśród pacjentów z cukrzycą typu 2 w grupach SEM 0,5 mg i 1 mg stosowanych razem z MET i INS po 30 tygodniach leczenia obserwowano statystycznie istotną większą redukcję poziomu hemoglobiny glikowanej: HbA1c, stężenia glukozy na czczo w osoczu: FPG, stężenia glukozy w osoczu wg samodzielnego pomiaru: SMPG, masy ciała, wskaźnika BMI i obwodu talii oraz większą redukcję skoków glikemii po posiłku w porównaniu do grupy otrzymującej PLA razem z MET i INS. W grupie SEM 1 mg stosowanym razem z MET i INS po 30 tygodniach leczenia obserwowano również statystycznie istotny większy wzrost częstości rytmu serca i statystycznie istotną większą redukcję wartości ciśnienia skurczowego (SBP) w porównaniu do grupy otrzymującej PLA razem z MET i INS.

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

HCV ciągle stanowi zagrożenie dla polskiej populacji ze względu na brak możliwości zapobiegania chorobie na drodze szczepień (nie została jeszcze wynaleziona szczepionka na HCV) oraz poważne konsekwencje długoletniego zakażenia (marskość wątroby, rak wątrobowokomórkowy). Nadal ponad 140 tys. osób jest aktywnie chorych na WZW typu C i ok 70% żyje w nieświadomości zakażenia wirusem HCV, istnieje więc pilna potrzeba zwiększenia wysiłków w zakresie w diagnostyki HCV, a następnie leczenia WZW typu C. HCV (Hepatitis C Virus) czyli wirus wywołujący zapalenie wątroby typu C (WZW typu C) jest nazywany cichym zabójcą, gdyż zakażenie przebiega bezobjawowo lub objawy są niecharakterystyczne. W konsekwencji nieleczenia choroby dochodzi do powikłań w tym raka wątrobowokomórkowego i śmierci. Wirus zapalenia wątroby typu C przenosi się przez krew i płyny ustrojowe, co oznacza, że czynnikiem ryzyka zakażenia HCV może być każdy zabieg (zarówno medyczny, jak i pozamedyczny), czy jakiegokolwiek naruszenie ciągłości tkanek. Chorzy na WZW typu C, to dziś aktywni zawodowo 40-50 latkowie, którzy zostali zdiagnozowani „przez przypadek”, często w przebiegu innych chorób, nieświadomi zakażenia. WZW C stanowi poważny problem z punktu widzenia zdrowia publicznego i jedyną metodą zapobiegania rozprzestrzeniania wirusa jest diagnostyka i leczenie, dlatego niezbędne są działania na poziomie krajowym zmierzające do eliminacji HCV, poprzez np. rządowy program polityki zdrowotnej eliminacji HCV.

WZW typu C jest całkowicie wyleczalną chorobą. Aktualnie dostępne refundacyjnie leki dają możliwości leczenia WZW typu C szybko (8-12 tygodni) i z niemal 100% skutecznością w warunkach ambulatoryjnych. Ze względu na refundowane leczenie w Polsce, możliwe jest zmniejszenie liczby nowych zakażeń, zgodnie z celami WHO, o 90%. W Polsce terapia WZW C jest bezpłatna, w ramach programu lekowego. Eliminacja wirusa HCV spowoduje zmniejszenie częstości powikłań związanych z WZW typu C, szczególnie redukcja śmiertelności z powodu raka wątrobowokomórkowego (HCC). Obecnie w Polsce kluczowe jest podjęcie szerokich działań diagnostycznych w kierunku HCV, które zapewni polskim obywatelom bezpieczeństwo. Inne kraje, w tym bogatsze od nas (np. Niemcy) policzyły i udowodniły, że diagnostyka i leczenie jest wysoce opłacalne, dużo skuteczniejsze i tańsze niż leczenie powikłań. Dlatego istnieje wysoko uzasadniona potrzeba ekonomiczno-społeczna

uruchomienia testowania i eliminacji HCV. Badania diagnostyczne HCV od roku włączone są do finansowania w ramach tzw. budżetu powierzonego w POZ, jednak ich wykonanie jest na bardzo niskim poziomie i ograniczają się jedynie do grup ryzyka i nie są badaniami przesiewowymi, choć istnieje wysoka potrzeba zdrowotna przeprowadzenia screeningu w tym kierunku. Powinniśmy zmierzać w kierunku całkowitej eliminacji wirusa z polskiej populacji i ochrony polskich obywateli, do czego zobowiązał się Polski Rząd na Światowym Zgromadzeniu Zdrowia WHO, przyjmując globalną strategię dotyczącą WZW na lata 2016–2021. Celem tej inicjatywy jest eliminacja wirusowego zapalenia wątroby typu B i C do roku 2030. Cele WHO strategii eliminacji zakażeń HCV, jako zagrożenia zdrowia publicznego (2016): zmniejszenie liczby nowych zakażeń HCV o 90% i redukcja śmiertelności z powodu ich klinicznych następstw o 65%.

Przewlekłe Zapalenie Wątroby typu C oprócz skutków medycznych, w tym związanych z rozwojem raka prowadzi do poważnych skutków społeczno-ekonomicznych. Zakażenie HCV i przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby typu C są istotnymi problemami zdrowia publicznego, który można rozwiązać poprzez szybkie wykrycie pacjentów zakażonych oraz ich wyleczenie, dzięki włączeniu ich w program lekowy. To jest skuteczna i prosta w kontrolowaniu terapia. Nieodzownym elementem kompleksowych działań jest edukacja w zakresie profilaktyki zakażeń krwiopochodnych, zarówno profesjonalistów medycznych jak i lokalnych społeczności.

Wg 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.*¹⁶ 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 2030.¹⁷ 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 ok. 1 na 5 osób żyjących z HBV (20,3%) i 1 na 4 osoby żyjące z HCV (26,8%). Polska z 24,9% zdiagnozowanych zakażonych chorych plasuje się niestety wśród

¹⁶ 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/Stowowisko-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>

¹⁷ https://www.who.int/hepatitis/news-events/07_towards-elimination-Dr-Gottfried-Hirnschall.pdf?ua=1

krajów, które nie osiągnęły minimalnego progu 50% do roku 2020.¹⁸ 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.¹⁹ 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 klinicznych gwarantuje chorym, rzeczywisty, dobry dostęp do skutecznej terapii bezinterferonowej, której koszt obniżył się kilkukrotnie od 2016 r.²⁰

Szczepienie przeciw półpaścowi i neuralgii popółpaścowej

Półpasiec jest chorobą zakaźną, manifestującą się reaktywacją utajonego zakażenia wirusem ospy wietrznej – *Varicella zoster* (VZV) po przechorowaniu lub bezobjawowej ekspozycji na tego wirusa w dzieciństwie, albo w młodości. Po ekspozycji, wirus pozostaje w uśpieniu w zwojach układu nerwowego (nerwu trójdzielnego i nerwów rdzeniowych), czyli utrzymuje się bezobjawowo u osób, które przebyły ospę wietrzną lub miały kontakt z wirusem VZV. Wirus drzemie w układzie nerwowym przez wiele lat i czasem ulega w nim reaktywacji. Wedle danych epidemiologicznych prawie każda osoba w populacji Polski miała kontakt z wirusem VZV. VZV ze stanu uśpienia reaktywuje się u 10-20 proc. pacjentów, tzn. rozwinie się u nich półpasiec. Można więc przyjąć, że tak ogromny odsetek populacji Polski jest potencjalnie narażony na rozwiniecie półpaśca. Współczesna wiedza nie zna odpowiedzi, dlaczego tylko u niektórych osób dojdzie do reaktywacji wirusa VZV. Wiadomo natomiast, że półpasiec występuje częściej u osób z obniżoną odpornością, starszych, z nowotworami (szczególnie chłoniakami), u osób otrzymujących chemioterapię lub steroidoterapię, a także zakażonych HIV (*human immunodeficiency virus*). Czynnikiem wywołującym półpasiec są najczęściej stres emocjonalny, stosowanie leków (leki immunosupresyjne), obecność nowotworu złośliwego. Najczęstszym z nich i najbardziej dokuczliwym dla pacjentów jest neuralgia popółpaścowa. Neuralgia popółpaścowa, zgodnie z definicją, jest to ból, który trwa w obrębie dotkniętych półpaścem dermatomów, powyżej 3 miesięcy od wystąpienia zmian półpaścowych na skórze. Neuralgia popółpaścowa najczęściej dotyczy osób w wieku podeszłym – im człowiek starszy, tym ryzyko tego powikłania jest większe. Dotyczy to szczególnie pacjentów powyżej 50 r. ż. Wedle statystyk 20-30 proc. chorych rozwinie neuralgię popółpaścową – im jesteśmy starsi, tym ten odsetek jest większy, a u osób powyżej 70 r.ż. nawet 75 proc. pacjentów może rozwinąć neuralgię popółpaścową. Neuralgia po półpaścu jest typowym przykładem bólu neuropatycznego – jest to taki rodzaj bólu, który wynika z uszkodzenia układu nerwowego i we współczesnej medycynie jest jednym z najtrudniej leczących się zespołów bólowych. Omawiana neuralgia nie zawsze objawia się jako typowy ból. Może to być bardzo dokuczliwa przeczulica na dotyk, temperaturę oraz nadmierna reakcja na bodźce bólowe. Obecnie na

¹⁸ 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>

¹⁹ <https://www.who.int/publications/i/item/9789240019003>

²⁰ <https://statystyki.nfz.gov.pl/DrugPrograms>

rynku polskim istnieje możliwość wdrożenia profilaktyki, zarówno półpaśca, jak i neuralgii popółpaścowej. Taką opcję daje szczepienie przeciw półpaścowi i neuralgii popółpaścowej. Szczepionka jest przeznaczona dla osób powyżej 50 r.ż., ale również dla osób po 18 r.ż. ze zwiększonym ryzykiem zachorowania na półpaśca, czyli wszystkich osób z grupy ryzyka (z chorobami nowotworowymi, po przeszczepach, nosiciele HIV). Polskie Towarzystwo Badania Bólu rekomenduje tę formę profilaktyki. Badania pokazują, że szczepionka zabezpiecza przed chorobą i neuralgią popółpaścową nawet do 10 lat po jej podaniu, a jej skuteczność według najnowszych badań sięga 90-100 proc.²¹

Zgodnie z Obwieszczeniem Ministra Zdrowia z dnia 11 grudnia 2023 r. w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. Urz. Min. Zdr. 2023.112) od 1 stycznia 2024 roku szczepionka przeciw półpaścowi i neuralgii popółpaścowej będzie dostępna z 50% refundacją dla pacjentów w wieku 65 lat i starszych o zwiększonym ryzyku zachorowania na półpasiec. Refundacja 50% szczepionki przysługuje osobom w wieku 65 lat i starszym z grup ryzyka. 50% refundacja na szczepionkę oznacza, że cena szczepionki dla pacjenta wynosi 375,53 zł / 1 dawkę.²²

Zapobieganie HIV i AIDS

Od wdrożenia badań w 1985 r. do 30 listopada 2022 r. (przy uwzględnieniu korekt i uaktualnień danych, w tym eliminacji podwójnie zarejestrowanych przypadków) stwierdzono 29 676 zakażeń HIV u obywateli Polski i u osób z innym obywatelstwem przebywających na terenie Polski. Wśród ogółu zarejestrowanych zakażonych było co najmniej: 6 457 zakażonych w związku z używaniem narkotyków, 2 232 zakażonych poprzez kontakt heteroseksualny oraz 4 818 poprzez kontakt seksualny pomiędzy mężczyznami. Ogółem odnotowano 3 979 zachorowań na AIDS, 1 465 chorych zmarło. W roku 2022 zarejestrowano w Polsce 2 374 nowo rozpoznanych zakażeń HIV. Wskaźnik zarejestrowanych nowych rozpoznań HIV wynosił 6,28 przypadków na 100 tys. mieszkańców. Dla mężczyzn wskaźnik wynosił 8,78 przypadków na 100 tys. mężczyzn, natomiast dla kobiet – 3,85 przypadków na 100 tys. kobiet. W 2022 roku na terenie całego kraju funkcjonowało 27 punktów konsultacyjno-diagnostycznych wykonujących anonimowo, bezpłatnie i bez skierowania badania w kierunku HIV, połączone z poradnictwem okołotestowym. W trzecim kwartale 2022 r. – w ramach pilotażu – rozpoczęto w PKD również testowanie w kierunku kiły i HCV. Na dzień 31 grudnia 2022 r. leczeniem ARV było objętych 18 199 pacjentów, w tym 185 dzieci (do 18. roku życia) zakażonych HIV i chorych na AIDS. Liczba ta zawiera także 2 959 uchodźców wojennych z Ukrainy. Program realizowany jest w 21 szpitalach/placówkach medycznych, na bazie których działają ośrodki referencyjne leczące zakażonych HIV i chorych na AIDS (umowy z realizatorami na lata 2022–2026). Na realizację Rządowego Programu Polityki Zdrowotnej pn.: „Leczenie antyretrowirusowe osób żyjących z wirusem HIV w Polsce na lata 2022–2026” wydatkowano 399 930 810,42 zł (stan na dzień 31.12.2022 r.) oraz 71 264 823,21 zł ze środków budżetu 2021 r., które w kwocie 71 264 831,00 zł nie uległy wygaśnięciu z końcem 2021

²¹ Raport pt. Półpasiec oczami pacjentów. Zapobieganie, Leczenie, Powikłania. MZdrowie 2024
<https://www.mzdrowie.pl/wp-content/uploads/2024/02/01-polpasiec-2024-www.pdf>

²² <https://www.gov.pl/web/psse-przeworsk/szczepionka-przeciw-polpascowi-objeta-50-refundacja>

r., z terminem realizacji do 30.11.2022 r. W 2022 r. średni miesięczny koszt leków antyretrowirusowych w przeliczeniu na jednego pacjenta według aktualnych cen wyniósł 2 102,79 zł.²³

Leczenie ARV osób zakażonych HIV i chorych na AIDS prowadzone jest w Polsce od 2001 roku w ramach programu polityki zdrowotnej Ministra Zdrowia pt. „Leczenie antyretrowirusowe osób żyjących z wirusem HIV w Polsce”. Obecnie trwa realizacja rządowego programu polityki zdrowotnej pt. "Leczenie antyretrowirusowe osób żyjących z wirusem HIV w Polsce na lata 2022-2026". Głównym celem programu jest wydłużenie czasu życia pacjentów zakażonych, wydłużenie czasu wolnego od objawów choroby oraz poprawa jakości ich życia. W ramach programów chcemy również: zmniejszyć ryzyko zakażenia innych przez osoby z HIV/AIDS; zwiększyć poziom adherencji leków antyretrowirusowych pacjentów zakażonych HIV; zapewnić leki antyretrowirusowe niezbędne w profilaktyce zakażeń wertykalnych (dziecka przez matkę) oraz prowadzić indywidualny kalendarz szczepień dzieci urodzonych przez matki zakażone HIV; zapewnić leki antyretrowirusowe osobom, u których mogło dojść do zakażenia w konsekwencji ryzykownych sytuacji (przemoc seksualna, zakłucie igłą zanieczyszczoną potencjalnie zakaźnym materiałem, rana odniesiona w trakcie napaści). Program skierowany jest przede wszystkim do osób zakażonych HIV i chorych na AIDS. W szczególności dotyczy: kobiet w ciąży zakażonych HIV; noworodków urodzonych przez matki zakażone HIV; osób, które wymagają leków antyretrowirusowych po narażeniu na zakażenie HIV w wyniku m.in. przemocy seksualnej, zakłucia igłą nieznanego pochodzenia, bójki lub napaści. Programem objęte są wszystkie osoby zakażone HIV i chore na AIDS przebywające na terytorium RP, niezależnie od statusu ubezpieczeniowego.²⁴

Mirabegron we wskazaniu: II linia farmakologicznego leczenia objawów zespołu pęcherza nadreaktywnego u dorosłych chorych uprzednio leczonych lekami antymuskarynowymi

Choroby dna miednicy stanowią duży problem zdrowotny u kobiet. Zgodnie z szacunkowymi danymi aż 30 proc. dorosłych kobiet w polskiej populacji będzie miało jakąś lub jakieś choroby dna miednicy. Po 50. roku życia zapadalność rośnie do nawet 50 proc. Najczęstsze schorzenia dna miednicy, to wszystkie postaci nietrzymania moczu, obniżenie i wypadanie narządów dna miednicy (nie tylko narządów rozrodczych) oraz nietrzymanie stolca (np. w wyniku okołoporodowych uszkodzeń odbytu). W trakcie procesu starzenia się, starzeją się również mięśnie dna miednicy, które z biegiem czasu wiotczą. Prowadzi to do różnych patologii, takich jak nietrzymanie moczu. Jest to problem nawet kilku milionów kobiet w Polsce i może nie tylko obniżyć jakość życia, ale niemal całkowicie eliminować kobietę z życia społecznego. Pociąga to za sobą wiele różnorodnych problemów zdrowotnych. Są to nadal problemy postrzegane jako wstydlive. Działania systemowe w zakresie opieki nad pacjentkami

²³ Sprawozdanie z Harmonogramu realizacji Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczania AIDS na lata 2022 - 2026 za 2022 r. https://aids.gov.pl/krajowy_program/2022-2/

²⁴ Rządowy Program Polityki Zdrowotnej leczenie antyretrowirusowe osób żyjących z wirusem HIV w Polsce na lata 2022-2026 <https://www.gov.pl/web/zdrowie/rzadowy-program-polityki-zdrowotnej-leczenie-antyretrowirusowe-osob-zyjacych-z-wirusem-hiv-w-polsce-na-lata-2022-2026>

z chorobami dna miednicy wpisują się w ogłoszony i realizowany przez Ministerstwo Zdrowia program “Zdrowa i bezpieczna ja”.

Zespół pęcherza nadreaktywnego to rozpowszechnione w społeczeństwie schorzenie, które pogarsza poziom jakości życia wielu ludzi. Choruje na nie, aż 500 tys. Polek i Polaków, w tym 3 razy częściej dotyka to kobiet, narażając je na cierpienie, poczucie wstydu i bezsilności, a poprzez to wyłączenie z życia zawodowego i społecznego. Schorzenie zmusza do częstych wizyt w toalecie, ograniczając normalne funkcjonowanie życia towarzyskiego i zawodowego. Najczęstsze objawy to częstomocz, nocne oddawanie moczu (nykturia) oraz naglące parcie na pęcherz nawet przy niewielkim jego wypełnieniu. Częstość występowania pęcherza nadreaktywnego waha się od 10% do 26% u dorosłych mężczyzn i od 8% do 42% u dorosłych kobiet. Choroba ta występuje częściej wraz z wiekiem i zwykle pojawia się razem z innymi objawami ze strony dolnych dróg moczowych (LUTS).²⁵

Polscy pacjenci z zespołem pęcherza nadreaktywnego nie mają dostępu do pełnej palety rozwiązań farmakologicznych, które są rekomendowane przez polskie i europejskie towarzystwa naukowe. Wśród nich znajduje się m.in. mirabegron, który jest wskazany w objawowym leczeniu naglącego parcia na mocz, częstomoczu i (lub) nietrzymania moczu spowodowanego nagłymi parciem, które mogą wystąpić u dorosłych pacjentów z zespołem pęcherza nadreaktywnego (ang. Overactive bladder, OAB).²⁶ Polska, jest jedynym krajem w Unii Europejskiej, w którym cząsteczka ta nie została objęta refundacją, mimo tego, że postępowanie w tej sprawie było inicjowane dwukrotnie (ostatni proces refundacyjny dla mirabegronu został zainicjowany w 2018 roku, a zakończyła go negatywna decyzja wydana w marcu 2022 r.; wnioskodawca odwołał się od wspomnianej decyzji, jednak odwołanie to nie zostało uwzględnione). Objęcie finansowaniem publicznym mirabegronu pozwoliłoby na leczenie OAB zgodnie z europejskim i światowym standardem opieki i przyczyniłoby się do poprawy zdrowia chorych cierpiących na zespół pęcherza nadreaktywnego.

W raku prostaty potrzeba większej dostępności profilaktyki, diagnostyki i terapii

Zgodnie z danymi Krajowego Rejestru Nowotworów w 2020 roku liczba zachorowań w Polsce na nowotwór gruczołu krokowego (C61) wyniosła 14 600, natomiast liczba zgonów wyniosła 5 748, zaobserwowano wtedy spadek liczby zachorowań względem lat wcześniejszych najprawdopodobniej spowodowany pandemią koronawirusa SARS-CoV-2. W 2021 roku odnotowano odpowiednio 17 832 zachorowania i 5 458 zgonów z powodu raka gruczołu krokowego (ICD:10: C61). Przeżycie chorych na raka prostaty zależy od zaawansowania choroby i zastosowanej formy leczenia. Po leczeniu radykalnym 5 lat przeżywa 70-85% chorych, a odsetek przeżyć 10-letnich wynosi 50-75%. U chorych niekwalifikujących się do leczenia radyklanego progresję choroby stwierdza się w różnym okresie od włączenia terapii hormonalnej, ale zwykle po 18-36 miesiącach. Chorzy z nowotworem zaawansowanym miejscowo leczeni zachowawczo przeżywają średnio 4,5 roku, a chorzy z rozsiewem

²⁵

https://bipold.aotm.gov.pl/assets/files/zlecenia_mz/2018/175/AWA/175_AWA_OT_4330_14_2018_Betmiga_08.11.2018.pdf

²⁶ <https://www.astellas.com/pl/system/files/2021-10/Betmiga%20Chpl%20na%20stron%C4%99%20internetow%C4%85%20Astellas.pdf>

1-3 lata. Główną determinantą mediany przeżycia pacjentów z mHSPC jest stadium choroby w momencie wykrycia (głównie obciążenie chorobą przerzutową) i obecność niekorzystnych czynników ryzyka. Zgodnie z przytoczonym źródłem, mediana czasu przeżycia znajduje się w przedziale 13-72 miesięcy, natomiast jedynie 5% chorych leczonych hormonoterapią ma szansę przeżyć ponad 10 lat.

Oceniając stan opieki w raku prostaty w Polsce należy przyznać, że w ostatnich miesiącach i latach w tej dziedzinie medycyny zdarzyło się wiele dobrego. Skriningowy program pilotażowy, refundacja nowych procedur i terapii to bez wątpienia ważne kroki milowe na drodze do udoskonalenia opieki nad pacjentami z najczęściej występującym wśród mężczyzn nowotworem. Nie można jednak spoczywać na laurach: konieczne są zakrojone na szeroką skalę działania świadomościowe, dostęp do specjalisty urologa bez skierowania a także zwiększanie zakresu refundacji procedur diagnostycznych i terapeutycznych. Obecnie wiele form diagnostyki i terapii jest dostępnych, w ograniczonym zakresie. To sprawia, że nie zawsze mogą być zastosowane we wszystkich przypadkach, gdzie miałyby to uzasadnienie kliniczne. Dostępność badań rezonansem magnetycznym jest obecnie dość duża. Co więcej, jakość badań i ich opisy także są obecnie bardzo dobre. W ciągu ostatnich dwóch lat nastąpiła w tym zakresie naprawdę znacząca zmiana jakościowa. To bardzo ważne, ponieważ bez dobrej jakościowo oceny tego badania nie ma mowy o tym, żeby można było właściwie zdiagnozować raka prostaty. Problem polega na tym, że nie jest obecnie refundowana biopsja w oparciu o rezonans (tzw. biopsja fuzyjna). Pacjenci pytają o możliwość jej wykonania – czy to ze znieczuleniem czy bez, ale z użyciem odpowiedniego sprzętu. Niestety, z powodu braku refundacji musimy wciąż jednak bazować na tak zwanej „starej biopsji”. Szpitale mają problemy z zakupem sprzętu do biopsji fuzyjnej i brakiem możliwości rozliczenia procedury obejmującej znieczulenie i wykonanie badania.

W kontekście dostępności metod leczenia raka prostaty mamy w Polsce możliwości zastosowania terapii zgodnych z aktualną wiedzą medyczną (zawartych w wytycznych towarzystw naukowych). To, co pozostaje wyzwaniem, to poszerzanie dostępu do terapii tak, by określoną formę leczenia można było rzeczywiście zastosować zgodnie ze wskazaniami klinicznymi, bez ograniczeń administracyjnych. Większość pacjentów z rakiem prostaty jest leczona metodami radykalnymi - albo przy pomocy operacji, albo przy pomocy różnych form naświetlania jonizującego. Dostępność i zakres refundacyjny różnych metod leczenia w początkowych stadiach choroby wydają się dobre. Wyzwaniem jest leczenie zaawansowanej i rozsianej postaci raka prostaty. To znacznie mniej liczna grupa pacjentów. Dla tych chorych medycyna ma dziś propozycje różnych rozwiązań, w tym leczenia kilkoma preparatami jednocześnie (działanie na wielu frontach), leczenia sekwencyjnego. To, co bywa wyzwaniem, to brak refundacji dla poszczególnych rozwiązań w określonych grupach chorych. Przykładowo, jeśli pacjent nie spełnia albo przekroczy określone w programie lekowym parametry, nie może liczyć na refundowaną terapię nawet, jeśli onkolog mógłby i chciał ją zastosować w oparciu o aktualną wiedzę medyczną.²⁷

Rak pęcherza moczowego wymaga nowych terapii

Według Krajowego Rejestru Nowotworów liczba nowych zachorowań na nowotwór pęcherza wynosi ponad 6 tys. rocznie. Rozpoznanie choroby nowotworowej pęcherza w Polsce znacznie częściej dotyczy

²⁷ https://www.onkonet.pl/n_n_rakprostaty_prof_drewa.php

płci męskiej, u której rak pęcherza moczowego stanowi około 7% ogółu zachorowań. Około 75% nowotworów stanowią guzy nienaciekające ścianę pęcherza. Kobiety chorują 3-4 razy rzadziej, ale trend zachorowalności na raka pęcherza moczowego wśród kobiet wskazuje tendencję wzrostową i kształtując się na poziomie 2% ogółu zachorowań na nowotwory. Wśród mieszkańców Europy, wyższy odsetek osób chorych na raka pęcherza moczowego obserwuje się na zachodniej i południowej części kontynentu. Polska, na tle państw Unii Europejskiej, wykazuje niższą średnią zachorowalność wśród populacji, jednakże umieralność wciąż utrzymuje się na jednym z najwyższych poziomów.²⁸

W zakresie programu lekowego B.141.FM „Leczenie pacjentów z rakiem urotelialnym” od listopada 2023 r. dodano refundację niwolumabu w leczeniu uzupełniającym chorych z ekspresją liganda programowanej śmierci komórki 1 (PD-L1) na komórkach guza $\geq 1\%$ i wysokim ryzykiem nawrotu po radykalnej cystektomii z cechą R0 oraz enfortumabu wedotyny w II–III linii leczenia chorych z miejscowo zaawansowanym lub przerzutowym rakiem urotelialnym, którzy otrzymali wcześniej chemioterapię opartą na pochodnych platyny i inhibitor receptora programowanej śmierci komórki 1 (PD-1) lub PD-L1 (nawrót choroby w okresie nie wcześniej niż 6 miesięcy od zakończenia leczenia I linii). Klinicyści i pacjenci czekają w raku pęcherza moczowego na refundację publiczną leczenia podtrzymującego po chemioterapii DD MVAC (doksorubicyna, metotreksat, cisplatyna, winblastyna) oraz możliwość leczenia immunoterapią w drugiej linii pacjentów, którzy otrzymali w pierwszej linii chemioterapię i w jej trakcie mieli progresję choroby. Po leczeniu radykalnym u 50 proc. pacjentów dochodzi do nawrotu choroby, a 30 proc. ma wznowy miejscowe. Chorzy, którzy trafiają pod opiekę onkologów z chorobą wyjściowo uogólnioną, stanowią natomiast stosunkowo niewielki odsetek – 10-15 proc. Postępowanie u pacjentów z chorobą przerzutową jest kompleksowo opisane zarówno w zaleceniach międzynarodowych, jak i polskich – Polskiego Towarzystwa Onkologii Klinicznej, czy Polskiego Towarzystwa Urologicznego. Optymalnym rozwiązaniem jest u tych chorych zastosowanie chemioterapii opartej o cisplatynę. Jeśli nie ma takiej możliwości, powinien być zastosowany schemat z karboplatiną. Co istotne, nasz program lekowy daje możliwość zastosowania immunoterapii podtrzymującej po chemioterapii, jeśli uda się uzyskać przynajmniej kontrolę choroby. Jeśli chodzi o korzyść z tego leczenia, w zakresie przeżycia całkowitego sięga ona ok. 5 miesięcy. Istnieje też możliwość stosowania enfortumabu wedotyny, niedawno zarejestrowanego i już refundowanego w Polsce koniugatu cytostatyku i przeciwciała.²⁹

Zabieg rekonstrukcji zwieraczy w terapii nietrzymania gazów i stolca, jako powikłania porodu u kobiet

Problem uszkodzeń zwieraczy odbytu u kobiet po porodzie jest bardzo niezauważony. Mam tu na myśli mechaniczne uszkodzenia zwieraczy odbytu podczas porodu, a nie przejściową niewydolność zwieraczy odbytu, która występuje w pewnym odsetku u kobiet po porodzie siłami natury w wyniku samego porodu i która z czasem ustępuje. Uszkodzenia zwieraczy odbytu są ciężkimi uszkodzeniami ciała. Jest to problem wstydlivy i niedoszacowany. Uszkodzenia zwieraczy podczas porodu zwykle

²⁸ <https://www.zwrotnikraka.pl/rak-pecherza-moczowego-objawy/>

²⁹ <https://www.rynekzdrowia.pl/Serwis-Onkologia/Rak-pecherza-moczowego-Expert-o-zmianach-w-praktyce-klinicznej-i-brakach-w-programie-lekowym,253667,1013.html>

doprowadzają do nietrzymania stolca, które ujawnia się stosunkowo krótko po porodzie. Trzeba jednak wspomnieć, że u części kobiet występują mechanizmy działające niejako zastępczo w celu zapewnienia kontynencji (trzymania stolca). Polegają one na angażowaniu innych, poza uszkodzonymi zwieraczami, mięśni w celu zapewnienia trzymania stolca: np. mięśni ud czy pośladków. W ten sposób uszkodzenie zwieraczy jest maskowane zwykle do okresu menopauzy gdy mięśnie słabną, a nietrzymanie stolca staje się olbrzymim problemem nie tylko pacjentki ale także lekarzy. Nietrzymanie stolca po porodzie jest jednostką chorobową, która ma absolutnie dewastujący wpływ na zdrowie kobiety: brak kontynencji wymusza m. in. konieczność noszenia wkładek czy pieluch, w sposób istotny wpływa na aktywność życiową, seksualną, zawodową, spędzanie czasu wolnego. Dodatkowo powoduje ciężką dysfunkcję seksualną i psychiczną. Warto zwrócić też uwagę na kontekst wystąpienia nietrzymania stolca w związku z uszkodzeniami zwieraczy po porodzie. Pacjentka przychodzi do szpitala urodzić dziecko, a wychodzi - w przypadku nieleczenia - z ciężką i potencjalnie tylko częściowo uleczalną jednostką chorobową. W sposób szczególny na mechaniczne uszkodzenia zwieraczy narażone są kobiety, u których poród przebiega z trudnościami lub wymaga szybkiego ukończenia np. z powodu objawów zagrożenia życia płodu. Te działania, zwykle ratunkowe wobec płodu, wymuszają stosowanie szerokich nacięć krocza, wyciągaczy próżniowych czy też kleszczy. To z kolei przekłada się na wyższe ryzyko uszkodzeń tkanek miękkich kanału rodnego i okolicy odbytu. Po ciężkich porodach ocena zwieraczy stanowi wyzwanie zarówno z powodu trudności w rozpoznaniu jak i zaopatrzeniu, gdyż mięśnie te po rozerwaniu zwykle bardzo krwawią. Tym niemniej mechaniczne uszkodzenia zwieraczy odbytu można - i należy - rozpoznawać i leczyć niemal natychmiast lub w krótkim czasie po porodzie. Dane literaturowe nie pozostawiają wątpliwości, że im szybciej zwieracz zostanie zaopatrzony, tym większa szansa, że naprawa będzie wysoce skuteczna. Jako wysoką skuteczność rozumiemy prawidłową pracę zwieracza w długim okresie czasu. Wiadomo bowiem że głównym problemem tych odroczonych napraw zwieraczy, to jest napraw wykonywanych w odległym czasie po porodzie, jest ich malejąca skuteczność wraz z upływem czasu. Wczesne naprawy zwieraczy uszkodzonych podczas porodu mają jeszcze jeden ważny wymiar: oszczędzają Pacjentce, która co dopiero urodziła dziecko, wszystkich niedogodności związanych z nietrzymaniem stolca w tym noszeniem pieluch, z którymi Pacjentka musi mierzyć się do czasu operacji naprawczej, i to ciągle sprawując opiekę nad nowo narodzonym dzieckiem a jednocześnie krążąc po poradniach w przygotowaniu do operacji naprawczej. W Polsce w przypadku amputacji w obrębie np. kończyny górnej pacjenci mają zapewnioną całodobowo dyżur replantacyjny pełniony w ośrodkach referencyjnych, do których ich się kieruje. U podstaw utworzenia tych ośrodków było zrozumienie kalectwa jakie niesie ze sobą utrata choćby części kończyny górnej. Nie mam najmniejszych wątpliwości, że uszkodzenie zwieraczy, szczególnie podczas porodu w przypadku jego nieleczenia także prowadzi do ciężkiego kalectwa. Dlatego uważam za niezbędne objęcia tych Pacjenteń uporządkowanym programem opieki już od czasu rozpoznania uszkodzenia zwieraczy ze szczególnym zwróceniem uwagi na pilność postępowania diagnostycznego, chirurgicznego i szalenie ważnego postępowania rehabilitacyjnego (!) oraz uprzywilejowanie w otrzymywaniu porad ambulatoryjnych. W jakiś sposób należałoby także uwzględnić poradnictwo dla pacjentek po uszkodzeniach zwieraczy, które planują kolejną ciążę. Podsumowując uważam że temat uszkodzeń okołoporodowych zwieraczy powinien znaleźć zrozumienie tak aby Polki otrzymywały w zakresie tej potencjalnie ciężko okaleczającej jednostki chorobowej świadczenia odpowiadające aktualnemu stanowi wiedzy.

Kanakinumab w leczeniu choroby Stilla

Choroba Stilla to choroba heterogenna i może mieć różny przebieg, od niego uzależnia się decyzje, jakiego leczenia wymagają konkretni pacjenci. Choroba Stilla może przyjąć formę jednorazowego rzutu, wielu rzutów z regularnymi nawrotami lub utrzymywać się stale. Jeśli przebieg choroby jest łagodny, to w ogóle nie musimy korzystać z tych substancji. Natomiast jeśli objawy są nasilone, to jest to wskazana forma leczenia i wtedy każdy potrzebujący pacjent może być poddany terapii przy zastosowaniu blokerów interleukiny pierwszej i szóstej. Choroba Stilla ma podłoże genetyczne, nie jesteśmy w stanie całkowicie jej zlikwidować, ale możemy wyeliminować objawy. Trzeba mieć świadomość, że może ona w każdej chwili powrócić. Dzięki stosowaniu inhibitorów interleukiny pierwszej i szóstej pacjenci mogą normalnie funkcjonować, nie mają żadnych ograniczeń, jeśli chodzi o wysiłek fizyczny czy dietę. Chory wraca do normalnego trybu życia, do pracy czy szkoły. Te leki przywracają całkowicie jego sprawność. Rekomendowana terapia polega na stosowaniu połączenia glikokortykosteroidów (GKS) z nowoczesnymi lekami biologicznymi. Chorzy w przypadku postaci stawowej stosują w pierwszym rzucie inhibitor interleukiny 6 (IL-6), a w przypadku postaci ogólnonarządowej – inhibitor interleukiny 1 (IL-1). W Polsce w ramach programu lekowego długodziałający inhibitor IL-1 jest niedostępny dla pacjentów z chorobą Stilla. Patrząc na mechanizm działania leków i choroby, inhibitory IL-1 działają na wcześniejszym etapie w kaskadzie procesu autozapalnego niż inhibitory IL-6. Część pacjentów nie reaguje na dostępne refundowane leczenie. Nie mamy w Polsce refundowanego w ramach programu lekowego długodziałającego inhibitora IL-1, który zwiększyłby możliwości terapeutyczne. Leki długodziałające to bardziej komfortowe rozwiązanie i nie jest to bez znaczenia, jeśli mówimy o terapii przez lata. Krótkodziałający inhibitor IL-1 wymaga codziennego podawania podskórnego, co oznacza codzienne klucie, co szczególnie dla dzieci, jest dodatkowo traumatyzujące. To ważne w przypadku dzieci, dla których psychicznym i fizycznym obciążeniem są codzienne wkłucia. System opieki zdrowotnej unika takiej traumatyzacji np. wśród pacjentów pediatrycznych z cukrzycą i refunduje pompy insulinowe do 26 r.ż. Stwierdzono związek chorób autozapalnych z czynnikami stresującymi. Obserwowany jest brak tolerancji leczenia i jego przerywanie.

Wytyczne EULAR 2023 wyeksponowały pozycję długodziałających inhibitorów IL-1, takich jak kanakinumab. Należy je stosować ASAP u pacjentów z chorobą Stilla. Dostęp pacjentów do diagnostyki i terapii jest zróżnicowany na terenie całej Polski, gdyż nadal w niektórych województwach brakuje specjalistycznych ośrodków. Istotne jest, by każdy chory trafił do placówki z pełnym zapleczem diagnostyczno-terapeutycznym, tak by jak najszybciej otrzymał właściwą pomoc. Pełna oferta terapeutyczna nie jest dostępna dla wszystkich potrzebujących pacjentów. Kanakinumab, czyli długodziałający inhibitor IL-1) jest dostępny refundacyjnie dla pacjentów tylko w ramach programu RDTL, czyli Ratunkowym Dostępem do Technologii Lekowych, a nie wszystkie ośrodki lecznicze mogą z niej korzystać. To spore utrudnienie dla pacjenta, który na etapie diagnozy, leczenia i późniejszej kontroli może korzystać tylko z wybranych kilku ośrodków w Polsce. Dostęp refundacyjny do kanakinumabu w ramach programu lekowego znacząco zmieniłby sytuację pacjentów i lekarzy. Obecnie klinicyści i pacjenci czekają na refundację publiczną kanakinumabu, jako mniej uciążliwej i obciążającej terapii (podawanej raz na miesiąc terapii). Krótkodziałający inhibitor IL-1 wymaga codziennego podawania podskórnego, co oznacza codzienne klucie. Towarzyszy temu stres i ból związany z wielokrotnymi wkłuciami. Jest to szczególnie ważne w przypadku dzieci, dla których

codzienne wklucia są obciążeniem psychicznym i fizycznym (system opieki zdrowotnej unika takiej traumatyzacji np. wśród pacjentów pediatrycznych z cukrzycą i refunduje pompy insulinowe do 26. r.ż.). znacząco zmieniłby sytuację pacjentów i lekarzy.

Trzecia edycja raportu Barometr WHC „Kobieta w kolejce”

Raport Barometr WHC „Kobieta w kolejce” skupia się na jednostkach chorobowych, które znacznie częściej występują u kobiet, oraz na problemach zdrowotnych dotyczących wyłącznie kobiet. Właśnie ukazała się jego trzecia edycja. Fundacja Watch Health Care przeanalizowała 80 świadczeń (w tym 31 przeznaczonych wyłącznie dla kobiet) z 14 dziedzin medycyny, poszerzając raport o analizę świadczeń z zakresu leczenia chorób metabolicznych. Niestety jego wyniki, w porównaniu z zeszłym rokiem, nie są optymistyczne. *-Od dłuższego już czasu tematyka dyskusji w ochronie zdrowia zdominowana jest kwestiami dotyczącymi kobiet. Szkoda, że wynikło to raczej z polityki światopoglądowej, a nie z realnego zainteresowania którejkolwiek ze stron politycznych sytuacją w ochronie zdrowia. Efekt jest taki, że dyskusje trwają, a kobiety w kolejkach do lekarzy stoją coraz dłużej - mówi prezes Fundacji WHC, Milena Kruszewska. - Zbliża się Dzień Matki. Jeżeli któraś mama, mimo potrzeby, zwleka z wizytą u specjalisty, to zapisanie jej do lekarza z okazji tego święta może być świetnym prezentem, który jeszcze ma szansę zrealizować się w tym roku - komentuje wyniki raportu Milena Kruszewska. W przypadku kobiet widoczne jest znaczne utrudnienie w dostępie do specjalistów - z oczekiwania przez 3,4 miesiąca w zeszłym roku do 5,9 miesiąca w obecnym. Według danych Barometru WHC dla całej populacji, bez podziału na płeć, w zeszłym roku Polacy czekali na wizytę u specjalisty średnio 3,7 miesiąca.*

Pół roku w kolejkach do lekarza

Wizyty specjalistyczne są często dopiero początkiem drogi diagnozowana i leczenia zaawansowanych jednostek chorobowych. Najwięcej cierpliwości wymaga oczekiwanie na wizytę u endokrynologa - to obecnie aż 18 mies. (w zeszłym roku 11 mies.). Wśród najdłuższych kolejek znajdują się też te do chirurga naczyniowego (wydłużyły się z 6,4 mies. do 11,9 mies.) oraz neurochirurga (wydłużyły się z 6,2 mies. do 11 mies.). Niepokojąco wzrosła też kolejka do ginekologa-onkologa - o 4,7 (z 0,5 mies. do 5,2 mies.). Ponad 5 mies. (5,6 mies.) trzeba też zaczekać na wizytę u chirurga-bariatry - to nowe świadczenie objęte monitoringiem Fundacji, obok m.in. wizyty u diabetologa, do którego pacjentka czekać musi 4,3 mies. Trudny do akceptacji jest również czas oczekiwania na konsultację u psychiatry. Pacjentka posiadająca skierowanie od psychologa, niezależnie od powodu skierowania, musi spędzić bez dostępu do pomocy lekarza średnio ponad trzy miesiące, przy czym dokładny czas oczekiwania w wybranych placówkach ma bardzo szeroki rozrzut i może wynosić od kilku do nawet kilkuset dni.

Badania diagnostyczne - w endokrynologii najtrudniej

Niezwykle istotne dla powodzenia przyszłego leczenia jest możliwie szybkie wykonanie niezbędnych badań. Wyniki uzyskane przez Fundację WHC wskazują, że na badanie diagnostyczne polskie pacjentki czekają średnio 2,4 mies. (2,5 mies. z uwzględnieniem analizowanych od 2024 r. świadczeń z zakresu leczenia chorób metabolicznych) - w zeszłym roku czekały 2,3 mies. Wśród wszystkich zweryfikowanych przez Fundację WHC świadczeń diagnostycznych najdłuższy czas oczekiwania odnotowano w przypadku USG tarczycy (6,9 mies.), scyntygrafii tarczycy (5,8 mies.), kolposkopii (5,8 mies.), biopsji aspiracyjnej cienkoigłowej tarczycy (5,4 mies.) wykonywanej u pacjentki z widocznym

wolem tarczycy oraz badania w kierunku 5 najczęstszych mutacji genu BRCA1 wykonywanego u pacjentki, której matka zmarła na nowotwór piersi (4,2 mies.). Niewiele krócej (4 mies.) oczekują pacjentki, które otrzymały skierowanie na USG Doppler kończyn dolnych oraz gastroskopię.

Z kobiecymi schorzeniami trudniej o pomoc

Analiza 31 świadczeń przeznaczonych wyłącznie dla kobiet pokazuje, że średni czas oczekiwania na świadczenia wyłącznie kobiece wynosi 2,8 miesiąca (w zeszłym roku wynosił 2,5 mies.). W tej kategorii znalazły się w szczególności choroby związane z narządami rodnymi, porodem i położeniem. Na potrzeby analizy zaliczono do niej także raka piersi. Raport pokazuje, że - podobnie jak w poprzednim roku - na rekonstrukcję piersi pacjentki muszą czekać rok. W wielu przypadkach mastektomii można byłoby uniknąć, gdyby dostęp do nowoczesnej diagnostyki był lepszy. W onkologii większość nowoczesnych terapii to tzw. terapie celowane, czyli skupione na konkretnej mutacji w genie. Dotyczy to także raka piersi. Niestety w Polsce nadal wykonuje się zbyt mało badań molekularnych, dodatkowo dostęp do nich jest utrudniony, bo można je wykonywać tylko przy okazji hospitalizacji. Wśród świadczeń przeznaczonych dla kobiet, znaczne utrudnienia w dostępności odnotowano także w przypadku: operacji nietrzymania moczu metodą TOT (6,7 mies.), kolposkopii (5,8 mies.) czy operacji wypadania macicy (5,7 mies.) Z kolei pacjentka z obniżonymi ścianami pochwy po porodzie, odczuwająca silny dyskomfort i ból podczas stosunku, na zabieg waginoplastyki musi poczekać 4,8 mies.

Odyseja diagnostyczno-lecznicza pacjentek coraz większa

Fundacja WHC poświęca także uwagę problematyce etapowości leczenia. Bazując na dostępnych danych, wskazano kilka przykładów ograniczeń, w których sumujący się czas oczekiwania do kolejnych etapów leczenia jest szczególnie bolesny dla pacjentki i decyduje o jej szansie na powrót do zdrowia bądź o przeżyciu. Spośród analizowanych ośmiu ścieżek leczniczych wydeptywanych przez pacjentki, sześć uległa wydłużeniu, a dwie skróciły się. Analiza objęła także dwie nowe ścieżki z zakresu chorób metabolicznych. W tym roku najdłuższa okazała się ścieżka pacjentki zgłaszającej lekarzowi POZ utrzymujące się od kilku miesięcy uczucie ciężkości i bólu nóg, czasem pojawiający się obrzęk. Musi ona przejść przez proces diagnostyczno-terapeutyczny obejmujący dwie konsultacje specjalistyczne, jedno badanie diagnostyczne i jeden zabieg. Zajęło jej to 1046 dni (w zeszłym roku trwało to 774 dni). 256 dni czekała na wizytę u angiologa, 120 dni na USG Doppler kończyn dolnych, 358 dni na wizytę u chirurga naczyniowego i 312 dni na zabieg usunięcia żyłaków metodą klasyczną. Z kolei pacjentka w wieku 45 lat, z BMI powyżej 40 oraz ze stwierdzonymi nadciśnieniem i cukrzycą typu II, u której konsultacja dietetyka klinicznego trwająca ponad rok nie przyniosła utraty wagi, będzie czekać na konsultację w poradni chirurgii bariatrycznej 167 dni. Następnie 121 dni na gastroskopię, 83 dni na USG jamy brzusznej i wreszcie 185 dni na operację bariatryczną. Jej łączny czas oczekiwania na pomoc wyniesie więc 556 dni.

System widziany oczami pacjenta

Fundacja WHC od niemal 15 lat analizuje dostępność do świadczeń zdrowotnych podkreślając, że kolejka jest technologią o udowodnionej szkodliwości: człowiek, który czeka w kolejce na pomoc, cierpi, może zostać wykluczony z życia społecznego i zawodowego, może nie doczekać skutecznego leczenia. Weryfikacja czasu oczekiwania ma miejsce w około 450 placówkach medycznych posiadających kontrakt z NFZ - ankieterzy dzwonią do nich przedstawiając się jako pacjenci z

konkretnymi problemami i potrzebami zdrowotnymi. - *Czekamy z niecierpliwością na przejrzysty system centralnej rejestracji, który kontrolowany będzie m.in. w taki sposób, w jaki my zbieramy dane, czyli oczami pacjenta* - mówi prezes Fundacji WHC. - *Od lat na wyniki naszych raportów powołują się eksperci. Jeśli chodzi o polityków - na nasze dane, jako że nie są zbyt pozytywne, chętnie powołują się politycy opozycyjni, a gdy zdobywają władzę, nagle nasze raporty okazują się dla nich niewiarygodne. Jestem ciekawa, jak będzie teraz* - dodaje.

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-ekspertcka 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, ZMNIEJSZAJĄCE W DŁUŻSZEJ PERSPEKTYWIE OBCIĄŻENIE PUBLICZNYCH FINANSÓW, A CO NAJWAŻNIEJSZE OSZCZĘDZAJĄCE CIERPIENIA CHORYM I ICH BLISKIM

Wydatki na leki powinny rosnąć 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 ultrarzadkich. 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 przykładac do profilaktyki nowotworów, których czynniki sprawcze zostały dobrze poznane, a dzięki wczesnemu wykryciu mogą być skutecznie eliminowane; np. wdrożenie badań przesiewowych w kierunku zakażeń HCV, których dostępne już w Polsce, skuteczne leczenie zapobiega rakowi wątroby. Proponujemy, wzorem rozwiązań brytyjskich skupienie się na podobnych działaniach i powołanie na 10 lat Funduszu Walki z Rakiem zasilanego przez państwo z akcyzy na papierosy i alkohol, która powinna wzrosnąć oraz z kar nakładanych na przemytników i nielegalnych producentów papierosów i alkoholu. Wsparciem Funduszu mogłaby być również nadwyżka finansowa uzyskana z polisy dobrowolnych ubezpieczeń komplementarnych.

10. POWOŁANIE FUNDUSZU NA RZECZ 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 CHOROZOM 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 rozważdze”.
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 zaświadczaaj 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.

8. Dziewięć kroków do tego, aby żyć 100 lat w pełnym zdrowiu wg. Prof. Alicji Chywickiej (na podstawie różnych publikacji)

Krok I: Zadbaj o ruch, dostosowany do wieku, do wzrostu i wagi, do stanu zdrowia.

Krok II: Ogranicz liczbę kalorii, jedz wolniej i unikaj przetworzonych pokarmów, wracaj do natury.

Krok III: Myśl, wykonuj ćwiczenia umysłowe, czytaj, opowiadaj, koncentruj się i dyskutuj.

Krok IV: Miej cel, motywację, naucz się czegoś nowego.

Krok V: Stwórz własny cichy azyl do zwolnienia tempa życia.

Krok VI: Bądź członkiem wspólnoty, grupy przyjaciół, grupy ponadpokoleniowej, które by się edukowały, wspomagały i trzymały razem.

Krok VII: Miej swoje ulubione rytuały.

Krok VIII: Otaczaj się ludźmi, których lubisz i daj się lubić.

Krok IX: Uśmiechaj się i myśl pozytywnie. Jeśli człowiek myśli negatywnie, to jest to przepowiednia samospełniająca się i dużo w życiu się nie udaje.

KONTAKT:

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

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

SPONSORZY, PARTNERZY:

