



# RAPORT MEDYCZNEJ RACJI STANU I FEDERACJI STOWARZYSZEŃ „AMAZONKI”: SIŁA KOBIET

*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.*



*Federacja Stowarzyszeń „Amazonki” to organizacja pacjenta, która wspiera kobiety chore na raka piersi, otacza je opieką i pomaga w powrocie zarówno do zdrowia fizycznego, psychicznego, jak i życia rodzinnego oraz społecznego. Angażuje się w działania edukacyjne mające na celu profilaktykę nowotworów kobiecych.*

Warszawa  
26 marca 2024 r.

Raport Medycznej Racji Stanu i Federacji Stowarzyszeń „Amazonki”: Siła kobiet. Marzec 2024 r.

ISBN: 978-83-969333-7-9

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

Autorzy wypowiedzi w kolejności alfabetycznej:

1. Prof. Ewa Barcz, Kierownik Katedry Ginekologii i Położnictwa Wydziału Medycznego Collegium Medicum Uniwersytetu Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Międzyzleskim Szpitalu Specjalistycznym w Warszawie
2. 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
3. Prof. Alicja Chybicka, Komisja Zdrowia, Przewodnicząca Parlamentarnego Zespołu ds. Chorób Rzadkich, Parlamentarnego Zespołu ds. Transplantologii oraz Parlamentarnego Zespołu ds. Dzieci
4. Prof. Urszula Demkow, Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia
5. Dr Jakub Gierczyński, MBA, Ekspert systemu ochrony zdrowia
6. Prof. Beata Jagielska, Dyrektor Narodowego Instytutu Onkologii - Państwowego Instytutu Badawczego
7. Prof. Małgorzata Kołodziejczak, Prezes Polskiego Klubu Koloproktologii Towarzystwa Naukowego
8. Dagmara Korbasińska-Chwedczuk, Zastępca dyrektora Departamentu Zdrowia Publicznego w Ministerstwie Zdrowia
9. Dr Mariola Kosowicz, Kierownik Poradni Zdrowia Psychicznego NIO-PIB
10. Prof. Brygida Kwiatkowska, Konsultant krajowy w dziedzinie reumatologii
11. Dr Janusz Meder, Prezes Polskiej Unii Onkologii, Narodowy Instytut Onkologii w Warszawie, Medyczna Racja Stanu
12. Mec. Piotr Mierzejewski, Dyrektor Zespołu Prawa Administracyjnego i Gospodarczego w Biurze Rzecznika Praw Obywatelskich, Współprzewodniczący Komisji Ekspertów ds. Zdrowia, Współprzewodniczący Komisji Ekspertów ds. Ochrony Zdrowia Psychicznego przy Rzeczniku Praw Obywatelskich
13. Prof. Lucyna Ostrowska, Prezes Polskiego Towarzystwa Leczenia Otyłości
14. Prof. Małgorzata Pawłowska, Kierownik Katedry Chorób Zakaźnych i Hepatologii Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Bydgoszczy, Wiceprezes Polskiego Towarzystwa Epidemiologów i Lekarzy Chorób Zakaźnych
15. Joanna Parkitna, Dyrektor Wydziału Oceny Technologii Medycznych Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
16. Katarzyna Piekarska, Przewodnicząca Parlamentarnego Zespołu ds. profilaktyki nowotworowej - RAK STOP
17. Dr Katarzyna Pogoda, Przewodnicząca Sekcji Raka Piersi Polskiego Towarzystwa Onkologii Klinicznej, Adiunkt w Klinice Nowotworów Piersi i Chirurgii Rekonstrukcyjnej NIO-PIB
18. Prof. Barbara Radecka, Kierownik Kliniki Onkologii Opolskiego Centrum Onkologii im. prof. Tadeusza Koszarowskiego i Uniwersytetu Opolskiego
19. Iwona Schymalla, Medexpress, Służba Zdrowia
20. Dr Iwona Skoneczna, Kierownik Oddziału Chemioterapii, Szpital Grochowski im. dr. n. med. Rafała Masztaka
21. Dr Michał Sutkowski, Rzecznik Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce
22. Krystyna Wechmann, Prezes Fundacji Polska Koalicja Pacjentów Onkologicznych, Prezes Federacji Stowarzyszeń „Amazonki”
23. Prof. Mirosław Wielgoś, Kierownik Kliniki Położnictwa i Perinatologii Państwowego Instytutu Medycznego MSWiA w Warszawie, konsultant krajowy w dziedzinie perinatologii
24. Monika Wielichowska, Wicemarszałek Sejmu RP
25. Prof. Mariusz Wyleżoł, Prezes elekt Polskiego Towarzystwa Leczenia Otyłości, Kierownik Warszawskiego Centrum Kompleksowego Leczenia Otyłości i Chirurgii Bariatrycznej w Szpitalu Czerniakowskim w Warszawie
26. Prof. Zbigniew Żuber, Prezes-elekt Polskiego Towarzystwa Reumatologicznego, Kierownik Katedry Pediatrii Krakowskiej Akademii im. A. Frycza Modrzewskiego

Organizacja Debaty i koordynacja ze strony Medycznej Racji Stanu i Federacji Stowarzyszeń „Amazonki”: Anna Jasińska, Grażyna Mierzejewska, Krystyna Wechmann

Wykorzystanie treści raportu pod warunkiem podania źródła: *Raport Medycznej Racji Stanu i Federacji Stowarzyszeń „Amazonki”: Siła kobiet. Marzec 2024 r.*

## Spis treści

1. Medyczna Racja Stanu – misja i działania .....	3
2. Wprowadzenie, Anna Jasińska, Grażyna Mierzejewska, Medyczna Racja Stanu .....	9
3. Stanowiska prelegentów .....	13
Red. Iwona Schymalla, Medexpress, Służba Zdrowia.....	14
Monika Wielichowska, Wicemarszałek Sejmu RP .....	14
Posel Prof. Alicja Chybicka, Komisja Zdrowia, Przewodnicząca Parlamentarnego Zespołu ds. Chorób Rzadkich, Parlamentarnego Zespołu ds. Transplantologii oraz Parlamentarnego Zespołu ds. Dzieci ..	15
Prof. Urszula Demkow, Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia.....	16
Dr Janusz Meder, Prezes Polskiej Unii Onkologii, Narodowy Instytut Onkologii w Warszawie, Medyczna Racja Stanu.....	17
Dr Michał Sutkowski, Rzecznik Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce.....	18
Krystyna Wechmann, Prezes Fundacji Polska Koalicja Pacjentów Onkologicznych, Prezes Federacji Stowarzyszeń „Amazonki” .....	20
Prof. Ewa Barcz, Kierownik Katedry Ginekologii i Położnictwa Wydziału Medycznego Collegium Medicum Uniwersytetu Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Międzyleskim Szpitalu Specjalistycznym w Warszawie .....	21
Dr Iwona Skoneczna, Kierownik Oddziału Chemioterapii, Szpital Grochowski im. dr. n. med. Rafała Masztaka .....	22
Prof. Beata Jagielska, Dyrektor Narodowego Instytutu Onkologii - Państwowego Instytutu Badawczego.....	23
Prof. Zbigniew Żuber, Prezes-elekt Polskiego Towarzystwa Reumatologicznego, Kierownik Katedry Pediatrii Krakowskiej Akademii im. A. Frycza Modrzewskiego .....	24
Joanna Parkitna, Dyrektor Wydziału Oceny Technologii Medycznych Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji .....	24
Prof. Małgorzata Pawłowska, Kierownik Katedry Chorób Zakaźnych i Hepatologii Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Bydgoszczy, Wiceprezes Polskiego Towarzystwa Epidemiologów i Lekarzy Chorób Zakaźnych .....	25
Dyrektor Dagmara Korbasińska-Chwedczuk, Zastępca Dyrektora Departamentu Zdrowia Publicznego w Ministerstwie Zdrowia.....	27
Prof. Mirosław Wielgoś, Kierownik Kliniki Położnictwa i Perinatologii Państwowego Instytutu Medycznego MSWiA w Warszawie, konsultant krajowy w dziedzinie perinatologii .....	28
Prof. Małgorzata Kołodziejczak, prezes Polskiego Klubu Koloproktologii Towarzystwa Naukowego ..	29

Posel Katarzyna Piekarska, Przewodnicząca Parlamentarnego Zespołu ds. profilaktyki nowotworowej - RAK STOP .....	30
Prof. Brygida Kwiatkowska, Konsultant krajowy w dziedzinie reumatologii .....	31
Dr Mariola Kosowicz, Kierownik Poradni Zdrowia Psychicznego NIO-PIB .....	31
Dr Katarzyna Pogoda, Przewodnicząca Sekcji Raka Piersi Polskiego Towarzystwa Onkologii Klinicznej, Adiunkt w Klinice Nowotworów Piersi i Chirurgii Rekonstrukcyjnej NIO-PIB .....	31
Prof. Barbara Radecka, Kierownik Kliniki Onkologii Opolskiego Centrum Onkologii im. prof. Tadeusza Koszarowskiego i Uniwersytetu Opolskiego.....	33
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.....	34
Mec. Piotr Mierzejewski, Dyrektor Zespołu Prawa Administracyjnego i Gospodarczego w Biurze Rzecznika Praw Obywatelskich, Współprzewodniczący Komisji Ekspertów ds. Zdrowia, Współprzewodniczący Komisji Ekspertów ds. Ochrony Zdrowia Psychicznego przy Rzeczniku Praw Obywatelskich .....	36
Prof. Mariusz Wyleżół, Prezes elekt Polskiego Towarzystwa Leczenia Otyłości, Kierownik Warszawskiego Centrum Kompleksowego Leczenia Otyłości i Chirurgii Bariatrycznej w Szpitalu Czerniakowskim w Warszawie .....	38
Prof. Lucyna Ostrowska, Prezes Polskiego Towarzystwa Leczenia Otyłości .....	39
Dr Jakub Gierczyński, MBA, Ekspert systemu ochrony zdrowia.....	41
4. Wnioski i rekomendacje .....	42
5. Kluczowe informacje przy gotowane na debatę przez Medyczną Rację Stanu z zakresu zdrowia kobiety.....	44
Sacituzumab govitecan w terapii potrójnie ujemnego raka piersi.....	44
Perspektywy terapii CAR-T .....	45
Abemacyklilb w leczeniu wczesnej postaci raka piersi.....	46
Semaglutyd w terapii cukrzycy typu 2.....	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.....	49
Krajowy program badań przesiewowych w kierunku HCV i terapia wirusowego zapalenia wątroby typu C.....	51
Szczepienie przeciw półpaścowi i neuralgii popółpaścowej .....	53
Zapobieganie HIV i AIDS .....	54
Mirabegron we wskazaniu: II linia farmakologicznego leczenia objawów zespołu pęcherza nadreaktywnego u dorosłych chorych uprzednio leczonych lekami antymuskarynowymi.....	56

Zabieg rekonstrukcji zwieraczy w terapii nietrzymania gazów i stolca, jako powikłania porodu u kobiet .....	57
6. Tezy dla Zdrowia.....	58
7. Siedem Zasad Doktora Janusza Medera - jak zadbać o wzajemne dobre relacje z pacjentem.....	62

## 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, zrozumiałem dla ludzi, którzy na co dzień nie zajmują się ochroną zdrowia, nie leczą, nie kierują szpitalami, ale którym zależy, bo widzą, że jest to najważniejszy program społeczny. I moim zdaniem, jedynym sposobem, by rozwiązać nabrzmiały problem społeczny, jest otwarcie go na inne środowiska, tak żeby zainteresować nim osoby, którym wcześniej nawet do głowy nie przyszłoby zajmować się tym tematem.

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

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



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

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

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











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

Jako inicjator działalności Medycznej Racji Stanu chciałbym, aby wspólnie zdefiniować optymalny kształt systemu ochrony zdrowia w Polsce. Ochrona zdrowia powinna stanowić taki obszar, którego konieczności rozwoju się nie kwestionuje, bo jest on kluczowy dla każdego obywatela. W tym ujęciu staje się racją stanu, mającą charakter ponadpartyjny, ponad środowiskowy i w jakimś sensie ponadczasowy. Gdybyśmy uznali, że zdrowie ma swoją rację stanu, wówczas zmieniające się ekipy rządowe, bez względu na swoją jakość kompetencyjną czy intelektualną, realizowałyby długofalowy plan rozwoju ochrony zdrowia. Inwestycje w tym obszarze muszą być najwyższej jakości i mieć charakter długofalowy. Na początku tego wieku koncentrowano się na tych dziedzinach medycyny, których reforma przynosi szybko zauważalne zmiany — kardiologia inwazyjna, medycyna ratunkowa. Teraz zaś największym wyzwaniem są choroby przewlekłe, cywilizacyjne, a w ich przypadku horyzont działań i strategii musi znacznie przekraczać cztery lata jednej kadencji parlamentarnej. Nie jest możliwe prowadzenie spójnej i racjonalnej polityki w tym zakresie bez zgody na to, co najważniejsze, czyli właśnie bez podejścia rozumianego jako racja stanu. Mówiąc o medycznej racji stanu, mamy na myśli określenie bardzo konkretnych obszarów, które w przewidywalnej przyszłości, na najbliższe 20-30 lat, będą zawsze rozwijane przez kolejne rządy, bez względu na ich barwy polityczne. W 2019 r. powołane zostały przy Medycznej Racji Stanu: Rada Ekspertów do spraw Chorób Rzadkich oraz Rada Ekspertów ds. Chorób Metabolicznych i Przeciwdziałania Otyłości. W 2020 r. ukonstytuowała się Rada Ekspertów ds. Onkologii. W 2021 r. powołano Radę Ekspertów ds. Chorób Autoimmunologicznych. W latach 2016-2023 Medyczna Racja Stanu zorganizowała i organizuje debaty, których celem było stworzenie platformy dialogu „przy okrągłym stole”, zaproponowanie rozwiązań oraz zainicjowanie konkretnych działań w przestrzeni polityki zdrowotnej w Polsce. 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. <b>5 grudnia 2016 r. „Zdrowie i Bezpieczeństwo Narodowe”</b> – 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. <b>29 czerwca 2018 r. „Tezy dla Zdrowia”</b> - prezentacja wypracowanych przez Radę Ekspertów propozycji pilnych rozwiązań systemowych.</p>	
<p>3. <b>17 kwietnia 2019 r. „Zdrowie - Kapitał Narodu”</b> - potrzeba traktowania nakładów na zdrowie, jako inwestycji, a nie tylko wydatków, szczególnie w odniesieniu do chorób przewlekłych.</p>	
<p>4. <b>10 października 2019 r. „Czas w Onkologii”</b> - 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. <b>10 lutego 2020 r. „Ja Pacjent”</b> - 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. <b>11 grudnia 2019 r. I Spotkanie Rady Ekspertów ds. Chorób Metabolicznych i Przeciwdziałania Otyłości</b> - 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. <b>8 kwietnia 2020 r. I Spotkania Online Rady Ekspertów ds. Onkologii Medycznej Racji Stanu</b> – rak nie zna pojęcia kwarantanna.</p>	
<p>8. <b>13 maja 2020 r. – III Spotkanie Rady Ekspertów ds. Chorób Rzadkich Medycznej Racji Stanu online</b> – chorzy na choroby rzadkie wymagają szczególnej opieki w dobie pandemii oraz oczekują na Narodowy Plan dla Chorób Rzadkich.</p>	
<p>9. <b>25 czerwca 2020 r. – II Spotkanie Rady Ekspertów ds. Chorób Metabolicznych i Przeciwdziałania Otyłości Medycznej Racji Stanu online</b> – choroby metaboliczne stają się coraz większym wyzwaniem dla systemów ochrony zdrowia w Polsce i na świecie.</p>	
<p>10. <b>27 lipca 2020 r. – I Spotkanie Rady Ekspertów ds. Chorób Zakaźnych Medycznej Racji Stanu online</b> – choroby zakaźne atakują i od odpowiedzialności obywatelskiej, szczepień profilaktycznych oraz dostępu do skutecznego leczenia zależy zdrowie i życie wszystkich Polaków.</p>	
<p>11. <b>25 września 2020 r. Wartości w medycynie - czego uczy nas światowy kryzys zdrowia</b> - zdrowie jest jedną z największych wartości człowieka i społeczeństwa.</p>	
<p>12. <b>7 grudnia 2020 r. Bezpieczeństwo pacjenta onkologicznego: profilaktyka, diagnostyka, terapie, czas odchodzenia</b> - sytuacja epidemiologiczna nie może zahamować diagnostyki i leczenia nowotworów.</p>	

<p>13. <b>4 lutego 2021 r. Światowy Dzień Walki z Rakiem - Otwarci dla pacjenta. Otwarci na pacjenta - debata ekspercko-systemowa</b> odnosząca się do wyzwań onkologii w drugim roku pandemii Covid-19.</p>	
<p>14. <b>26 lutego 2021 r. IV Spotkanie Online Rady Ekspertów ds. Chorób Rzadkich Medycznej Racji Stanu</b> - skupiło się na sytuacji chorych na choroby rzadkie w czasie pandemii Covid-19 oraz szanse poprawy opieki dzięki wprowadzeniu Narodowego Planu dla Chorób Rzadkich oraz Funduszu Medycznego.</p>	
<p>15. <b>19 marca 2021 r. I Spotkanie Online Rady Ekspertów ds. Chorób Autoimmunologicznych Medycznej Racji Stanu</b> - było poświęcone sytuacji chorych autoimmunologiczne w dobie pandemii Covid-19</p>	
<p>16. <b>23 kwietnia 2021 r. Debata Medycznej Racji Stanu Postęp terapeutyczny – szansa dla pacjentów.</b></p>	
<p>17. <b>Wyzwanie dla systemu. Perspektywa czasu pandemii Covid-19</b> - debata ekspercko-systemowa odnosząca się do nowych możliwości terapeutycznych w medycynie.</p>	
<p>18. <b>17 czerwca 2021 r. I Spotkanie Rady Ekspertów MRS ds. Neurologii i Psychiatrii</b> - debata ekspercko- systemowa odnosząca się do nowych możliwości terapeutycznych oraz poprawy modelu opieki w chorobach mózgu.</p>	
<p>19. <b>10 sierpnia 2021 r. III Spotkanie Rady Ekspertów ds. Onkologii Medycznej Racji Stanu</b> - chorzy na nowotwory złośliwe powinni mieć zagwarantowany dostęp do profilaktyki, diagnostyki, terapii, rehabilitacji oraz opieki paliatywnej</p>	
<p>20. <b>28 września 2021 r. III Spotkanie Rady Ekspertów Medycznej Racji Stanu ds. Chorób sercowo-naczyniowych, Metabolicznych i przeciwdziałania Otyłości</b> - choroby sercowo-naczyniowe, metaboliczne i otyłość stają się coraz większym wyzwaniem dla systemów ochrony zdrowia w Polsce.</p>	
<p>21. <b>15 listopada 2021 r. Debata Medycznej Racji Stanu Zdrowie Kobiety - Bezpieczeństwo Rodziny</b> - 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. <b>2 grudnia 2021 r. Sprawdzam - Wygrywam. Diagnostyka i leczenie wirusowego zapalenia wątroby typu C w Polsce</b> - 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. <b>1 lutego 2022 r. IV spotkanie Rady Ekspertów ds. Onkologii Medycznej Racji Stanu</b> - 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. <b>15 lutego 2022 r. V Spotkanie Rady Ekspertów ds. Chorób Rzadkich Medycznej Racji Stanu</b> - 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. <b>25 marca 2022 r. Debata Medycznej Racji Stanu pt. Zdrowie Kobiety w Obliczu Wyzwań Geopolitycznych</b> - II etap kampanii informacyjno-systemowej „Zdrowie Kobiety – Bezpieczeństwo Rodziny”.</p>	
<p>26. <b>30 maja 2022 r. Debata Medycznej Racji Stanu pt. Bezpieczeństwo zdrowotne Polski - nowe wyzwania dla idei solidarności Europy.</b> Zdrowie jest podstawową wartością w życiu ludzi, a prawo do zdrowia należy do katalogu podstawowych praw człowieka.</p>	
<p>27. <b>30 maja 2022 r. Debata Medycznej Racji Stanu pt. Aktualne wyzwania w leczeniu nowotworów kobiecych</b> – III etap kampanii informacyjno-systemowej „Zdrowie Kobiety – Bezpieczeństwo Rodziny”.</p>	
<p>28. <b>22 sierpnia 2022 r. V Spotkanie Rady Ekspertów ds. Onkologii Medycznej Racji Stanu</b> - Chorzy na nowotwory złośliwe powinni mieć zagwarantowany szybki i nielimitowany dostęp do profilaktyki, diagnostyki, terapii, rehabilitacji oraz opieki paliatywnej.</p>	
<p>29. <b>22 września 2022 r. Wspólne cele w realizacji idei Europejskiej Unii Zdrowia</b> - I debata ekspercka Medycznej Racji Stanu.</p>	
<p>30. <b>26 września 2022 r. VI Spotkanie Rady Ekspertów ds. Chorób Rzadkich Medycznej Racji Stanu</b> - Rekomendowane jest wdrażanie Planu dla Chorób Rzadkich w życie oraz kontynuacja refundacji publicznej leków.</p>	
<p>31. <b>14 listopada 2022 r. Bezpieczeństwo zdrowotne kobiet w Polsce w ramach kampanii Bezpieczeństwo Rodziny</b> - Zdrowie kobiety powinno być traktowane priorytetowo w polskim systemie ochrony zdrowia.</p>	
<p>32. <b>16 grudnia 2022 r. Debata Medycznej Racji Stanu pt. Wyzwania zdrowia - poczucie bezpieczeństwa. Perspektywa 2022/2023</b> - W czasach pandemii COVID-19 i wojny w Ukrainie wyzwania zdrowia powinny być traktowane priorytetowo we wszystkich aspektach funkcjonowania kraju.</p>	
<p>33. <b>2 lutego 2023 r. Specjalna Debata Rady Ekspertów ds. Onkologii Medycznej Racji Stanu pt. Wiedza, Determinacja, Współpraca - Cancer Moonshot</b> - Dzięki współpracy, możemy zmniejszyć śmiertelność z powodu raka.</p>	
<p>34. <b>2 marca 2023 r. VII Spotkanie Rady Ekspertów ds. Chorób Rzadkich Medycznej Racji Stanu</b> - 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. <b>30 marca 2023 r. II Spotkanie Rady Ekspertów ds. Chorób Autoimmunologicznych Medycznej Racji Stanu</b> - Rekomendowana jest szybka diagnoza i leczenie chorób autoimmunologicznych.</p>	

<p>36. <b>20 kwietnia 2023 r. Debata Medycznej Racji Stanu pt. Liczymy się z naszym zdrowiem</b> - W ostatnich dekadach rośnie znaczenie pomiaru kosztów w systemie ochrony zdrowia</p>	
<p>37. <b>25 maja 2023 r. Debata Medycznej Racji Stanu pt. Zdrowie Kobiety - Bezpieczeństwo Rodziny</b> - 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. <b>22 czerwca 2023 r. Debata Medycznej Racji Stanu pt. Wartość Zdrowie</b> - Zdrowie w Polsce musi być traktowane przez rząd jako wartość narodowa, na równi z bezpieczeństwem narodowym i wzrostem gospodarczym.</p>	
<p>39. <b>13 lipca 2023 r. Okrągły Stół Medycznej Racji Stanu pt. Pacjenci-ekspert-system. Jakość życia w chorobach rzadkich i neurologicznych</b>- Medyczna Racja Stanu od kilku lat wspiera poprawę sytuacji pacjentów z chorobami rzadkimi i neurologicznymi.</p>	
<p>40. <b>28 sierpnia 2023 r. VI Spotkanie Rady Ekspertów ds. Onkologii Medycznej Racji Stanu</b> - Chorzy na nowotwory złośliwe powinni mieć zagwarantowany szybki i nielimitowany dostęp do profilaktyki, diagnostyki, terapii, rehabilitacji oraz opieki paliatywnej.</p>	
<p>41. <b>28 września 2023 „TAK dla zdrowia rodziny”</b> - 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. <b>27 listopada 2023 „Choroby zakaźne - skala zagrożeń”</b> - 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. <b>5 grudnia 2023 „Aktywność zawodowa pacjenta i jego bliskich”</b> - Debata Medycznej Racji Stanu. Aktywność zawodowa jest ogromnym wyzwaniem.</p>	
<p>44. <b>29 stycznia 2024 r „Zdrowie – wartość wspólna. Światowy Dzień Walki z Rakiem – Cancer Moonshot”</b> - Debata Medycznej Racji Stanu. Osiągnięcia każdego państwa w promocji i ochronie zdrowia mają wartość dla wszystkich. Zdrowie jest najwyższą wartością.</p>	
<p>45. <b>28 lutego 2024 r. VIII Spotkanie Rady Ekspertów ds. Chorób Rzadkich Medycznej Racji Stanu</b> - 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>	

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

26 marca, debatą „Siła kobiet” Medyczna Racja Stanu w partnerstwie z Federacją Stowarzyszeń „Amazonki” inauguruje II etap kampanii edukacyjno-systemowej „Zdrowie kobiety – bezpieczeństwo rodziny”, której celem jest skierowanie społecznej uwagi na znaczenie profilaktyki chorób cywilizacyjnych, w tym nowotworowych.

Wg danych GUS w końcu czerwca 2022 r. ludność Polski liczyła 37,8 mln osób. W ogólnej liczbie ludności kobiety stanowiły prawie 52% (19,6 mln osób), a współczynnik feminizacji wynosił 107 (w miastach 111, a na wsi 101).<sup>1</sup> Do tej grupy obywaterek Polski, od 24 lutego 2022 r. dołączyło ok. 1 mln uchodźczyń z Ukrainy, ponieważ według Rzecznika Praw Obywatelskich zdecydowana większość osób szukających w Polsce schronienia przed wojną w Ukrainie to kobiety i dziewczęta.<sup>2</sup> Niesie to ze sobą odpowiedzialność Państwa Polskiego za zdrowie także tych kobiet i dziewcząt, dostęp do szczepień ochronnych, leków oraz wszystkich innych potrzebnych świadczeń zdrowotnych.

Wg raportu GUS z 2023 r. pt. „Polska na drodze zrównoważonego rozwoju. Raport 2023. Kobiety na drodze zrównoważonego rozwoju”, realizacja Agendy 2030 i 17 Celów Zrównoważonego Rozwoju (Sustainable Development Goals – SDGs) nie jest możliwa bez aktywnego uczestnictwa kobiet i dziewcząt w życiu społecznym i gospodarczym. Kobiety stanowią 49,7% populacji świata, 51,1% ludności UE i 51,7% mieszkańców Polski. Zapewnienie im równego dostępu do edukacji, opieki zdrowotnej, zasobów gospodarczych i pracy jest podstawowym warunkiem wzmocnienia roli kobiet w zrównoważonym rozwoju. Według UN Women (agenda ONZ ds. kobiet) osiągnięcie równouprawnienia kobiet i mężczyzn na świecie zajmie blisko 300 lat. W zakresie zdrowia i stylu życia kobiety częściej niż

<sup>1</sup> Ludność. Stan i struktura ludności oraz ruch naturalny w przekroju terytorialnym w 2022 r. Stan w dniu 30 czerwca 2022. GUS

<https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/ludnosc/ludnosc-stan-i-struktura-ludnosci-oraz-ruch-naturalny-w-przekroju-terytorialnym-w-2022-r-stan-w-dniu-30-czerwca-2022,6,33.html>

<sup>2</sup> <https://bip.brpo.gov.pl/pl/content/rpo-ukraina-wojna-uchodzcy-prawa-kobiet-przemoc>

mężczyźni korzystają z badań profilaktycznych, unikają palenia tytoniu i spożywania alkoholu. Rzadziej borykają się z problemem nadwagi i otyłości. Kobiety rzadziej niż mężczyźni formułują pozytywne oceny na temat swojego zdrowia, częściej oceniając je negatywnie lub jako takie sobie. Wraz z wiekiem powiększa się różnica w ocenach stanu zdrowia na niekorzyść kobiet. Polska, podobnie jak inne kraje UE, zmaga się z rosnącą śmiertelnością z powodu chorób cywilizacyjnych. W ostatniej dekadzie choroby te powodowały w naszym kraju średniorocznie 77% zgonów kobiet i 70% zgonów mężczyzn. Choć średni czas kariery zawodowej Polaków wydłuża się, Polska pozostaje w gronie krajów UE, w których oczekiwana długość życia zawodowego jest jedną z krótszych. Polki, jak większość Europejek, są aktywne na rynku pracy krócej niż mężczyźni i są częściej bierne zawodowo.<sup>3</sup>

Polki zapytane o najważniejsze wartości, którymi kierują się w życiu wymieniają zdrowie (51%), rodzinę (43%) i solidarność (30%). 65% kobiet przez pojęcie „zdrowie” rozumie zarówno zdrowie fizyczne, jak i psychiczne. Zdaniem ankietowanych, Polki nie do końca dbają o swoje zdrowie. Aż połowa z nich nie bada się cyklicznie, a tylko 55% twierdzi, że zdrowo się odżywia.<sup>4</sup> Kobiety bardziej dbają o zdrowie niż mężczyźni z czego większość (52%) ocenia swój stan zdrowia fizycznego, jako bardzo dobry i dobry, zaś jako zły lub bardzo zły ocenia tylko 8% kobiet. Większość Polek (61%) ocenia swój stan zdrowia psychicznego, jako bardzo dobry i dobry, a jako zły lub bardzo zły - 11 % z nich. Kobiety są bardziej zestresowane niż mężczyźni. Odnośnie stylu życia: 32% ankietowanych przyznało, że pali wyroby tytoniowe, 87% - pije alkohol, 50% - nie uprawia żadnego sportu, 28% - pije napoje słodzone co najmniej kilka razy w tygodniu, 34% - jada codziennie owoce, a zaledwie 30% - jada codziennie warzywa. 50% Polek ma problem z nadmierną masą ciała, a 29% ma nadwagę, zaś 21% cierpi na otyłość.<sup>5</sup> W dokumencie pt. „Zdrowa przyszłość. Ramy strategiczne rozwoju systemu ochrony zdrowia na lata 2021-2027, z perspektywą do 2030 r.” stwierdzono, że w roku 2019 przeciętna długość życia kobiet była o 7,7 roku dłuższa, w porównaniu do mężczyzn i wynosiła 81,8 lat (w 1990 r. przeciętna długość życia kobiet wynosiła 75,2 lata - a więc dzięki zmianie stylu życia i dostępowi do skutecznej profilaktyki, diagnostyki i terapii wzrosła o ok. 6,6 lat w przeciągu 30 lat). Jednak według szacunków Eurostatu w 2018 r. średnia długość życia Polek była o ok. 2 lata krótsza niż wartość dla ogółu mieszkanki UE (83,7 lat). W większości przypadków wyższa umieralność Polek w wieku 25–64 lata wciąż w znaczącym stopniu (w ponad 40%) jest odpowiedzialna za ich przeciętnie krótsze życie w porównaniu z mieszkankami państw Europy Zachodniej. W przypadku kobiet, nadumieralność w Polsce dotyczyła przede wszystkim chorób układu krążenia oraz nowotworów.

Wzrost umieralności z powodu chorób nowotworowych wynika zarówno ze zjawiska starzenia się ludności, jak i nasilonego narażenia populacji na czynniki rakotwórcze.<sup>6</sup> Nowotwory złośliwe stanowią drugą przyczynę zgonów w Polsce, powodując w 2018 roku 23,1% zgonów kobiet. Stanowią one istotny

<sup>3</sup> Polska na drodze zrównoważonego rozwoju. Kobiety na drodze zrównoważonego rozwoju Raport GUS z 2023 r. [https://raportsdg.stat.gov.pl/Raport\\_SDG\\_2023.pdf](https://raportsdg.stat.gov.pl/Raport_SDG_2023.pdf)

<sup>4</sup> Raport – Polki 2021 – Nowe wartości na nowe czasy. <https://www.gedeonrichter.pl/aktualnosci/raport-polki-2021-nowe-wartosci-na-nowe-czasy/>

<sup>5</sup> Narodowy Test Zdrowia Polaków 2020 Raport <https://www.nn.pl/dam/zasoby/raporty/Narodowy-Test-Zdrowia-Polakow-2020-raport.pdf>

<sup>6</sup> Dokument „Zdrowa przyszłość. Ramy strategiczne rozwoju systemu ochrony zdrowia na lata 2021-2027, z perspektywą do 2030 r.” <https://www.gov.pl/web/zdrowie/zdrowa-przyszlosc--strategia-rozwoju-ochrony-zdrowia-na-kolejne-dziewiec-lat>

problem zdrowotny przede wszystkim u osób w młodym i średnim wieku (25–64 lat). Zjawisko to jest szczególnie widoczne w populacji kobiet, w której od kilku lat nowotwory są najczęstszą przyczyną zgonów przed 65. rokiem życia, stanowiąc 31% zgonów kobiet młodych i 48% zgonów w średnim wieku. W populacji kobiet wiodącymi umiejscowieniami nowotworów nadal pozostają: piersi, płuco i jelito grube (okrężnica, odbytnica i odbyt), szyjki macicy i nowotwór jajnika. Nowotwory płuca utrzymują pierwszą pozycję wśród nowotworowych przyczyn zgonów kobiet (17,5%), wyprzedzając nowotwory piersi (15%). Dominujące wśród kobiet nowotwory piersi charakteryzowały się w ciągu minionego półwiecza stale rosnącą zachorowalnością. Trendy umieralności na raka piersi zmieniały się kilkakrotnie w ciągu ostatnich trzydziestu lat. Początkowy wzrost śmiertelności został zahamowany w połowie lat 90. ubiegłego wieku, a w latach 1996–2010 notowano jego spadek. W okresie 2010–2018 nastąpiła niekorzystna zmiana trendu, a współczynnik umieralności wzrósł o około 16,5%. Trzecią, najczęstszą przyczyną zgonów wskutek nowotworów złośliwych u kobiet w ciągu ostatnich kilku lat pozostają nowotwory jelita grubego.<sup>7</sup> Według prognoz do 2028 r. nastąpi wzrost zachorowań na nie wśród kobiet o 3,5%. Odsetek kobiet, u których wykonano badania cytologiczne, waha się od kilku do kilkunastu procent (według wyliczeń NFZ w 2016 r. zaledwie 20,5% kobiet uczestniczyło w programie profilaktyki raka szyjki macicy, a wartość ta w roku 2017 była jeszcze niższa i wyniosła 18,73%). Lepiej wygląda profilaktyka raka piersi, choć nadal na mammografii zgłasza się mniej niż połowa kobiet (w 2016 r. – 40,82%, w 2017 r. – 39,40%).<sup>8</sup> Lekarze i pacjenci na zmiany systemowe w onkologii, w tym tej zajmującej się nowotworami kobiecymi, czekają od miesięcy. Obecnie, gdy do Polski przybyły tysiące kobiet z Ukrainy - niektóre w trakcie leczenia onkologicznego – pojawiło się kolejne wyzwanie. Zdaniem ekspertów - olbrzymie. Kryzys migracyjny dokłada się do tego wywołanego przez pandemię: w ostatnich dwóch latach spadła liczba wizyt u ginekologa, więc więcej niż przed pandemią (a wtedy również nie było najlepiej) polskich kobiet ma nowotwory w późnych stadiach.<sup>9</sup>

Choroby autoimmunologiczne dotyczą kobiet aż 2-3 razy częściej niż mężczyzn. Cechą schorzeń autoimmunologicznych jest to, że pojawiają się przed 30. rokiem życia. Należy do nich wiele jednostek chorobowych, które mogą obejmować różne narządy i układy w organizmie: przewód pokarmowy, układ nerwowy, tkankę łączną, skórę, czy też gruczoły wydzielania wewnętrznego. Do chorób autoimmunologicznych zalicza się m. in. nieswoiste zapalenia jelit - chorobę Leśniowskiego-Crohna oraz wrzodziejące zapalenie jelita grubego, stwardnienie rozsiane, łuszczycę, toczeń rumieniowaty układowy, reumatoidalne zapalenie stawów, młodzieńcze idiopatyczne zapalenie stawów, zeszywniające zapalenie stawów kręgosłupa oraz łuszczycowe zapalenie stawów. Często pomijanym aspektem przewlekłych chorób zapalnych są szczególne wyzwania i różnice w leczeniu związane z płcią. Przykładowo, niektóre kobiety z określonymi schorzeniami są znacznie później niż mężczyźni trafnie zdiagnozowane pod kątem ich choroby, co może wpłynąć na wynik leczenia. Niektóre przewlekłe choroby zapalne mogą również powodować u kobiet większy ból, stres i zmęczenie niż u mężczyzn z takimi samymi schorzeniami. Ponadto, kobiety cierpiące na przewlekłe choroby zapalne mogą mieć

<sup>7</sup> Nowotwory złośliwe w Polsce w 2018 roku. KRN [http://onkologia.org.pl/wp-content/uploads/Nowotwory\\_2018.pdf](http://onkologia.org.pl/wp-content/uploads/Nowotwory_2018.pdf)

<sup>8</sup> Dokument „Zdrowa przyszłość. Ramy strategiczne rozwoju systemu ochrony zdrowia na lata 2021-2027, z perspektywą do 2030 r. <https://www.gov.pl/web/zdrowie/zdrowa-przyszlosc--strategia-rozwoju-ochrony-zdrowia-na-kolejne-dziewiec-lat>

<sup>9</sup> <https://pap-mediroom.pl/zdrowie-i-styl-zycia/diagnostyka-i-leczenie-onkologiczne-kryzys-migracyjny-kolejne-wyzwanie>

różne obawy zdrowotne, np. dotyczące planowania rodziny, a jednocześnie mogą nie czuć się wystarczająco pewnie, by zadać właściwe pytania swojemu lekarzowi prowadzącemu.

Na część chorób mózgu zapada więcej populacji żeńskiej. Jaskrawym przykładem jest depresja, na którą cierpi około 2 razy więcej kobiet niż mężczyzn. Istotną rolę odgrywają tutaj czynniki hormonalne, genetyczne i psychospołeczne. Problem występowania depresji poporodowej dotyczy około 7-13% kobiet w połogu. Dotyczy ona 3,1-4,9% kobiet w ciąży.<sup>10</sup> Dane NFZ wskazują, że w 2018 r. świadczeń z rozpoznaniem depresji udzielono 631,6 tys. osób, a aż 73% z nich stanowiły kobiety.<sup>11</sup> Kolejnym przykładem jest migrena, która występuje dwa razy częściej u kobiet, gdzie obserwuje się również jednoznaczny wzrost rozpowszechnienia migreny wraz z wiekiem. Największą wartość oszacowania otrzymano dla około 40. roku życia, a więc potencjalnie największych możliwości zawodowych, gdy można korzystać zarówno z sił witalnych (o ile nie są ograniczone przez chorobę), jak i ze zdobytego już doświadczenia. Kobiety cierpiące na migrenę, będące w wieku około 40 lat znajdują się więc w wyjątkowo niekorzystnej sytuacji w porównaniu z kobietami zdrowymi znajdującymi się w tym samym wieku. Doświadczają one szeregu objawów ograniczających ich możliwości, spotykając się z takimi samymi oczekiwaniami, jakie są stawiane kobietom zdrowym. Kolejnym okresem, w którym objawy migreny wyraźnie się nasilają jest czas menopauzy, która poza migreną może wywoływać wiele innych dolegliwości.<sup>12</sup>

W obecnej X kadencji Sejmu RP w poselskich ławach zasiadło 135 kobiet, co stanowi tylko ok. 30% 460 posłów ogółem.<sup>13</sup> Bardzo ważnymi krokami w budowaniu świadomości wartości zdrowia kobiety jest powołanie Parlamentarnego Zespołu ds. Zdrowia Kobiet, Parlamentarnego Zespołu ds. Endometriozy, Parlamentarnego Zespołu ds. Leczenia Niepłodności - "Tak dla in vitro", Parlamentarnego Zespołu ds. Opieki Okołoporodowej oraz Parlamentarnego Zespołu ds. Sytuacji Kobiet na Rynku Pracy. Także w rządzie Premiera Donalda Tuska kobiety-ministerki stanowią 35 proc. kobiet, co plasuje Polski rząd pośrodku europejskich statystyk.

Dla Ministerstwa Zdrowia zdrowie kobiet jest priorytetem. Program "Zdrowa, Bezpieczna Ja" powstał, by pochylić się nad problemami zdrowia kobiet: in vitro i onkopłodność, badania prenatalne, wytyczne dotyczące terminacji ciąży, antykoncepcja awaryjna, edukacja zdrowotna, w tym seksualna, szczepienie przeciw HPV, opieka okołoporodowa.<sup>14</sup> Ministerstwo Zdrowia ogłosiło Tydzień Zdrowia Kobiet pod hasłem „Świadoma, Bezpieczna Ja”. Resort zaprasza do udziału w akcji profilaktycznej, która ma na celu ochronę zdrowia i życia. W ramach tej inicjatywy oferowanych jest szereg bezpłatnych badań, które mogą znacząco wpłynąć na poprawę jakości życia kobiet. Tydzień Zdrowia Kobiet to

<sup>10</sup> <https://forumprzeciwdepresji.pl/depresja/kazdy-moze-miec-depresje/depresja-u-kobiet>

<sup>11</sup> NFZ o zdrowiu. Depresja 2020 <https://ezdrowie.gov.pl/portal/home/zdrowe-dane/raporty/nfz-o-zdrowiu-depresja>

<sup>12</sup> Społeczne znaczenie migreny z perspektywy zdrowia publicznego systemu ochrony zdrowia. PZH 2019 <https://www.pzh.gov.pl/wp-content/uploads/2019/06/RAPORT-MIGRENA-ca%C5%82y.pdf>

<sup>13</sup> <https://tvn24.pl/wybory-parlamentarne-2023/wybory-parlamentarne-2023-ile-kobiet-w-nowym-sejmie-ktora-partia-wprowadzi-ich-najwiecej-st7396768>

<sup>14</sup> Pakiet dla kobiet „Bezpieczna, świadoma ja” MZ. 2024 <https://www.gov.pl/web/zdrowie/pakiet-dla-kobiet-bezpieczna-swiadoma-ja>

idealny moment, by podjąć działania na rzecz poprawy zdrowia. Razem wszyscy możemy tworzyć społeczeństwo, w którym zdrowie każdej kobiety jest priorytetem. Każda kobieta powinna pamiętać o regularnych badaniach, które pozwalają na wczesne wykrycie chorób, takich jak cukrzyca, miażdżyca czy nowotwory. Codzienna troska o siebie to nie tylko dbanie o swoje zdrowie fizyczne, ale także o stan psychiczny i emocjonalny. Wirus HPV powoduje nowotwory, w tym raka szyjki macicy. Skutecznym sposobem, aby uniknąć zakażenia, jest szczepienie. Populacje 12- i 13-latków są szczepione bezpłatnie. Cukrzyca, miażdżyca czy nowotwory w pierwszym stadium rozwoju nie bolą. Jeżeli nie robimy badań, nie wiemy, czy nasz organizm jest zdrowy, a może potrzebna jest szybka reakcja, żeby znowu działał prawidłowo? Badania można zrobić bezpłatnie w ramach programu Profilaktyka 40+ na. Rak piersi jest najczęściej występującym nowotworem złośliwym. Co roku taką diagnozę słyszy kilkadziesiąt tysięcy kobiet. Podstawowym, skutecznym badaniem, pozwalającym na wczesne wykrycie zmian w piersiach jest mammografia. To badanie ratuje życie, bo dzięki niemu można szybko zacząć leczenie i wygrać z nowotworem. Cytologia jest badaniem, które powinno być regularnie wykonywane przez kobiety od 25. roku życia w ramach profilaktyki raka szyjki macicy. Zaleca się, aby cytologię powtarzać nie rzadziej niż co 3 lata, pod warunkiem, że poprzednie wyniki były prawidłowe i kobieta nie ma czynników ryzyka rozwoju raka szyjki macicy. W Polsce aż 94 tysiące kobiet umiera na choroby układu sercowo-naczyniowego, więcej niż mężczyzn. Częściej są to udary mózgu, wywołane przez stres, niezdrową dietę (również otyłość), brak ruchu, nadciśnienie czy cukrzycę. Depresją dotkniętych jest około 3,8 mln Polaków. Przejawia się uporczywym smutkiem i brakiem energii. Pomoc bliskich jest kluczowa, ponieważ depresja może być trudna do samodzielnego przezwyciężenia. Często nieświadomie zaniedbywane są jej objawy. Nowe możliwości w medycynie umożliwiają całkowite wyleczenie z chorób nowotworowych oraz umożliwiają posiadanie dzieci przez osoby, które przeszły leczenie onkologiczne i całkowicie wyzdrowiały. Dotyczy to zarówno kobiet, jak i mężczyzn. Jest to istotna szansa dla osób przed leczeniem onkologicznym, które planują założenie rodziny i posiadanie dzieci w przyszłości.<sup>15</sup>

Reasumując, zdrowie kobiet powinno być traktowane jako najcenniejsza inwestycja z perspektywy polskiego społeczeństwa. Jest to bowiem, nie tylko zdrowie jednej osoby, lecz także zabezpieczenie funkcjonowania całej rodziny. Edukacja zdrowotna, profilaktyka i zdrowy styl życia powinny możliwie długo utrzymywać optymalny stan zdrowia kobiety, a w przypadku wczesnie rozpoznanej choroby właściwa diagnostyka, terapia i rehabilitacja gwarantować szybki powrót do zdrowia lub godne życie z chorobą przewlekłą.

### 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.

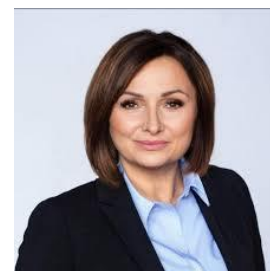
<sup>15</sup> Tydzień Zdrowia Kobiet. MZ <https://pacjent.gov.pl/tydzien-zdrowia-kobiet>

**Red. Iwona Schymalla, Medexpress, Służba Zdrowia**

Będziemy mogli dzisiaj dyskutować w czasie debaty zatytułowanej „Siła kobiet” o wyzwaniach systemowych, o problemach zdrowotnych kobiet, o tym, jakie konkretne działania są w tej chwili konieczne, jakie są podejmowane, a na jakie musimy jeszcze poczekać. Dzisiejsze spotkanie i debata odbywa się w ramach kampanii „Zdrowie kobiety - bezpieczeństwo rodziny” pod patronatem honorowym wicemarszałek Sejmu Moniki Wielichowskiej. Pani Marszałek nawiązała do hasła, zainicjowanego przez Ministerstwo Zdrowia „Bezpieczna, świadoma ja”. W ramach tygodnia zdrowia kobiet było wiele różnych możliwości przeprowadzenia badań profilaktycznych oraz budowania świadomości na temat zdrowia. W tym miejscu chciałabym przytoczyć Państwu krótką historię, którą opowiedziała pani poseł Katarzyna Piekarska. Pani Poseł, też po własnych doświadczeniach choroby onkologicznej, postanowiła w małej miejscowości zaproponować kobietom tam mieszkającym przeprowadzenie mammografii i zorganizowała mammobus. Na badanie zgłosiła się jedna kobieta. Była pytana przez mieszkanki i sąsiadki: „Co ty Zosiu, chora jesteś, że tam poszłaś?” Widzimy, że w Polsce cały czas mamy kłopot z wypracowaniem świadomości, że w zakresie zdrowia wiele od nas zależy. Dlatego musimy na zdrowie kobiet spojrzeć bardziej strategicznie i zbudować kompleksową filozofię troski o bezpieczeństwo zdrowotne kobiet.

**Monika Wielichowska, Wicemarszałek Sejmu RP**

Jestem zaszczycona, że mogłam objąć patronatem debatę „Siła Kobiet”. Kampania „Zdrowie kobiety - bezpieczeństwem rodziny” jest mi szczególnie bliska, tym bardziej żałuję, że obowiązki wicemarszałek Sejmu zatrzymały mnie dziś na Dolnym Śląsku. Na szczęście są nowoczesne rozwiązania, za pomocą których mogę powiedzieć wszystkim Państwu dzień dobry i przekazać życzenia udanego wydarzenia. Jestem pełna uznania, co Państwo, Medyczna Racja Stanu w partnerstwie z Federacją Stowarzyszeń „Amazonki” robią w aspekcie edukacji i profilaktyki. Jesteście drużyną dobrej nadziei. Dziękuję wam za Waszą aktywność. Edukacja, profilaktyka i diagnostyka w każdej chorobie mają ogromne znaczenie. To one są najważniejsze, ratują życie tysiącom pacjentek i pacjentów, w onkologii liczą się podwójnie, dlatego nie zapominajmy o regularnych badaniach, dobrze się odżywiamy i bądźmy aktywni. Chorobę da się pokonać, raka da się pokonać. Każda choroba cywilizacyjna, czy choroba nowotworowa to dłuższe i trudniejsze leczenie, dlatego naszym wspólnym priorytetem powinien być standard szybkiej diagnozy w całej Unii Europejskiej. Powinno być zniesienie różnic w dostępie do nowoczesnych technologii leczenia i wspólne negocjacje cenowe dla nowych leków. Dziś będziecie zwracać, drodzy Państwo, uwagę na to, że to kobiety mają ogromną pozycję i znaczenie dla zdrowia całej rodziny. To prawda, to kobieta częściej zajmuje się dziećmi. To kobieta więcej i bardziej opiekuje się rodzicami seniorami. To kobieta częściej w rodzinie ma wpływ na kształtowanie zdrowych nawyków, pilnuje kalendarza szczepień dzieci i zajmuje się nimi, kiedy są chore. Badania mówią, że to kobiety bardziej dbają o swoje zdrowie, ale także są gwarantami zdrowia swoich najbliższych. Często jest również tak, że jako kobiety, częściej dbamy o zdrowie naszych bliskich, niż o zdrowie własne. Polki zapytane w badaniu o najważniejsze wartości, którymi kierują się w życiu na pierwszym miejscu wymieniają właśnie zdrowie, potem rodzinę, a na końcu solidarność. A 65% kobiet przez pojęcie zdrowia rozumie zarówno zdrowie fizyczne, jak i psychiczne i o to drugie również musimy bardzo i szczególnie zadbać. Cieszę się, że podejmują dziś też Państwo dyskusję o darze rodzicielstwa, który w dzisiejszych czasach nie jest taki oczywisty. Wielu





z nas uważa rodzicielstwo za jedną z najpiękniejszych rzeczy na świecie. Niestety, nie zawsze jest ono na wyciągnięcie ręki. Dziś, często droga do szczęścia, do upragnionego macierzyństwa czy rodzicielstwa jest niestety długa i bardzo kosztowna, ale my to zmieniamy. Za kilka tygodni wdrożone zostanie finansowanie publiczne procedur *in vitro*. Jednocześnie resort zdrowia z Panią Minister Izabelą Leszczyną na czele przygotowuje program „Bezpieczna, świadoma ja”. Jego celem jest wzmocnienie poczucia bezpieczeństwa zdrowotnego kobiet. W pakiecie rozwiązań oprócz *in vitro*, onkopłodności oraz badań prenatalnych są też wytyczne dotyczące terminacji ciąży w aspekcie dostępności do zabiegów w podmiocie leczniczym, który ma kontrakt z NFZ, bo szpital nie może mieć klauzuli sumienia. Życzę Państwu dobrej debaty i wniosków, które będziecie mogli wcielać w życie dla dobra pacjentek i pacjentów. Dla dobra nas wszystkich.

**Poseł Prof. Alicja Chybicka, Komisja Zdrowia,  
Przewodnicząca Parlamentarnego Zespołu ds. Chorób  
Rzadkich, Parlamentarnego Zespołu ds. Transplantologii  
oraz Parlamentarnego Zespołu ds. Dzieci**



Pani Minister Izabela Leszczyna na jednym z naszych posiedzeń ogłosiła, że będzie wprowadzona godzina dla zdrowia jako jedna godzina zajęć w tygodniu. Wszystkie spotkania Medycznej Racji Stanu są dla mnie bardzo budujące i wnoszące dużo wiedzy. Dzisiejsze spotkanie dotyczy kobiet, które dla mnie są darem dla tego świata i to darem, który przynosi również na ten świat cud, w postaci dziecka. Kobiety powinny być przez społeczeństwo hołubione, właśnie ze względu na to, że kobieta jest siłą sprawczą wszystkiego. Pracuje we wszystkich zawodach, łącznie z tymi najbardziej męskimi, rodzi dzieci oraz opiekuje się domem. Mam trójkę dzieci i szóstkę wnucząt i patrzę, jak wygląda model rodziny. Otóż rozkład tego ciężaru, jaki niesie matka i ojciec jest równy. Po prostu dla nich to jest oczywistość i to jest coś, co powinno się krzewić. To, o czym mówiła Katarzyna Piekarska, że tylko jedna kobieta z całej miejscowości przyszła do mammobusu się zbadać, to jest po prostu prawdziwa tragedia. Dalej funkcjonuje niestety ten starodawny podział, że kobieta to tylko dom, kościół i dzieci. W tym nie ma nic złego, tyle tylko, że kobieta musi zadbać o swoje zdrowie. W tej chwili młode pokolenie kobiet chce pracować. Często jest tak, że jeśli młoda kobieta ma lepszą pracę od mężczyzny, a rodzi się dziecko to na urlop wychowawczy idzie tata, a nie mama. I to jest moim zdaniem prawidłowość i przyszłość tego, co się w społeczeństwie dzieje. Jeśli chodzi o zdrowie kobiet, to zostało już przez nowy rząd zrobione wiele. Wprowadzono finansowanie publiczne zabiegu *in vitro*. 500 milionów zł rocznie będzie przeznaczony na te procedury, bo większości osób nie stać, by z własnej kieszeni pokryć koszt zabiegów. Jest również możliwość otrzymania w aptece tabletki wczesnej, która nie jest tabletką poronną. To jest tabletką, która zapobiega powstaniu zarodka, czyli nie ma tutaj żadnego etycznego konfliktu. To, czego niesamowicie wprost brakuje to profilaktyka zdrowotna. Jeśli w Polsce mamy do czynienia z gigantycznymi kolejkami do lekarzy i szpitali, z opóźnieniem diagnoz i leczenia, z trudnościami dostępu do leków innowacyjnych i innowacyjnej diagnostyki, to trudno, aby edukacja zdrowotna istniała. Co z tego, że my będziemy edukować, że trzeba natychmiast postawić rozpoznania, a w rzeczywistości trzeba stanąć w kolejce do lekarza POZ czy lekarza pierwszego kontaktu. Bo w przypadku nowotworu lekarzem pierwszego kontaktu jest ten, który pierwszy podejmuje podejrzenie choroby nowotworowej, szczególnie u dziecka. To może być laryngolog, okulista, czy chirurg. Ostatnio spotkałam się z sytuacją, gdzie w przypadku czerniaka tak się nie stało. Lekarz nie skierował dziecka do jednej z dwudziestu klinik onkologii. Chciałabym, żeby żadne dziecko nigdy nie zachorowało na nowotwór. Oczywiście nie jest to realne. Nawet, jakbyśmy inaczej żyli i dbali o rodzinę

i o środowisko. Dzieci chore na nowotwory, które leczyłam, na pytanie: „dlaczego nie zgłosiłeś rodzicom, że masz guza”, odpowiadały: „jak rano wstawałem, to mamy i taty już nie było, a jak się kładłem wieczorem, to jeszcze ich nie było”. Druga ważna kwestia, to profilaktyka czynna, czyli szczepienia ochronne. Odnośnie zdrowia kobiet dużo się zmieniło, bo wreszcie w 2023 r. włączono do refundacji publicznej szczepienie HPV. Teraz naszą rolą jest, żeby przekonać nastolatki i ich rodziców do szczepień. Namawiam Panią Minister Edukacji, żeby one odbywały się w szkołach. Liczę, że jak będą szły dziewczynki się szczepić, to ich śladem podąży cała grupa. Pragnę, żeby funkcjonowały gabinety lekarskie i lekarsko-pielęgniarskie w szkołach. Uważam, że przyczyniłoby się to do poprawy wyszczepialności. Jeśli chodzi o opiekę w POZ nad kobietami, to POZ musi być wzmocniony i wyposażony w możliwość robienia badań, których kobiety potrzebują. Nie może to się odbywać w ramach kontraktu, tylko musi się pojawić specjalne finansowanie. Bardzo ważne jest wydłużenie życia kobiet. Na przykład w Hiszpanii średnia wieku kobiety wynosi 86 lat, a w Polsce tylko 82 lata. Dlaczego? Jesteśmy wielkim krajem europejskim. Mamy opiekę medyczną. Może właśnie tej profilaktyki brakuje. Jestem wiceprzewodniczącą sejmowej Komisji Senioralnej. Ciągłe w Polsce są regiony, które są kompletnie pod względem aktywności dla seniorów zaniedbane. Idea jest taka, żeby nawet w małej wiosce kobiety miały miejsce, w którym mogą się spotkać. W miejscowościach, gdzie takie miejsce jest, kobiety zapraszają ekspertów, którzy prowadzą edukację medyczną, doradzą, gdzie pójść do lekarza. Mówimy o profilaktyce i o tym, aby zgłaszać się na badania. A w Polsce są całe obszary wykluczone komunikacyjnie, a w związku z tym też wykluczone z dostępu do opieki medycznej. Niestety, mamy również wiele powiatów bez POZ, czy bez szpitala.

### *Prof. Urszula Demkow, Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia*

Niezależnie od tego, jaką funkcję w życiu pełnię, kim jestem, to zawsze jestem i będę kobietą, mimo, że już nie urodzę. Chciałabym być głosem kobiet, które już nie urodzą. W Polsce jest ich kilka milionów i nadal potrzebują opieki medycznej, zwłaszcza



dotyczącej bardzo intymnych, trudnych i rzadko poruszanych tematów. Chodzi o choroby dna miednicy. Do zainteresowania tym tematem zainspirowała mnie Pani Profesor Ewa Barcz, która od wielu lat walczy o zdrowie i godne życie kobiet, które nie jest związane z ciążą, porodem i rozrodem, ale tych kobiet, które te sprawy już na ogół mają za sobą. Problemy chorób dna miednicy, to temat, który w przestrzeni rozmów o zdrowiu jest kompletnie pomijany, ponieważ kobiety się po prostu ogromnie tego wstydzą. Objawem chorób dna miednicy może być nietrzymanie moczu czy kału, które degraduje życie wielu kobiet, wręcz czasami zmusza je do niewychodzenia z domu. To również wypadanie narządów płciowych, co powoduje degradację życia seksualnego, a w konsekwencji rozpad związków oraz zaburzenia psychiczne. Ten temat jest niezwykle wstydlivy i intymny, dlatego też jest bardzo trudno znaleźć panią, która by o tym powiedziała publicznie. O ile, o różnych chorobach, depresji, nowotworach, cukrzycy osoby publiczne opowiadają szeroko, to żadna gwiazda nie przyzna się, że chodzi w pieluchomajtkach. Staramy się jednak mówić szeroko o tych problemach.

Matki opiekujące się dziećmi chorymi przewlekłe są bohaterkami. Im powinno się stawiać pomniki. Myślę, że nieprzypadkowo używamy słowa „matki”, a nie „rodzice”, ponieważ 70% małżeństw, w których jest przewlekłe ciężko chore dziecko, się rozpada. Zostają z tym problemem matki, które są pozbawione wsparcia swojego partnera i nie mogą pracować, bo niejednokrotnie dziecko wymaga dwudziestoczworgodzinnej opieki. Zajmuję się chorobami rzadkimi w Ministerstwie, jednak nie jest to temat w zasadzie związany ze zdrowiem, ale bardziej z opieką społeczną. Chciałam powiedzieć,

że mnie również leży na sercu całościowa opieka nad pacjentem z chorobą rzadką, zarówno medyczna, jak i socjalna. Myślę, że wspólnie z Ministerstwem Rodziny i Opieki Społecznej będziemy pracować nad tym, żeby opiekunowie osób niepełnosprawnych mieli dodatkowe środki na życie, a po drugie, żeby mogli pracować w pełnym zakresie, żeby jedno i drugie się nie wykluczało. Nie może się to odbywać na zasadzie: mam wsparcie od państwa, ale nie mogę, jakby za karę, podjąć żadnej innej dodatkowej pracy, nawet w bardzo małym zakresie.

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

Chciałbym, aby kolejnemu naszemu posiedzeniu przy tym okrągłym stole przyświecało bardzo ważne hasło: „zarządzajmy zdrowiem, a potem dopiero zarządzajmy chorobą”. Oczywiście nie zmieni się to z dnia na dzień, bo za dużo jest do zrobienia, ale to powinno być myślą przewodnią. Jeżeli chcemy potraktować holistycznie zdrowie i edukację, to myślę, że nie ma lepszego wyboru, niż postawienie na kobiety, które są podstawą życia rodziny. Od tego wszystko się zaczyna i dlatego też moje wielkie nadzieje, że dzisiejsza konferencja pokaże siłę kobiet jeszcze w sposób bardziej wyrazisty. W tym procesie powinniśmy nieustannie inwestować w instytucję lekarza rodzinnego. Nie w samego lekarza rodzinnego, tylko w instytucję, bo to jest złożony zespół wieloosobowy, w skład którego wchodzi: pielęgniarka środowiskowa, położna, dietetyk, fizjoterapeuta i psycholog. Jest to organ, który powinien być jak najbliżej lokalnej społeczności. Na to powinno być przyzwolenie i ścisła współpraca z władzami samorządowymi, począwszy od najniższego szczebla terytorialnego władz samorządowych. Pokazaliśmy to, organizując wieloletnie kampanie: „Mam haka na raka” i „Zdrowa Gmina”. Udało nam się stworzyć w całym kraju wspaniałe zespoły współpracujących ze sobą podmiotów, których działalność miała autentycznie wymiar sprawczy wpływający na ukształtowanie postaw prozdrowotnych w społeczeństwie. Ludzie rzeczywiście zaczęli myśleć o swoim zdrowiu i zaczęli masowo uczestniczyć w badaniach przesiewowych i bilansach zdrowia. W przekazie dla decydentów musi być także uwzględniony element motywacyjny zastosowany zarówno dla najbardziej aktywnych zespołów lekarza rodzinnego (premie finansowe), jak i dla obywateli poddających się badaniom (odpisy podatkowe lub niższe składki zdrowotne). Niewykorzystany jest adekwatnie do lokalnych potrzeb w zakresie edukacji zdrowotnej potencjał kół gospodyń wiejskich, sieci sanepidów oraz aptek. Tam są znakomici pracownicy, którzy chętnie biorą udział w takich działaniach, jako naturalni partnerzy lekarzy rodzinnych. Wreszcie pomyślimy o absolwentach zdrowia publicznego, którzy nie są zaangażowani w tym procesie i o współpracy lekarza rodzinnego z lekarzem medycyny pracy. To stworzy kompleksowy system, który dodatkowo wzmocniony komplementarną działalnością stowarzyszeń i fundacji pacjenckich organizacji pozarządowych zapewni skuteczną edukację, prewencję i profilaktykę całej zdrowej części społeczeństwa. Przykładem mogą być Amazonki dzięki którym mammobusy lub cytomammobusy docierały do najmniejszych miejscowości. Mamy przykłady wójtów, burmistrzów czy prezydentów miast, którzy wykorzystując gimbusy, przewożą zainteresowanych i zachęconych obywateli do miejsca, gdzie mają wykonane nie tylko mammografie, cytologie, USG czy też morfologię krwi i PSA. Przeprowadziliśmy w ramach działań Polskiej Unii Onkologii w najbardziej biednej gminie w Polsce jednodniową kampanię, gdzie przyjechała ekipa lekarska wykonująca USG. Zaraz po mszy w kościele, ksiądz proboszcz, jako pierwszy poddał się takiemu badaniu, potem wszyscy parafianie podążyli za nim i około stu osób zrobiło kompleksowe badanie USG. Okazało się, że stwierdzono ponad 80% wyników nieprawidłowych, z czego co najmniej 30-40% poważnych podejrzeń choroby nowotworowej. Proszę



zwrócić uwagę, ile można zrobić na tym najniższym poziomie terytorialnym. Tylko trzeba motywować tych, co to robią i tych, którzy biorą w tym udział. To jest jedyna szansa, żeby zwiększyć w Polsce zgłaszalność na badania przesiewowe.

Przez ostatnie trzydzieści lat, zadawałem pytanie wielu decydentom, dlaczego nie można przywrócić gabinetów lekarskich w szkole. Dlaczego w szkole nie można szczepić dzieci, które kiedyś ustawiały się rzędkiem, kolejne klasy podchodziły i nikt nie miał problemu, żeby wyszczepić młodzież. Gabinety lekarsko-pielęgniarskie należy wprowadzić do szkół. Może nie w pełnym wymiarze, może nie codziennie, ale żeby jednak zadbać o młodzież. Mamy badania, które pokazują, w jakim stanie jest zdrowie dzieci i młodzieży, ja już nie mówię o uzależnieniach, depresjach, samobójstwach, o nadwadze i otyłości, ale o wielu innych problemach zdrowotnych. Diagnozujemy coraz więcej niepełnosprawności wśród młodych ludzi, takich jak skrzywienia kręgosłupa, wady postawy czy płaskostopia.

### *Dr Michał Sutkowski, Rzecznik Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce*

Zachęcam państwa do lektury książki „Siła kobiet” autorstwa Barbary Wysoczańskiej. „Siła kobiet” to wzruszająca powieść o bohaterkach, które dzięki siostrzeństwu i wzajemnemu wsparciu odnalazły swoją moc i uwierzyły, że i one mogą zawalczyć o to, co kochają. Podczas, gdy Polska się odradza, kilka kobiet musi zmierzyć się z najważniejszymi życiowymi decyzjami. Jeśli chodzi o zdrowie, to czerpiemy z wiedzy, umiejętności, tliwości, troski, cierpliwości kobiet – naszych, żon, sióstr, czy koleżanek z pracy. Dzisiaj rozmawiamy o problemach i zdrowiu kobiet. Dziękuję Państwu za obecność w imieniu lekarzy rodzinnych.



Stowarzyszenie Osób z NTM UroConti zrzesza osoby z chorobami układu moczowo-płciowego. Stowarzyszenie zostało założone przez pacjentów, którzy chcą pomóc sobie i innym osobom borykającym się z dolegliwościami występującymi w obszarze dna miednicy. Pęcherz nadreaktywny to ogromny problem. Około 20% pacjentów powyżej 40 roku życia ma zespół pęcherza nadreaktywnego, a ten odsetek wzrasta do 70-80% powyżej 85 roku życia. Nietrzymanie moczu jest szeroko rozumianym problemem. Nie musi to być choroba wprost dotycząca uroginekologii, choć oczywiście gdzieś u jej podstaw niewątpliwie leży. Dotarcie do toalety w różnego stopnia niepełnosprawności, w chorobie Parkinsona, w chorobach przewlekłych, jak POChP, przewlekły kaszel, niewydolność krążeniowo-oddechowa, może być bardzo trudne. W praktykach lekarzy rodzinnych stykamy się z tym problemem. W zespole pęcherza nadreaktywnego niewątpliwie jest bardzo duży obszar rzeczy do wykonania. Z jednej strony, fakt refundacji tylko dwóch możliwości terapeutycznych, nie ułatwia nam zadania. Mamy jeszcze terapię behawioralną, zmianę stylu życia, które możemy zastosować w pierwszej linii. Nie mamy refundacji leków w drugiej linii. W obszarze refundacji leków stosowanych w terapii pęcherza nadreaktywnego nie zmieniło się nic od 2011 r. Natomiast w obszarze refundacji wyrobów medycznych przełomem była refundacja cewników hydrofilowych. Wysokość udziału własnego pacjenta w limicie finansowania ze środków publicznych dla jednorazowych cewników urologicznych hydrofilowych wynosi 0% dla pacjentów do 18 roku życia i 10% powyżej 18 roku życia. W przypadku dzieci i młodzieży cewniki hydrofilowe są dostępne bez zmian, co pozwala na zaopatrzenie miesięczne w ilości do 180 sztuk cewników bez dodatkowych opłat. Niestety w niewielkim stopniu zmieniła się refundacja publiczna środków absorpcyjnych – pieluchomajtek oraz innych. Postulujemy o podwyższenie limitu refundowanych sztuk tych wyrobów z obecnego 3 sztuk na dobę.

Podstawowa opieka zdrowotna tak naprawdę w swojej strukturze nie funkcjonuje jako miejsce dla kobiety, która jest w ciąży. Bardzo rzadko w placówkach podstawowej opieki zdrowotnej jest poradnia ginekologiczna, która ma kontrakt z Narodowym Funduszem Zdrowia. Są to zwykle poradnie, które są ambulatoriami przy szpitalach albo przy większych specjalistycznych przychodniach.

Z mojej perspektywy opieka koordynowana w POZ niezbyt dobrze funkcjonuje. Po 1,5 roku opieka koordynowana jest realizowana tylko w 30 procentach POZ. W moim odczuciu była ona projektem politycznym i medycznym. I nie ma co się bać tych słów. Politycznym w tym sensie, że był pewien opór i niechęć środowiska do podejmowania tego typu działań i równocześnie upór ówczesnego Ministerstwa Zdrowia w 2022 r., żeby to wprowadzić. Względny sukces opieki koordynowanej jest wynikiem na dobrą sprawę entuzjazmu, pracy, zapału początkowo jednej osoby tj. konsultant krajowej do spraw medycyny rodzinnej, Pani Profesor Agnieszki Mastalerz-Migas, która dużo rozpropagowała, nauczyła, wyjaśniła i poprawiała wszystko to, co zostało źle zrobione. Czas pokazał, że rzeczywiście opieka koordynowana nie wszędzie, nie zawsze i nie z winy lekarzy opieki podstawowej nie jest wprowadzana. Chciałbym przywołać dwie istotne kwestie. Po pierwsze w sierpniu 2022, czyli w przeddzień opieki koordynowanej, zapytano w ankiecie lekarzy: co myślicie o opiece koordynowanej? Czy znasz założenia opieki koordynowanej? 7 procent odpowiedziało, że zna. Czy jesteś za tym, żeby opieka koordynowana weszła do POZ. Odpowiedź - 5,6 procenta było za. Czy jesteś za zwiększeniem obowiązków lekarza rodzinnego? Odpowiedziało pozytywnie 1,8 procent. To nie jest dobry punkt wyjścia. Zapytano, kiedy już znane były zasady opieki koordynowanej, czy uważasz, że się przydadzą? 83 procent odpowiedziało negatywnie. 83 procent odpowiedziało, że nie będą mogli wyodrębnić koordynatora w swojej praktyce. A zatem początek nie był za ciekawy. 1 października 2022 r. po konferencji, na której mówiliśmy m.in. o partnerstwie w działaniu, Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce tym razem napisało do Ministra Zdrowia i zapytało: „Panie Ministrze, dlaczego dowiadujemy się o pieniądzech dwa tygodnie przed faktem? Jaka jest podstawa prawna konsultacji lekarz-lekarz przez telefon? Jaka jest rola i kto to jest (upraszczam) dietetyk – zawód do dziś nieuregulowany? Dlaczego (z całym szacunkiem dla młodych kolegów) rezydent kardiologii czy diabetologii ma konsultować pacjenta dla takiego lekarza, który ma specjalizację i doświadczenie? A jednak ta opieka koordynowana wchodzi. Po półtora roku wygląda to w liczbach w ten sposób: tylko 32,3 procent podmiotów leczniczych, czyli tylko 1 963, a mamy ich w Polsce 6 067, realizują opiekę koordynowaną. I jak wiemy, miała to być koordynacja, ale pozostała w czterech, czy teraz pięciu obszarach. Nie jest tak, że wszyscy wzięli wszystko, tylko jedną rzecz, najczęściej kardiologię lub diabetologię, bo to wydawało się najprostsze. W ankiecie, o której wspomniałem brało udział 66 procent podmiotów z obszarów wiejskich i z miasteczek oraz miast do 50 tys. mieszkańców. Co więcej, 40 procent podmiotów POZ biorących udział w tej ankiecie, która tak źle oceniła start opieki koordynowanej, miały komercyjnie opiekę koordynowaną u siebie albo miały jakiś kontrakt na specjalistykę. Dzisiaj mamy 32,3 proc. Tych 30 proc. to może być ten szklany sufit opieki koordynowanej. I tak to wygląda po półtora roku. Tym bardziej, że wszyscy zachowują się racjonalnie. Z opieką koordynowaną wiążą się dodatkowe pieniądze, ale nie rekompensują one dodatkowych obowiązków. 20 lutego 2024 r. Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce zwróciło się z pytaniem do Pani Minister Izabeli Leszczyńskiej; „Jak to jest, że skoro jest tak dobrze, to dlaczego jest tak źle?”. Dalej to wszystko szwankuje. Nie ma pomocy NFZ w pozyskaniu specjalistów z AOS. Nie ma wyodrębnionej ścieżki, którą moglibyśmy pozyskać kolegów specjalistów. W dalszym ciągu mamy konsultacje lekarz-lekarz a np. dietetyk nie ma płaconych nadwykonań. Tymczasem niedawno prezes NFZ mówił o tym, że wszystkie nadwykonania dla szpitali zostaną zapłacone. Ja szpitalom nie żałuję, ale to nie tak, że w POZ są ogromne pieniądze albo, jak to mówiono przez dziesiątki lat, że POZ zarabia dużo.

Dużo lepszym rozwiązaniem od opieki koordynowanej w POZ byłby projekt EPiD, czyli edukacja, profilaktyka i diagnostyka. To jest pomysł na zmniejszenie kolejek i na upodmiotowienie pacjentów. Bo mamy dzisiaj POZ dwóch prędkości. Jeden ma opiekę koordynowaną, a drugi nie ma. Jeszcze raz powtórzę, że nie z winy i nie z lenistwa lekarzy, tylko z warunków, które są w danym miejscu. Kolejna sprawa: nie wyrzucamy opieki koordynowanej do kosza. Ja będę zawsze jej zwolennikiem i wspierał tego typu rozwiązania, ale wprowadźmy EPiD. Zaczniemy od diagnostyki. Skoro powiedzieliśmy, że kiedyś można było wszystko zlecać, to dzisiaj też to jest potrzebne. Przykład: mam pacjenta z bólami głowy. Robię mu podstawowe badania, te, które mam w koszyku świadczeń gwarantowanych. Dzięki badaniom dochodzę, że trzeba pacjentowi zrobić tomografię komputerową ośrodkowego układu nerwowego, ale nie mogę mu tego zlecić. Muszę skierować pacjenta do neurologa. Kolejka trzy miesiące do neurologa, kolejna kolejka do badania tomografem komputerowym. Miesiąc, półtora do opisu kolegów radiologów. Po co to? Przecież wystarczy, że ja to zlecę. I tak płatnik będzie musiał za to zapłacić. My nie chcemy za to pieniędzy. Chcemy, żeby te pieniądze były znaczone. Płatnik nam je odda za badanie jeden do jednego, lekarzowi rodzinnemu. To się już dzieje w niektórych obszarach i w niektórych badaniach. Dlaczego tego nie wprowadzić? To jest ta diagnostyka. Zmniejszenie kolejki według moich badań, analiz w moim POZ pod Warszawą w powiecie żyrardowskim i grodziskim, 28 proc. skierowań jest tylko po to, żeby wykonać jakieś konkretne badanie, które mógłby zlecić lekarz rodzinny, kapitałnie zmniejszając kolejkę do specjalisty. Proste. Następnie profilaktyka. Wprowadźmy za nieduże pieniądze dla pielęgniarki, położnej czy lekarza programy profilaktyczne, jakie mamy i chcemy mieć, na ile pozwalają nam środki. Przykład – HCV. To jest problem. Od 120 do 150 tysięcy ludzi żyje dzisiaj w Polsce z wirusem typu C, nie wiedząc o tym. Mamy kapitalne leki (wyleczalność prawie w 100 procentach) oraz prostą, szybką i taną diagnostykę (ok. 4 zł za test kasetkowy). Tylko pacjentów nie ma. Włożono to badanie lekarzowi rodzinnemu, ale nie ma programu. Tego badania lekarz nie może zrobić screeningowo. A zróbmy screeningowo. Przychodzi pacjent najpierw do pielęgniarki, ma ankietę, za którą pielęgniarki też należą się pieniądze. I jeżeli z ankiety będzie wynikało, że podejrzenie HCV jest bardzo duże, to pielęgniarka skieruje do lekarza. Lekarz robi badania. Przecież tak można wprowadzić różne inne rzeczy dotyczące np. otyłości, hipercholesterolemii. Takie programy są, ale działają raptem tylko dwa: przeciw gruźlicy i chorobom układu krążenia. Jeszcze jest to ciężko zrobić ze względu na instrumentarium i e-biurokrację. Kolejnym problemem jest edukacja na poziomie pielęgniarki, położnej oraz lekarza. Za nieduże pieniądze można to zrobić. Zmniejszamy kolejki, edukujemy, mamy zdrowsze społeczeństwo od samego początku. I w zależności od sytuacji i potrzeby edukacja jest wdrażana. System może też wchodzić elastycznie. To nie jest tak, że płatnik zapłaci bardzo dużo. To wszystko można by było na prostym poziomie lekarza opieki podstawowej wprowadzić. Stąd mój ogromny apel o wsparcie projektu EPiD do kolegów lekarzy, do decydentów, Ministerstwa Zdrowia, płatnika, żebyśmy usiedli i rozmawiali, zrobili listę badań (nie wszystkie muszą na niej być), zastanowili się wspólnie nad projektem EPiD.

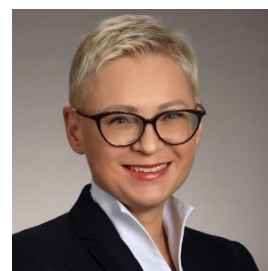
*Krystyna Wechmann, Prezes Fundacji Polska Koalicja Pacjentów Onkologicznych, Prezes Federacji Stowarzyszeń „Amazonki”*



To już druga odsłona naszej kampanii. Kiedy 33 lata temu zdiagnozowano u mnie raka piersi był to temat tabu. Zakładając Poznańskie Towarzystwo „Amazonki”, wiedziałam, że nie tylko będziemy się wspierać, lecz także dążyć do zwiększania świadomości kobiet, do zwiększania roli i wagi profilaktyki. Wszystkie w tamtych latach byłyśmy zdiagnozowane w bardzo późnym, zaawansowanym stanie choroby nowotworowej. Początek

naszych działań na rzecz zdrowia kobiet wydawał się bardzo optymistyczny, bo pojawił się Narodowy Program Zwalczenia Chorób Nowotworowych. Wydawało się, że idziemy do przodu i stanęliśmy w pewnym momencie w miejscu, nie przekraczając 50 proc. zgłaszalności na badania profilaktyczne w zakresie mammografii. Profesor Maciej Banach apelował na ostatniej konferencji: „mierzymy wysoko, nie bójmy się swoich marzeń”. Ja takie marzenia miałam, nie bałam się trudnych wyzwań i wierzyłam w sprawczość Amazonek. Z wiarą zaangażowałam się w „Siłę kobiet”. Na Sejmowej Podkomisji na temat profilaktyki spotkałam się z entuzjazmem, to mi dodało skrzydeł, by znów podjąć się działań w kierunku upowszechniania profilaktyki, co nie jest łatwe po trzech dekadach prób i doświadczeń w tym zakresie. Dumna jestem, że stoję na czele Polskiej Koalicji Pacjentów Onkologicznych, ale tym razem zaangażowałam w kampanię Federację Stowarzyszeń „Amazonki”. Stwierdziłam, że 30 tys. kobiet zgrupowanych w 200 klubach poderwie skutecznie inne kobiety i razem pójdziemy w stronę szerzenia świadomości na temat chorób nowotworowych i cywilizacyjnych. Wierzę, że wspólnie damy radę.

*Prof. Ewa Barcz, Kierownik Katedry Ginekologii i Położnictwa Wydziału Medycznego Collegium Medicum Uniwersytetu Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Międzyleskim Szpitalu Specjalistycznym w Warszawie*



Skala zagrożenia chorobami układu moczowo-płciowego u kobiet to duży problem zdrowotny oraz wiele niezaspokojonych potrzeb w tym obszarze. Choroby dna miednicy nazywane są obszarem uro-ginekologicznym. To nie jest tylko obszar urologiczny i to chciałabym sprostować. Te choroby obejmują, poza objawami pochodzącymi z dolnego odcinka układu moczowego, również objawy ze strony dolnego odcinka przewodu pokarmowego oraz objawy pochodzące z narządów płciowych. Jest to cały zespół chorób i objawów klinicznych, które dotyczą miednicy, jako takiej, a ona w swoim założeniu jest miejscem, gdzie te wszystkie układy i narządy się znajdują. W związku z tym, nazywamy je problemami uroginekologicznymi, czasem chorobami dna miednicy. W większości rozwiniętych krajów te problemy doczekały się swojej specjalizacji szczegółowej. W Stanach Zjednoczonych to specjalizacja z zakresu chorób dna miednicy, natomiast w innych krajach, przede wszystkim europejskich, to specjalizacja z zakresu uroginekologii. Epidemiologia jest zatrważająca. Aż 30% dorosłych kobiet ma jakiś problem z tego zakresu. Oczywiście im kobieta jest starsza, tym częściej te problemy występują, ale one występują również u bardzo młodych kobiet. Czynniki epidemiologiczne, to wiek, rodność, nadwaga, ciężka praca fizyczna oraz coś, o czym mówimy od stosunkowo niedawna, a mianowicie - czynnik genetyczny. Są pewne nieprawidłowości, czy też zmienności w budowie tkanki łącznej, które predysponują do tego typu problemów. Dlatego już młode kobiety lub też kobiety, które nie rodziły, bądź też nigdy w życiu fizycznie nie pracowały, z tym problemem mogą mieć do czynienia. Uważa się w tej chwili, że czynnik genetyczny jest wiodący. Szacuje się, że 20% kobiet w całej populacji przejdzie w swoim życiu operację z powodu problemów uroginekologicznych. Operację, czyli już tę ostateczną linię leczenia. Przed zabiegiem operacyjnym jest cały szereg możliwości postępowania zachowawczego, farmakologicznego, czy fizjoterapeutycznego. Dlatego, jeżeli mówimy o 20 proc. kobiet, które przejdą operację, to myślę, że mamy do czynienia z 60 proc. kobiet, który w ogóle będą miały jakąkolwiek interwencję medyczną, nawet zachowawczą z tego powodu.

Zespół pęcherza nadreaktywnego jest jedną z chorób, która zalicza się do tej szerokiej grupy chorób dna miednicy, czy problemów uroginekologicznych. Tam też są niezaspokojone potrzeby. Problemów

w każdej sferze, w każdym rozpoznaniu, w każdym procesie leczniczym jest bardzo dużo, począwszy od fizjoterapii, która jest nierefundowana w tych wskazaniach, a skończywszy na wycenie procedur uroginekologicznych, szczególnie chirurgicznych, która jest sprzed 20 lat. Postęp technologiczny jest tak ogromny, że dzisiaj na wyroby medyczne jesteśmy w stanie wydać dwa razy więcej niż mamy refundację z NFZ na procedurę, nie wspominając o czasie pracy i hospitalizacji. Od wielu lat się tym zajmuję i chciałabym, żeby dzisiaj bardzo mocno wybrzmiało, że o tych problemach nie mówią kobiety, bo się wstydzą. Nie mówią o tym media, bo to nie jest nośne, to nie nadaje się do telewizji śniadaniowej. Poziom świadomości społecznej jest niski, poziom świadomości w naszych instytucjach, wśród osób, które decydują o strukturze i zasadach rządzących opieką medyczną jest również niewielki, ale również poziom wiedzy lekarzy nie jest wystarczający. Brakuje nam edukacji w tym zakresie. Brakuje jej, ginekologom, urologom, lekarzem rodzinnym i geriatrom. Staramy się przekazywać tę wiedzę. Natomiast ta wiedza, w ostatnich 20 latach poszła niesłychanie do przodu. Na przykład w Wielkiej Brytanii specjalizacja szczegółowa, którą można, uprawiać, czy też podjąć naukę w tym zakresie po specjalizacji z ginekologii, położnictwa trwa 2,5 roku. Obejmuje kilkadziesiąt różnych procedur chirurgicznych, leczenie zachowawcze oraz diagnostykę. To jest ciężka praca, żeby się tego nauczyć, a jeszcze cięższa, żeby nabyć w tym doświadczenie. W Polsce tego nie mamy. Takich ośrodków w Polsce, które zaoferują procedurę medyczną, która będzie odpowiednia dla pacjentki, począwszy od metod diagnostycznych, poprzez leczenie zachowawcze, najbardziej zaawansowane techniki operacyjne, jest tylko kilka w kraju. A biorąc pod uwagę populacyjną potrzebę, jest to potrzeba, która jest kompletnie niezaspokojona, więc w diagnozie tego problemu myśmy zostali kompletnie w tyle za Europą, za światem rozwiniętym i te pacjentki pozostają po prostu bez opieki. Czasami spotykam ze stwierdzeniem, że problemy uroginekologiczne nie są tak szczególnie ważne, ponieważ one nikogo nie zabijają. Natomiast to są problemy, które w dramatyczny sposób pogarszają jakość życia pacjentki. W Niemczech były prowadzone badania, w których oceniana była liczba patologicznych złamań, czy urazów związanych z tym, że pacjentka śpieszy się do toalety i szczególnie w starszym wieku potyka się i doznaje urazów. Pacjentki mają problemy skórne związane z odparzeniami. To są problem, które także wpływają na finanse systemu opieki zdrowotnej, ponieważ te pacjentki muszą się leczyć, one leżą na oddziałach ortopedycznych ze złamaniami kości szyjki kości udowej. One korzystają z leczenia dermatologicznego i wszelkiego innego. Kolejny problem urogenitalny, to są zaburzenia psychiczne, zaburzenia lękowe, depresja, czy deprivacja snu. W związku z tym pacjentki przestają być produktywne lub rezygnują z pracy. W naszym kraju często koszty opieki są przerzucane na pacjentkę, choćby w zakresie środków chłonnych nierefundowanych, czy leków. W kontekście zdrowotnym i w kontekście ekonomicznym, to jest gigantyczny problem, biorąc pod uwagę liczbę chorych w Polsce.

***Dr Iwona Skoneczna, Kierownik Oddziału Chemioterapii,  
Szpital Grochowski im. dr. n. med. Rafała Masztaka***

Kobiety są koordynatorami zdrowia w rodzinie. Inicjują i namawiają mężczyzn do tego, aby dbali o swoje zdrowie. Kobiety mogą pełnić olbrzymią rolę w budowaniu czujności onkologicznej u siebie, ale też u swoich partnerów. Z racji mojej specjalizacji spotykam głównie panów, ale można powiedzieć, że w 80 proc. tym panom towarzyszą kobiety, które przyprowadzają ich na spotkanie z lekarzem urologiem. U młodych mężczyzn, u których rozpoznano nowotwór jądra, do diagnozy doprowadzały partnerki, które mówiły im, że powiększone jądro nie jest normalne. Rak prostaty, najczęstszy nowotwór u mężczyzn, to jest choroba całej rodziny. Szczęśliwie można powiedzieć, panowie z rakiem prostaty żyją coraz dłużej. Możemy coraz więcej tych osób wyleczyć, ale





często jest to nawet kilkunastoletnie życie z człowiekiem, który zмага się z różnymi tematami, też takimi, które wpływają na intymność, o których trudno jest mówić. Niewielu panów publicznie chce się identyfikować z nowotworami w strefie urologicznej. Tutaj wchodzi leczenie hormonalne, które ma określone skutki, leczenie operacyjne, które też w dużym odsetku powoduje nietrzymanie moczu, czy zaburzenia erekcji, do którego żaden pan się nie przyzna. I bardzo się cieszę, że powstaje silne forum do tego, żeby wspierać siebie i rodziny w tych tematach.

***Prof. Beata Jagielska, Dyrektor Narodowego Instytutu Onkologii - Państwowego Instytutu Badawczego***



W czasie dzisiejszej debaty apelujemy o skuteczną profilaktykę chorób nowotworowych. Jako onkolodzy walczymy o nowe terapie, o dostęp do rehabilitacji i opieki skoordynowanej. Natomiast mamy kłopot z profilaktyką i namawianiem kobiet do uczestnictwa w badaniach profilaktycznych jako skutecznej profilaktyce nowotworów. Cały czas, od wielu lat skupiamy się na pewnej aktywności. Przypominamy o profilaktyce, a nadal tylko 40% populacji realizuje badania profilaktyczne, które są w Polsce w pełni dostępne. Mówię w całości, bo przecież, to nie tylko są badania dotyczące kobiet. 40% populacji, to jest bardzo mało, aby mówić o skuteczności, bo badaniami profilaktycznymi powinno być objęte 85% populacji. Mówiliśmy o mammobusie, który przyjechał do miejscowości, gdzie jedna tylko z mieszanek takie badanie odbyła. Myślę, że powodem tego jest niska świadomość i niska potrzeba profilaktyki. Badania profilaktyczne, to nie obowiązek lekarza, to obowiązek pacjenta. Lekarz podstawowej opieki zdrowotnej ma w swoim zakresie działania profilaktyczne, ale przecież nie zmusi pacjentki czy pacjenta, aby udali się na badania. O profilaktyce musimy mówić od najmłodszych lat. Przekazy do dzieci, do młodych ludzi różnią się diametralnie, szczególnie w obecnych czasach. Jest cała grupa ludzi działająca w obszarze promocji i edukacji zdrowotnej. W gminach są Panie pielęgniarki społeczne oraz grupa Pań pielęgniarek przeszkolonych w zakresie działań profilaktycznych. Na pewno grupa Pań położnych, jest to grupa, która w swoim zakresie mogłaby takie działania prowadzić. Bardzo ważną grupą edukatorek zdrowotnych mogą być Panie Amazonki. Są to osoby, które przeszły chorobę nowotworową, mają największy dar przekonywania i wiedzę, dlaczego badania profilaktyczne są ważne. W czasie przygotowań do Krajowej Sieci Onkologicznej przeanalizowaliśmy Mapy Potrzeb Zdrowotnych i możemy stwierdzić, czy będziemy mówić o województwie lubuskim, czy mazowieckim - mamy ten sam problem. Opieka medyczna jest scentralizowana w dużych miastach. W pojedynczych miastach wojewódzkich mamy sytuację nieco lepszą, ale wcale nie tak dobrą. Natomiast wokół mamy, tak zwaną pustynię komunikacyjną i zdrowotną. Czasami nie ma ośrodków zdrowia, nie ma lekarza POZ. Trzeba do nich dojechać. Pamiętam dramatyczną sytuację, gdzie z kolegami lekarzami próbowaliśmy ustalić dzień przybycia chorych do naszej placówki leczniczej, ponieważ tak się złożyło, że to było czterech chorych na cztery różne nowotwory. Próbowaliśmy wybrać dzień, w którym wszyscy czterej chorzy mogliby przyjechać, ponieważ opłacali jednego kierowcę, który dowoził ich do ośrodka. Jeżeli któremuś z tych chorych termin się przesunął, reszta pacjentów nie przyjeżdżała, bo nie miała technicznej możliwości. Wniosek płynie z tego taki, że planując wszystkie działania profilaktyczne, pamiętajmy, że to nie dana osoba musi dotrzeć na badania, tylko my musimy dotrzeć do tych miejsc, gdzie nie ma ośrodków zdrowia, gdzie bardzo rzadko mówi się o potrzebie badań profilaktycznych. Jestem bardzo zbudowana inicjatywą Stowarzyszenia Pomocy Chorym na Mięsaki i Czerniaki – Sarcoma. To jest kolejne stowarzyszenie pacjentów, które podejmuje trudne i skuteczne działania. To Stowarzyszenie prowadzi kampanię „FuraZdrowia”. Jest to projekt "mobilnego gabinetu", który jeżdżąc po całej Polsce,

umożliwia badania profilaktyczne i edukację społeczeństwa. Celem działań jest zwiększenie świadomości ludzi na temat nowotworów skóry i sposobów ochrony przed nimi. „FuraZdrowia” to samochód zabiegowy, w którym nie tylko można wykonać badania cytologiczne, ale przede wszystkim badać znamiona. Mam nadzieję, że w tym przypadku uda nam się przekonać Pana Prezesa NFZ, Filipa Nowaka, że można finansować świadczenie zdrowotne, które będzie realizowane nie w ośrodku, ale w mobilnym gabinecie. Wtedy jest duża szansa, że pacjenci pokuszą się o badania profilaktyczne.

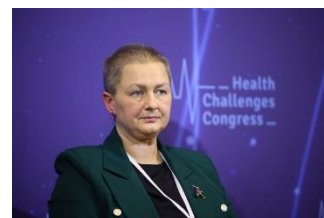
***Prof. Zbigniew Żuber, Prezes-elekt Polskiego  
Towarzystwa Reumatologicznego, Kierownik  
Katedry Pediatrii Krakowskiej Akademii im. A. Frycza  
Modrzewskiego***



Tytuł dzisiejszego spotkania jest fantastyczny - „Siła kobiet”.

Dlatego, chcę zwrócić uwagę na problem matek dzieci z chorobami przewlekłymi, w tym z chorobami rzadkimi. To jest niezwykle problem. Pacjenci, którzy są objęci leczeniem muszą pojawić się w szpitalu raz albo dwa razy w tygodniu w ramach na przykład enzymatycznej terapii zastępczej, a wraz z nimi opiekun. Mamy jeszcze problem natury technicznej i organizacyjnej. Ktoś musi sprawować opiekę nad chorym dzieckiem na co dzień, musi towarzyszyć w szpitalu, kiedy ma proces diagnostyczny, ktoś z tym dzieckiem przeżywa odyseję diagnostyczną, która dotyczy zdecydowanej większości pacjentów. To jest niezwykle wysiłek. Chciałbym doczekać czasów, kiedy wysiłek matek tych dzieci będzie doceniony. Kolejna ważna kwestia dotyczy osób dorosłych z chorobami przewlekłymi, nad którymi pieczę sprawują nadal ich rodzice. Co będzie się dziać z tymi pacjentami, kiedy rodzice, a zwłaszcza matki będą w podeszłym wieku i będą miały poważny problem fizyczny z tą opieką? To jest gigantyczny problem - problem opieki nad przewlekle chorymi. Choroba dziecka, to choroba całej rodziny. Ktoś musi się poświęcić. W naszych warunkach społecznych i kulturowych z reguły jest to matka, która dźwiga na swoich barkach dosłownie i w przenośni chorobę swojego dziecka i swoje dziecko. Oczywiście, bardzo często jest znakomita współpraca z ośrodkami leczącymi. Jednak problem techniczny dojazdu, zwolnienia z pracy, to są gigantyczne utrudnienia i myślę, że powinniśmy tutaj pomyśleć też o wsparciu socjalnym i wytchnieniowym dla tych rodziców i opiekunów. To jest kwestia wsparcia ze strony opieki socjalnej, pielęgniarki środowiskowej, ośrodka zdrowia, czy POZ. To jest cały szereg wyzwań, które stoją przed nami. Jeżeli dziecko ma leczenie, co chciałem podkreślić jeszcze raz z całą mocą, to ktoś z tym dzieckiem raz na tydzień albo raz na dwa tygodnie musi pojawić się w szpitalu na przykład do podania leku, bo mamy ograniczone możliwości podania leku w warunkach domowych, co znakomicie ułatwiłoby sytuację. W reumatologii jest możliwość wydania leku do domu nawet na trzy miesiące terapii. To jest znaczny postęp i być może wzór do naśladowania.

***Joanna Parkitna, Dyrektorka Wydziału Oceny Technologii  
Medycznych Agencja Oceny Technologii Medycznych i  
Taryfikacji***



Na potrzeby dzisiejszego spotkania przygotowałam przegląd udziału kobiet w programach lekowych. Na przestrzeni lat 2013-2023 funkcjonowało 140 programów lekowych, do których włączono prawie 500 tys. pacjentów (490 700 osób), z czego kobiety stanowiły ponad 54 proc. Wśród tych programów są takie, w których kobiety mają 100% udział. Program lekowy B.50 leczenie chorych na zaawansowanego raka jajnika, B.116 leczenie chorych na zaawansowanego raka szyjki macicy, czy B.138 leczenie pacjentów ze spektrum

zapalenia nerwów wzrokowych i rdzenia kręgowego. Są też takie programy, gdzie kobiety stanowią większość – B.9 Leczenie raka piersi (99,43%) B.133 Profilaktyczne leczenie chorych na migrenę przewlekłą (92,13%), B.34 Leczenie reumatoidalnego zapalenia stawów i młodzieńczego idiopatycznego zapalenia stawów o dużej i umiarkowanej aktywności lekami modyfikującymi przebieg choroby (88,73) czy program B122 leczenie zapobiegawcze chorych z nawracającymi napadami dziedzicznego obrzęku naczynioruchowego o ciężkim przebiegu (81,82%). Ciekawe jest to, że choć kobiety stanowią nieznaczną większość, jeżeli chodzi o globalny udział w programach lekowych, to średni koszt leczenia kobiet jest nieznacznie tańszy niż mężczyzn.

Zadania ustawowe realizowane przez AOTMiT obejmują szereg działań skierowanych zarówno do samych kobiet, jak i rodziny jako takiej. Dziś chciałabym skupić się na obszarze dotyczącym opiniowania projektów programów polityki zdrowotnej oraz tworzenia rekomendacji w sprawie zalecanych technologii medycznych, działań przeprowadzanych w ramach programów polityki zdrowotnej oraz warunków realizacji tych programów, dotyczących danej choroby lub danego problemu zdrowotnego. Tytuł zadania bardzo długi, a w praktyce oznacza wydanie przez Prezesa Agencji w formie rekomendacji, zaleceń dot. warunków realizacji programów polityki zdrowotnej. Jest to w zasadzie gotowa dla JST propozycja programu polityki zdrowotnej, a jego realizacja nie wymaga uzyskania opinii Prezesa Agencji. Na stronie Agencji można zatem znaleźć rekomendacje Prezesa Agencji dotyczące profilaktyki chorób układu sercowo-naczyniowego, nadciśnienia tętniczego oraz hipercholesterolemii. Program ten jest dedykowany osobom z populacji wysokiego ryzyka chorób sercowo-naczyniowych (mężczyzn powyżej 40 r.ż. oraz kobiet powyżej 50 r.ż.) lub osobom dorosłym, u których występuje obecność co najmniej jednego czynnika ryzyka. Jak również dzieciom i młodzieży w wieku szkolnym do których kierowane są działania z obszaru edukacji zdrowotnej. Inna propozycja to program profilaktyki uzależnień od tytoniu, w ramach którego przewiduje się m.in. prowadzenie antynikotynowych punktów konsultacyjnych, działania profilaktyczne w szkołach, działania informacyjno-edukacyjne. Ten program kierowany jest do wszystkich grup społecznych, w tym dla społeczności szkolnej (uczniów, nauczycieli, personelu administracyjnego szkół) oraz pacjentów i personelu medycznego placówek opieki zdrowotnej. Inne ważne propozycje to program profilaktyki raka szyjki macicy, profilaktyki raka jelita grubego, profilaktyki i wykrywania raka płuca czy profilaktyki nowotworów skóry. Wraz z zespołem wspaniałych analityków HTA założyliśmy ambitny plan przygotowania do końca roku założeń do rekomendacji w sprawie profilaktyki cukrzycy, profilaktyki nadwagi i otyłości, profilaktyki zakażeń meningokowych oraz profilaktyki raka piersi.

*Prof. Małgorzata Pawłowska, Kierownik Katedry Chorób Zakaźnych i Hepatologii Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Bydgoszczy, Wiceprezes Polskiego Towarzystwa Epidemiologów i Lekarzy Chorób Zakaźnych*



Polskie Towarzystwo Epidemiologów i Lekarzy Chorób Zakaźnych złożyło projekt Narodowego Programu Eliminacji HCV do Ministerstwa Zdrowia dwa lata temu. Aktualnie czekamy na zielone światło ze strony Ministerstwa Zdrowia w zakresie wprowadzenia tego programu w życie. Jako lekarze chorób zakaźnych jesteśmy gotowi, posiadamy zasoby do tego, żeby rozpocząć prace realizujące cele WHO w tym zakresie. Światowa Organizacja Zdrowia w 2016 r. ogłosiła strategię eliminacji zakażeń HBV i HCV. W planach było osiągnięcie tego celu do roku 2030 r. Wiemy jednak, że pandemia Covid-19, wpłynęła na wszystkie choroby, w tym również na diagnostykę i leczenie HCV. Badania, które były wykonane jeszcze przed pandemią, pokazały,

że osiągnięcie celów strategii eliminacji HCV jest możliwe w krajach, gdzie istnieją narodowe programy diagnostyki zakażeń HCV o zasięgu krajowym. W Polsce dotychczas takiego programu nie wprowadzono, a ma on związek z wieloma poruszonymi dzisiaj problemami. Konsekwencją zakażenia HCV może być przewlekłe zapalenie wątroby, marskość wątroby, niewydolność wątroby i pierwotny rak wątroby. Zakażenie HCV u kobiety, bo kobiety dzisiaj są bohaterkami naszej debaty, to również ryzyko zakażeń wertykalnych matka – dziecko. Funkcjonuje w Polsce rozporządzenie Ministra Zdrowia dotyczące standardów opieki okołoporodowej, które nakłada obowiązek testowania każdej kobiety ciężarnej w kierunku zakażenia HCV do dziesiątego tygodnia ciąży lub przy pierwszej wizycie u ginekologa. I tutaj muszę powiedzieć, że Polska jest jednym z sześciu krajów na świecie, gdzie te badania przesiewowe kobiet ciężarnych są wykonywane. Natomiast dane z nadzoru epidemiologicznego mówią o tym, że nie zawsze te dane trafiają tam, gdzie powinny trafić. Nie zawsze opieka nad ciężarną, zakażoną HCV, a potem już kobietą po porodzie, czy jej dzieckiem, które jest w grupie ryzyka, również transmisji tego zakażenia, jest taka, jak być powinna. I tutaj apel zarówno do pediatrów, jak i do lekarzy rodzinnych o badania w kierunku zakażenia HCV praktycznie u każdego. Standardy europejskie mówią, że każda osoba powinna wykonać badanie w kierunku zakażenia HCV, jako profilaktykę przeciw nowotworom. A poza tym dlatego, że na szczęście, zakażenie HCV możemy w 100 procentach wyleczyć dzięki refundacji terapii bezinterferonowej w ramach programu lekowego B.71. W ok. sześćdziesięciu ośrodkach w Polsce mamy dostęp do wysoce skutecznych, bezpiecznych i bardzo dobrze tolerowanych terapii bezinterferonowych, zarówno dla dorosłych, jak i dla dzieci. Terapie są finansowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia, a kolejki są niewielkie. Niestety, problem leży w wykryciu zakażenia HCV u danego pacjenta. Przebieg tego zakażenia jest przez wiele lat bezobjawowy, w związku z czym, to my musimy aktywnie tych pacjentów poszukiwać. Oczywiście łatwiej ich wykryć w grupie zwiększonego ryzyka. Wiele terapii dotyczących schorzeń neurologicznych, reumatologicznych, gastroenterologicznych, dermatologicznych to terapie biologiczne. Są one stosowane obecnie w medycynie bardzo często i wymagają badań w kierunku zakażeń przewlekłych, gdzie może dojść do reaktywacji zakażenia przed ich zastosowaniem. Badania przesiewowe w kierunku obecności HCV są wykonywane w przychodniach POZ, które mają taką możliwość w ramach dodatkowego budżetu powierzonego. Ten budżet powierzony został wprowadzony w lipcu 2022 r. Dane pokazują, że wykorzystywanie go przekłada się na wzrost liczby wykonywanych badań anty-HCV. Natomiast nie jest to liczba satysfakcjonująca, abyśmy to zakażenie wykryli i byli w stanie wyeliminować je całkowicie. Terapia trwa od 8 do 12 tygodni, a leki doustne są bardzo dobrze tolerowane. Trzeba tylko te osoby zakażone wykryć w społeczeństwie. Stąd nasz apel, jako lekarzy, o testowanie w kierunku zakażenia HCV, z zastosowaniem testów kasetowych, które są bardzo łatwe. Wynik mamy po 15 minutach i na podstawie tego wyniku można już kierować do hepatologa, czy do lekarza chorób zakaźnych, którzy kwalifikują pacjenta do dalszej specjalistycznej diagnostyki i leczenia.

Od 40 lat są dostępne szczepienia ochronne przeciw WZW typu B (HBV). We wzmiankowanym rozporządzeniu, oznaczenie antygenu HBS jest przewidziane dopiero między 33 a 37 tygodniem ciąży. A rekomendacje mówią o tym, że u kobiety zakażonej HBV, która ma wysoką wiramię z wysoką replikacją wirusa, powinno się wdrożyć profilaktykę tenofowirem od 28 tygodnia ciąży i ta profilaktyka jest również finansowana przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Tylko będąc w zgodzie z rozporządzeniem tę obecność antygenu HBs, czyli wykładnika zakażenia HBV, byśmy oceniali dopiero później po 33 tygodniu ciąży. Stąd nasze propozycje, żeby do 10 tygodnia ciąży dorzucić również oznaczanie antygenu HBs. Kiedyś każda kobieta ciężarna miała oznaczoną obecność antygenu HBs na początku ciąży i potem przed porodem. Obecność antygenu HBs u części kobiet ciężarnych jest wcześniej oznaczana, ale gdyby to usankcjonować rozporządzeniem, to byłoby już naprawdę bliskie ideału.

Mówiłam, że przy zastosowaniu różnego rodzaju terapii biologicznych istnieje możliwość reaktywacji zakażeń przewlekłych (utajonych). Półpasiec, należy m.in. do tych zakażeń, które mogą być reaktywowane podczas terapii biologicznej, podobnie jak zakażenie HBV. I tak, jak możemy zapobiegać reaktywacji zakażenia HBV poprzez określony algorytm i dlatego bada się obecność zakażenia HBV przebytego kiedyś przy stosowaniu terapii biologicznych, tak przez podanie szczepionki p/półpaścowi przed terapią biologiczną u osoby, która przechorowała ospę wietrzną, można zapobiec reaktywacji zakażenia wirusem ospy wietrznej i półpaśca. Przypomnę, że półpasiec jest reaktywacją zakażenia wirusem ospy wietrznej i półpaśca przebytego wcześniej w naszym życiu. Do programów lekowych w zakresie chorób autoimmunologicznych, należałoby dodać szczepienie przeciw półpaścowi niezależnie od wieku. Oczywiście, każdy z nas może się zaszczepić, kupując sobie szczepionkę, ale jej koszty są wysokie.

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



W Departamencie Zdrowia Publicznego Ministerstwa Zdrowia, w tej chwili rozważamy, czy nie ma potrzeby jego nowelizacji i zaproponowania tam pewnych zmian. Rozważamy, na ten moment, wprowadzenie zmian w zakresie świadczeń profilaktycznych, w kierunku badania antygeny HBs w pierwszym trymestrze ciąży (niezależnie od badania w III trymestrze, które mamy aktualnie. W tej chwili kończymy przygotowywanie programu leczenia niepłodności, obejmującego dwa elementy zabezpieczenia, to znaczy: zabezpieczenie komórek rozrodczych i zabezpieczenie nasienia. Natomiast, co do tkanek jajnikowych, w tej chwili kończą się prace nad aktami międzynarodowymi, które spowodują, że będziemy mieć wskazane działania do uporządkowania sytuacji prawnej w tym zakresie. Po tym dopiero będzie mogło pójść finansowanie. I myślę, że to będzie przedmiotem późniejszych zmian i uzupełnień w naszym programie leczenia niepłodności.

Przed kontraktowaniem świadczeń zdrowotnych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej świadczeniodawcy są promowani, jeżeli zapewniają rozwiązania w kierunku przyjmowania osób z niepełnosprawnością. Ministerstwo na bieżąco podejmuje działania mające na celu poprawę dostępności opieki medycznej dla kobiet z niepełnosprawnością, zapewniając podmiotom realizującym świadczenia wsparcie w obszarach: architektonicznym, cyfrowym oraz informacyjno-komunikacyjnym. Natomiast widzimy, że liczba podmiotów udzielających świadczeń z zakresu ginekologii i położnictwa przystosowanych do tego, żeby mieć choć jedno stanowisko dostosowane do osób poruszających się na wózkach, że udział tych podmiotów jest większy i tutaj jest to zdecydowanie działanie promowane. Musimy nad tym popracować, w jaki sposób przekazywać tę informację, żeby ona trafiała do podstawowej opieki zdrowotnej. Nowe projekty Ministerstwa Zdrowia dotyczą bezpieczeństwa kobiet, bezpieczeństwa matki dziecka. Opracowując rozwiązania w ramach tych projektów, pragniemy stworzyć forum poszczególnych organizacji, gdzie będziemy mogli dyskutować na temat różnych problemów, które w trakcie naszej pracy i naszych działań będziemy identyfikować. Chcemy razem pogłębiać analizy po to, żeby wypracowywać takie działania, które będą mogły być podejmowane dla największej korzyści pacjentek. Taka praca i takie spotkanie, jak debata Medycznej Racji Stanu, ciągle pokazują i otwierają nam kolejne miejsca, gdzie jeszcze możemy coś zmienić na lepsze. To kolejne elementy, które musimy analizować, wypracowywać narzędzia i zastanawiać się nad tym, w jaki sposób możemy pomóc. Na pewno przedmiotem spotkania powinna być opieka położnicza nad osobami niepełnosprawnymi. W zakresie ograniczenia barier i dostępności poruszamy się w pewnej rzeczywistości. Wprowadzamy mechanizmy promujące zmiany, ale nie zawsze to się kończy sukcesem,

bo nie zawsze każdy podmiot leczniczy można dostosować. Najlepszym przykładem jest tutaj budynek Ministerstwa Zdrowia, w którym w końcu mamy windę dla osób z niepełnosprawnością. Natomiast przez lata było tak, że budynek resortu zdrowia był niedostępny dla osób poruszających się na wózkach. I to pokazuje, ile trzeba czasu i wysiłku po to, żeby tego typu problemy rozwiązywać z sukcesem. Standard opieki okołoporodowej ma dawać kobietom określone prawa i zapewniać im poczucie bezpieczeństwa. On też w dużym zakresie ma charakter profilaktyczny, bo zapewnia dostęp do tych elementów, które później mogą wskazywać lekarzom, gdzie trzeba podjąć dodatkowe działania. Natomiast sytuacja jest taka, że mamy niską dzietność. Ta niska dzietność jest wynikiem zmian kulturowych i demograficznych. Słyszymy również, że jest ona wynikiem braku poczucia bezpieczeństwa kobiet. Na pewno w tym zakresie jest miejsce na nasze działanie, żeby to poczucie jak najbardziej minimalizować. Widzimy w tym zakresie potencjał na współpracę Ministerstwa Zdrowia z organizacjami pozarządowymi. Są to takie organizacje, jak Fundacja „Rodzić po ludzku”, czy organizacje, które działają w zakresie upowszechniania karmienia piersią. To podmioty, z którymi na co dzień pracujemy, żeby identyfikować problemy. Identyfikować miejsca, gdzie wiemy, że należy podjąć szczególnie uważne działania, na przykład w zakresie dostępu do znieczulenia zewnątrzoponowego. Naprawdę nie wiadomo dlaczego, na mapie Polski są miejsca absolutnie puste i są miejsca, gdzie to jest zapewnione w 40 procentach, czyli tak naprawdę jest prawie pełen dostęp. Nie każdy poród musi być również znieczulony i nie każda kobieta chce korzystać z tego rodzaju znieczulenia. Bez względu na powyższe, kobieta musi mieć zagwarantowaną możliwość takiego świadczenia. Natomiast widzimy, że są pewne miejsca, gdzie jest dostęp dla kobiet rodzących i w tym samym kraju, w tych samych warunkach organizacyjno-prawnych w tych samych warunkach finansowych są miejsca, że tej możliwości nie ma. Zdaję sobie sprawę, że poprawie musi ulec kwestia medycyny szkolnej. W związku z wdrażaniem cyfryzacji dokumentacji medycznej pielęgniarki i higienistki szkolnej przeprowadzono pilotaż, w ramach, którego realizatorzy mogli otrzymać dofinansowanie zakupu sprzętu informatycznego i oprogramowania. To jednak tylko jeden z elementów. Myślę, że potrzebna jest szeroka współpraca, która pozwoli wypracować rozwiązania systemowo poprawiające sytuację.

*Prof. Mirosław Wielgoś, Kierownik Kliniki Położnictwa i Perinatologii Państwowego Instytutu Medycznego MSWiA w Warszawie, konsultant krajowy w dziedzinie perinatologii*



Dzisiaj rozmawiamy o bezpieczeństwie kobiet, bezpieczeństwie w czasie ciąży, porodu i położu. Na szczęście mamy wypracowane standardy i wytyczne od ponad dekady. Nie mówię o tym standardzie, który obowiązuje teraz, ale od opublikowania pierwszego standardu minęło już dziesięć lat. Pamiętam, w jakim bólu rodził się ten standard, to naprawdę był „powikłany poród”, ale się udało i to był olbrzymi krok do przodu. Standard uporządkował procedury, a jednocześnie poprawił jakość świadczeń w opiece okołoporodowej i zwiększył jej bezpieczeństwo. Aktualnie obowiązujące standardy, jak i te poprzednie, spotkały się z dużą krytyką i to nie tylko ze strony pacjentów, ale też środowiska. Słyszałem głosy wśród kolegów, że „urzędnicy nie powinni mówić, jak mamy leczyć, bo medycyna to sztuka”. Dla mnie, Drodzy Państwo, sztuka to malarstwo, rzeźba, muzyka, a tu jest ciężki i odpowiedzialny zawód do wykonania. Nie mówię, że tamte są łatwe, ale nie uciekajmy w tę sztukę, gdy musimy wykonać pewną pracę od „A do Z”, gdzie po drodze jest cały alfabet w zapewnieniu bezpieczeństwa kobiety i dziecka, więc naprawdę wytyczne to uporządkowały. Ten ostatni standard ma rzeczywiście charakter organizacyjny. W tym standardzie

organizacyjnym na szczęście udało nam się zawrzeć dużo merytorycznych kwestii, właśnie po to, żeby system opieki nad ciężarną był uporządkowany. To jest standard, którego przestrzegamy, jest wiążący, ponieważ jest to rozporządzenie Ministra Zdrowia. Jest to akt prawny, który wymusza stosowanie określonych działań. Realizację tego standardu monitoruje Fundacja „Rodzić po ludzku” oraz konsultant krajowa w dziedzinie pielęgniarstwa położniczego. Problem jest w tym, że nie mamy narzędzi do tego, żeby wymusić jego przestrzeganie we wszystkich ośrodkach mających kontrakt z NFZ.

Cieszymy się, że Ministrem Zdrowia jest kobieta, w dodatku silna i decyzyjna. Żaden mężczyzna w dzisiejszej dobie nie dałby sobie z tym resortem zapewne rady. Bardzo się cieszę, że wprowadzono refundowane szczepienia przeciwko HPV. O ich podaniu decydują jednak rodzice, bo wiadomo, że nie może to być decyzja 12- czy 13-latki. Proszę sobie wyobrazić, że 20% rodziców jest na „tak”, 20% jest na „nie”, a 60% jest niezdecydowanych, co dla ich dzieci jest najlepsze. I to jest nasza rola, żeby tych niezdecydowanych przekonać, bo uzyskamy 80%, a to już będzie naprawdę dużo. Oczywiście zakładam, że wszyscy lekarze będą polecać te szczepienia.

Słyszając od Pana Dyrektora z Biura Rzecznika Praw Obywatelskich informacje na temat skarg pacjentów w zakresie opieki nad kobietą w ciąży i opieki okołoporodowej, muszę stanowczo stwierdzić, że na szczęście jest to margines. To nie jest powszechne, to jest „łyżka dziegciu w beczce miodu”. Zawsze daję taki przykład, że jeszcze niedawno w Polsce odbywało około 350-400 tys. porodów rocznie, czyli codziennie około tysiąca porodów. Nawet niecodziennie zdarza się taka sytuacja patologiczna. Czyli nawet, zakładając, że zdarzy się codziennie, co nie jest prawdą, to nikt nie będzie mówił, że w 999 przypadkach było wszystko w porządku, bo tak ma być. Tego oczekujemy i tak ma być, ale nie słyszymy tych pozytywnych głosów, natomiast będziemy mówić zawsze o tym jednym negatywnym doświadczeniu i to niestety rzutuje na całe środowisko. Dlatego też mówienie o „przemocy położniczej”, jest bardzo ważne, ale też nie jest to temat, który jest tylko w Polsce. My nie jesteśmy niechlubnym wyjątkiem, bo o tym temacie mówi się na świecie. Towarzystwo Europejskie Medycyny Prenatalnej, w którym działam, też się tym tematem zajmuje. Tyle tylko, że apelujemy, żeby nie używać sformułowania „przemoc położnicza”, nawet jeżeli są nieprawidłowe zachowania, bo po pierwsze budzi to grozę u pacjentek, które mają iść rodzić i one nie wiedzą, czy akurat ta przemoc nie dotknie ich. To jest straszenie, mimo, że tak jak mówię, istnieje margines takich sytuacji. To jest jedna sprawa, a druga jest taka, że to stygmatyzuje całe środowisko. Znowu mamy do czynienia z efektem „łyżki dziegciu w beczce miodu”. Zalecane jest określenie „opieka niezgodna ze standardem i nie respektująca praw”. No to jest niby to samo tylko inaczej powiedziane. Ale słowa są bardzo ważne, bo mówiąc o „przemocy położniczej” można wywołać nie do końca pożądaną, negatywny efekt.

### *Prof. Małgorzata Kołodziejczak, prezes Polskiego Klubu Koloproktologii Towarzystwa Naukowego*

Walczymy o to, żeby operacja rekonstrukcji zwieraczy odbytu u kobiet po porodzie była refundowana przez NFZ. Aktualnie są finansowane procedury, w ramach których możliwe jest zeszcienie świeżego położniczego uszkodzenia odbytu i zwieracza, natomiast zabieg naprawczy zwieracza odbytu jest klasyfikowany jako zabieg, który wykonujemy, kiedy pacjentka nie trzyma gazów stolca wiele miesięcy po porodzie. Taki trudny zabieg, związany z kilkudniową hospitalizacją jest wyceniany jak średni zabieg odbytu, tak jak hemoroidy czy szczelina odbytu na poziomie 1 393 zł. To jest zbyt niska wycena, dlatego pacjentki nie mogą się nigdzie dostać. Ja te pacjentki operuję, ale nie mam możliwości tych zabiegów przeprowadzać w bardzo szerokim zakresie. Trzykrotnie składałam



pismo do Ministra Zdrowia w imieniu Polskiego Klubu Koloproktologii, wnosząc o refundację tego świadczenia. W czerwcu 2023 r. złożyłam Kartę Świadczenia Opieki Zdrowotnej do Ministerstwa Zdrowia. Miesiąc temu dostałam odpowiedź, że pismo zacznie być procedowane. W pismach bardzo dokładnie opisałam, ile wynoszą koszty, ile Państwo musiało zapłacić za sprawy sądowe w ostatnich latach tytułem roszczeń pacjentek, ile wynoszą świadczenie w postaci pieluchomajtek, absencji chorobowej, liczby depresji u tych kobiet. Pamiętajcie o tym Państwo, że wiele z tych młodych kobiet opiekuje się małymi dziećmi, ma wyłonioną stomię i czeka na operację. Na przykład na operację rekonstrukcji zwieraczy u mnie pacjentki czekają około roku, ponieważ jest mało miejsc w Polsce, gdzie mogą być wykonywane odroczone rekonstrukcje. Nietrzymanie gazów i stolca, to jest ciężkie inwalidztwo, bo pacjentka nie może wyjść na zewnątrz. Co więcej, często przekłada się to na jej życie rodzinne, seksualne, na relację z mężem. Te pacjentki często są zostawione same sobie, bo mężowie odchodzą.

*Posel Katarzyna Piekarska, Przewodnicząca  
Parlamentarnego Zespołu ds. profilaktyki nowotworowej  
- RAK STOP*



Szanowni Państwo, chciałam zwrócić uwagę, że podstawowa opieka, zdrowotna jest pierwszym miejscem, gdzie pacjent powinien mieć wykonane badania profilaktyczne. Jestem pacjentką w trakcie kolejnych badań i na sobie testuję polski system zdrowia. Już wiem, co powinno działać lepiej, ale naprawdę cieszę się, że mamy wspaniałych specjalistów i znakomitych lekarzy. Wierzę w to, że można zrobić coś, żeby ten system działał lepiej. Chcemy na najbliższe posiedzenie parlamentarnego zespołu zaprosić lekarzy POZ, bo tam się wszystko zaczyna. I taka moja osobista refleksja, że gdyby lekarz POZ rozpoznał u mojej mamy raka płuca, mama by jeszcze żyła. Mama miała typowe objawy i kiedy trafiła na SOR stażystka zdecydowała się zrobić najprostsze z możliwych badań, czyli prześwietlenie płuc, nowotwór był na nim widoczny. Mama zmagала się od dwóch lat z objawami. Rozmawiam z lekarzami w różnych miejscowościach i sytuacja wygląda bardzo różnie. Czasami jest problem z dojazdem pacjenta, ale na każdych drzwiach gabinetu podstawowej opieki zdrowotnej widziałam zaproszenie do badań profilaktycznych. I niestety, tak jak mówią lekarze, bardzo mało osób z tych badań korzysta. To jest dla mnie zupełnie niepojęte. Szczepienia przeciwko HPV są już dostępne, że tak mało rodziców daje dzieciom ten najpiękniejszy prezent, jakim jest życie i zdrowie w dobrej kondycji. Serdecznie wszystkich zapraszam na posiedzenie naszego zespołu i porozmawiać, co zrobić, żeby było lepiej. Bardzo się cieszę z tego, że na czele tak ważnego resortu zdrowia stoi kobieta - Pani Minister Izabela Leszczyna. Kobiety są moim zdaniem bardziej empatyczne od mężczyzn. Doskonała jest współpraca z Panią Minister Edukacji Barbarą Nowacką, bo uważam, że pewne treści trzeba wprowadzić do szkół. Są fantomy, na których uczy się pierwszej pomocy. Starszą młodzież można byłoby z ich wykorzystaniem nauczyć samobadania piersi w aspekcie wykrywania raka piersi. Musimy uczyć młodzież, jak dbać o swoje zdrowie.



***Prof. Brygida Kwiatkowska, Konsultant krajowy w dziedzinie reumatologii***

Problemy ze szczepieniem chorych na choroby autoimmunologiczne mamy takie, że w zasadzie wszystkie rekomendacje dotyczące szczepień nas obowiązują, ale refundacja tych szczepień dotyczy populacji pacjentów 65 plus. Natomiast nasi pacjenci na immunosupresji muszą być wyszczepieni wszyscy. To nie jest populacja 65 plus, ale kobiety w wieku 20-30 lat i jeszcze młodsze. Nasze pacjentki nie mają możliwości otrzymania refundowanego szczepienia przeciw półpaścowi. Moglibyśmy szczepić naszych pacjentów również na pneumokoki, ale znowu, refundacja dotyczy tylko pacjentów 65 plus. Powinniśmy szczepić na HPV, bo rekomendacje amerykańskie zalecają takie szczepienia pomiędzy 26 a 44 rokiem życia kobiety. Choroby autoimmunologiczne prowadzą do reaktywacji zakażeń. Pacjenci z nawracającym półpaścem mają absolutnie zamknięte możliwości stosowania jakichkolwiek leków. Szczepionka nie wyleczy nam zakażenia, natomiast nawrotowość ewidentnie się zmniejsza i możemy pacjenta intensywnie leczyć.



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

Choroba osoby bliskiej w rodzinie, szczególnie dziecka, to poważne wyzwanie dla całego systemu rodzinnego. Zmieniają się role, wyostrajają się problemy wewnątrz rodziny i deficyty w komunikacji. Opieka nad osobą chorą wymaga wielu wyrzeczeń, świadomości osobistych możliwości i ograniczeń oraz umiejętności zarządzania swoją energią, co w sytuacji opieki nad chorym dzieckiem zostaje przez większość matek zlekceważone. Długotrwała opieka nad chorym dzieckiem narusza również równowagę pomiędzy partnerami. Skupienie się na potrzebach chorego dziecka zawęża pole percepcji do realizowania zadań opiekuńczych, co nierzadko prowadzi do poważnych, nierzadko lekceważonych, problemów psychofizycznych. W dalszym ciągu pokutuje myślenie, że dobra matka, żona w sytuacji kryzysowej powinna poświęcić siebie i dla wielu kobiet stanowi to podstawę działania. Dlatego tak ważna jest edukacja rodzin w kryzysie choroby dziecka, m.in. umiejętności szukania pomocy, regulowania stresu, prawa do odpoczynku, umiejętnego zarządzania relacjami pomiędzy małżonkami, a przede wszystkim odczarowania wielu mitów na temat roli kobiety w sytuacji choroby osoby bliskiej. W trakcie dzisiejszej debaty padło zdanie, że kobiety są koordynatorkami zdrowia w rodzinie, co wzbudza mój sprzeciw. Obarczanie kobiet jednostronną odpowiedzialnością za zdrowie swoich bliskich prowadzi do niebezpiecznej sytuacji sztucznych podziałów i budowania nieadaptacyjnych schematów społecznego myślenia.



***Dr Katarzyna Pogoda, Przewodnicząca Sekcji Raka Piersi Polskiego Towarzystwa Onkologii Klinicznej, Adiunkt w Klinice Nowotworów Piersi i Chirurgii Rekonstrukcyjnej NIO-PIB***

Młode kobiety chorujące na raka piersi, czy z inną chorobą nowotworową, często martwią się o możliwości i szanse na macierzyństwo. Sytuacja kobiety, która usłyszała diagnozę albo wyleczyła się z choroby nowotworowej i planuje



macierzyństwo, jest wymagająca. Problem i wyzwania są niezwykle ważne, bo tak naprawdę grupa pań, które chcą mieć dzieci po wyleczeniu z nowotworu cały czas rośnie. Wynika to z kilku czynników, ale w dużej mierze jest to związane z trendem, zgodnie z którym kobiety na całym świecie rodzą dzieci w coraz starszym wieku. To też powoduje, że im jesteśmy starsze, tym ryzyko wystąpienia różnych nowotworów jest większe, w tym również raka piersi. Mam dosyć dużą grupę pań, które do mnie przychodzą na rozpoczęcie leczenia i mówią, że właśnie dopiero teraz starają się, żeby zajść w ciążę. Okazuje się, że niestety pojawił się rak piersi, więc to jest na pewno moment bardzo trudny w ich życiu. Macierzyństwo bardzo się opóźnia i tak naprawdę szanse u tych pacjentek są już dużo mniejsze, zwłaszcza jeżeli przychodzi kobieta, która jest w wieku około 40 lat i jeszcze nie posiada dzieci. W tym miejscu pojawia się zabezpieczenie płodności. Jako klinicyści mocno wspieramy możliwości, żeby Polki mogły w ramach refundowanych świadczeń zabezpieczać płodność przed rozpoczęciem leczenia. To jest kluczowy moment. Kiedy pacjentka jeszcze nie rozpoczęła leczenia systemowego, wtedy trzeba zabezpieczyć płodność, żeby później mogła zajść w ciążę. Kluczowe jest, aby zapytać nasze pacjentki, czy chcą mieć jeszcze dzieci. Jeszcze dobrych kilka lat temu lekarze skupiali się tylko na leczeniu nowotworu. W chwili obecnej zdecydowanie więcej zwracamy uwagi na to, co będzie z pacjentką po wyleczeniu z choroby nowotworowej. Na pewno aspekty dotyczące macierzyństwa są niezwykle ważne. To, co ja widzę w praktyce klinicznej, to fakt, że kobiety, które nie posiadają jeszcze dzieci, chcą je mieć po zakończeniu terapii. Leczenie choroby nowotworowej, czasami jest gdzieś z boku, ale obawa, że one nie będą mogły zajść w ciążę, później po wyleczeniu z choroby bywa bardzo duża. Metod zabezpieczenia płodności jest kilka i jest to bardzo dobra wiadomość, że niedługo będą one refundowane dla naszych pacjentek. Wśród metod zabezpieczenia płodności najczęściej korzysta się z mrożenia komórek jajowych. Można ewentualnie mrozić zarodki lub pobierać tkankę jajnika. Jako onkolog nie proponuję konkretnych metod. Moim zadaniem jest wysłanie pacjentki na konsultację do specjalisty z zakresu zabezpieczenia płodności, czyli do ginekologa, który jest specjalistą w tej dziedzinie. Ale na pewno ważny jest dialog między nami, aby określić, jakie leczenie systemowe u mojej pacjentki będą stosować. Jeżeli to będzie pewien rodzaj chemioterapii, to tutaj ryzyko uszkodzenia jajników jest znaczne. To, co jeszcze mogą zrobić w ramach zachowania płodności, ale jest to metoda dodatkowa, to możemy stosować pewne zastrzyki stosowane powszechnie w ramach hormonoterapii u moich pacjentek chorujących na raka hormonozależnego. Stosowanie tego zastrzyku jakby usypia jajniki, które są mniej wrażliwe na chemioterapię. Natomiast ta metoda postępowania w chwili obecnej nie jest refundowana. Opracowano różne schematy pobierania na przykład komórek jajowych i już są na tyle bezpieczne, że rzeczywiście nie musimy się tego obawiać. Doniesienia międzynarodowe wspierają pogląd, że zajście w ciążę po wyleczeniu z nowotworu jest bezpieczne, więc ten aspekt jest dla nas niesamowicie ważny. Kobiety same na początku mówią: „obawiam się, że jeżeli będę chciała zajść w ciążę, to zwiększę ryzyko nawrotu choroby nowotworowej”. Pojawiły się wyniki badania, w którym przerywano hormonoterapię uzupełniającą, czyli leczenie, które stosujemy u większości pań chorujących na raka piersi. To leczenie trwa bardzo długo, bo od pięciu do nawet dziesięciu lat. Mamy dane wskazujące, że jeżeli na pewien moment u młodych kobiet z niskim ryzykiem nawrotu choroby zatrzymamy hormonoterapię, kobiety znajdą w ciążę i urodzą dziecko, to później mogą bezpiecznie wrócić do kontynuacji hormonoterapii po porodzie. A kobiet młodych, chorujących na raka piersi jest coraz więcej. Dwadzieścia lat temu było to mniej więcej 500 Polek rocznie, a chwili obecnej rozpoznajemy rocznie ok. 1 tys. pacjentek do 40 roku życia. Jak widać, trendy są niepokojące i zachorowań na raka piersi będzie coraz więcej – również wśród młodych kobiet.

*Prof. Barbara Radecka, Kierownik Kliniki Onkologii Opolskiego Centrum Onkologii im. prof. Tadeusza Koszarowskiego i Uniwersytetu Opolskiego*



Celem naszych działań jest umożliwienie pacjentkom łączenia leczenia przeciwnowotworowego z aktywnością rodzinną, zawodową i społeczną. Problem jest oczywiście bardzo złożony, bo zależy od otwartości pracodawców oraz różnego rodzaju regulacji prawnych, które ułatwiają kobietom powrót na rynek pracy. Bardzo ważnym elementem jest też organizacja leczenia w taki sposób, aby jak najmniej wiązało pacjentkę ze szpitalem. Taki jest trend na całym świecie. W związku z tym, wiele lat temu wprowadzono hostele dla chorych, którzy są poddawani radioterapii i którzy kiedyś tygodniami byli hospitalizowani. Wprowadziliśmy szereg udogodnień w postaci powszechnego rozwijania ośrodków leczenia w trybie dziennym i ambulatoryjnym. W niektórych podmiotach, gdzie realizowane jest leczenie systemowe, liczba łóżek do leczenia dziennego przewyższa nawet liczbę łóżek do leczenia stacjonarnego. W trybie jednodniowym leczymy coraz więcej pacjentów. Podajemy chemioterapię w długotrwałych wlewach przy pomocy infuzorów, a więc w takich pompach osobistych jednorazowego zastosowania. To jest mały zbiorniczek, gdzie zawarty jest cały roztwór chemioterapii, jaka wchłania się do organizmu przez 24-48, a czasem nawet 96 godzin. Chory ma podpięty zbiorniczek cewnikiem do portu naczyniowego, wszytego pod skórę. Chory zabiera ten zbiornik, który ma wielkość słoika dżemu w torbie do domu i zgłasza się na odłączenia tego zbiornika następnego dnia, za dwa dni, lub nawet za cztery dni. Chory nie musi w tym czasie być przypięty do stojaka z kroplówkami i przebywać w szpitalu. Może, dzięki temu, realizować swoje role rodzinne, społeczne, a niejednokrotnie zawodowe. Również taką formą, której jestem wielką entuzjastką, są możliwości podawania leków w formie podskórnej. Ta forma podania leku jest odpowiednikiem klasycznej, dożylniej postaci. Takie leki podskórne już w Polsce znamy i stosujemy, między innymi u chorych na raka piersi. Jest to też światowy kierunek rozwoju nowo badanych preparatów biologicznych. Wielu producentów leków biologicznych, immunoterapii, czy leków ukierunkowanych próbuje opracowywać podskórne formy dla swoich preparatów. Wszyscy na świecie rozumieją, że jest to leczenie prostsze i mniej obciążające pacjenta oraz system ochrony zdrowia. System oszczędza czas i zasoby kadrowe. Tak więc, kierunek rozwoju prac badawczych w przemyśle farmaceutycznym również idzie za tym, aby tych form do podskórnego podawania pojawiało się coraz więcej. Środowisko i pacjentki wyczekują, aby pojawiła się refundacja preparatu kojarzącego w jednym podaniu dwa leki biologiczne dla chorych na raka piersi. Od 1 kwietnia 2024 r. wchodzi do refundacji nowy preparat dla chorych na czerniaka, który łączy dwie substancje biologiczne w jednej, dożylniej postaci. Wiem, że producent tego leku prowadzi badania kliniczne, w których porównuje postać dożylną z formą podskórną. Mam nadzieję, że za kilka lat chorzy na czerniaka będą otrzymywali kilkuminutowe wstrzyknięcie. Wówczas to leczenie, które trwa dwa, a nawet więcej lat, będzie dla tych chorych dużo mniej obciążające. Bardzo liczę na ten kierunek rozwoju badań i organizacji opieki zdrowotnej, ponieważ poza oczywistym komfortem dla chorych, nie zapominajmy, że nasz system ochrony zdrowia cierpi z powodu niedoboru wykwalifikowanej kadry lekarskiej, pielęgniarskiej i farmaceutów w szpitalu. Każda forma organizacji opieki zdrowotnej, która te kadry oszczędza jest warta wprowadzania i promowania.

W leczeniu naszych pacjentek z rakiem piersi szacujemy, tak zwane czynniki prognostyczne. Patrzymy na wynik badania histopatologicznego, na podtyp raka, aby oszacować ryzyko nawrotu choroby w przyszłości i określić je jako niskie, pośrednie lub wysokie. Nawrót nie zawsze może być skutecznie leczony i choroba może stać się przyczyną przedwczesnej śmierci. Podejmujemy decyzje terapeutyczne

w oparciu o to, czy są przerzuty do pachowych węzłów chłonnych, jak jest duży guz i jaki jest jego stopień złośliwości. Nasze algorytmy postępowania, w radykalnym leczeniu, czyli leczeniu prowadzonym z intencją wyleczenia, oparte są właśnie o te czynniki prognostyczne. Zależnie od tego, jaka to jest grupa rokownicza, chcemy tym chorym zaoferować optymalne leczenie, wśród wszystkich dostępnych refundacyjnie sposobów leczenia farmakologicznego. W ostatnim czasie pojawiły się nowe terapie, które wspierają klasyczne, stosowane od kilkudziesięciu lat metody, a więc chemioterapię i hormonoterapię. Pojawiła się immunoterapia, do zastosowania w leczeniu radykalnym u chorych na raka potrójnie ujemnego. Pojawił się olaparyb - inhibitor PARP w leczeniu chorych z mutacją BRCA1 i BRCA2, a to jest bardzo duży postęp. Wprawdzie, są to terapie dla określonych grup pacjentek, czyli nie każda chora jest kandydatką do tych leków. My te pacjentki dobieramy na podstawie biomarkerów nowotworowych. Aktualnie oczekujemy na refundację jednego leku, który mógłby być stosowany u chorych na raka luminalnego. Ten lek, dołączony do hormonoterapii może poprawić wyniki leczenia radykalnego, czyli zmniejszyć ryzyko nawrotu choroby w przyszłości. Ten proces refundacyjny się toczy, o ile wiem dość długo.

*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*



Koalicja diagnostyczno-kliniczna, której jestem liderem, to inicjatywa, która pojawiła się celem poprawy skoordynowanych działań w onkologii. Dzisiaj możemy powiedzieć, że koordynacja działań w zakresie onkologii, to jest podstawa. To nie jest tylko kwestia leczenia, ale przede wszystkim diagnostyki. Diagnostyka jest elementem, który daje nam podstawę do tego, żeby właściwie zaplanować leczenie, a potem je realizować. W tym projekcie znaleźliśmy wielu partnerów, zarówno patomorfologów, radiologów, lecz także biologów molekularnych i genetyków klinicznych. Dzisiaj onkologia to jest bardzo precyzyjne działanie, oparte już nie tylko i wyłącznie na tzw. głównych cechach, ale na bardzo subtelnych cechach nowotworu. W związku z tym, musimy pracować w zespołach interdyscyplinarnych. Istotnym elementem jest to, żeby wypracować standardy oparte na polskich realiach. Polskie realia musimy brać pod uwagę, bo nie jesteśmy krajem na tyle zasobnym, żebyśmy mogli wszystkimi dzisiaj technologiami dysponować. Aktualnie posiadamy już dużo technologii, przede wszystkim w zakresie diagnostyki, więc musimy umiejętnie je wykorzystać. Wiedza na temat genetyki klinicznej i biologii molekularnej postępuje i to dotyczy różnych grup zawodowych medycznych, nie tylko onkologów, ale również innych środowisk, które muszą w tym zakresie uzupełniać wiedzę. Oprócz tego, że zdobywamy tą wiedzę, musimy też scharakteryzować pewne drogi, czy też pewnego rodzaju elementy ścieżek, które będą procesowane i będą sprawnie działały. Mamy dzisiaj szereg pracowni genetycznych, które wykonują usługi na zasadach komercyjnych. Nie mam nic przeciwko komercyjnym zasadom, ale nie zawsze laboratoria są certyfikowane i gwarantują odpowiednią jakość. Najważniejszym jednak aspektem jest, że w onkologii zależy nam nie tylko na wyniku takiego badania, ale przede wszystkim na jego opisie - zarówno jakościowym, jak i interpretacyjnym. Opracowujemy algorytm postępowania w zakresie diagnostyki nowotworów kobiecych i będziemy starali się tę wiedzę przekazywać do lekarzy, którzy pracują poza ośrodkami onkologicznymi. Krajowa Sieć Onkologiczna bierze pod uwagę możliwości działań w zakresie onkologii, bo onkologia wymaga dzisiaj bardzo specyficznego działania w zakresie zarówno diagnostyki, leczenia,

jak i rehabilitacji. Dlatego system opieki musi być dobrze przygotowany, zweryfikowany, a potem wdrożony. Tak czy inaczej wszystkie te działania, które w tej chwili podejmuje Koalicja diagnostyczno-kliniczna, będą dobrym przykładem do tego, żebyśmy rzeczywiście tak zwaną strukturę funkcjonowania w zakresie nie tylko ginekologii onkologicznej, lecz generalnie onkologii mogli wprowadzić w najbliższym czasie i na to bardzo liczę. Ten system nabiera coraz większego rozpędu. Bardzo dziękuję przy okazji wszystkim moim współpracownikom w zakresie dyscyplin onkologicznych i diagnostycznych, bo prawdę powiedziawszy ich wysiłek tutaj jest nieoceniony. Mam nadzieję, że przyniesie ten ostateczny skutek w postaci dobrze przygotowanego programu, który będzie dawał satysfakcję, a przede wszystkim bezpieczeństwo i lepsze wyniki zdrowotne pacjentom, którzy są pod naszą opieką.

Niezaspokojone potrzeby w zakresie chęci posiadania potomstwa są dużym wyzwaniem w onkologii. Coraz częściej na ten temat rozmawiamy. Cieszę się, że podjęte zostały takie działania organizacyjne, również w zakresie legislacyjnym. Ministerstwo Zdrowia podjęło bardzo ważną inicjatywę w zakresie realizacji tego projektu w ramach refundacji, która przez długi czas niestety, ale nie była możliwa. To na pewno jest bardzo istotny krok do tego, żebyśmy rzeczywiście z jednej strony poprawili demografię w naszym kraju, a z drugiej dali większą szansę osobom, które chorują na różnego rodzaju nowotwory na lepszą jakość funkcjonowania po chorobie nowotworowej.

Myślę, że środowisko onkologiczne bardzo jest dumne z tego, że coraz więcej osób wraca po skutecznym leczeniu nowotworu do normalnego funkcjonowania, zarówno w życiu rodzinnym, jak i zawodowym. W ostatnich latach otrzymaliśmy refundację nowych i skutecznych terapii kobiecych nowotworów. Mamy satysfakcję, że wyjeżdżając na międzynarodowe konferencje naukowe w zakresie ginekologii onkologicznej, nie musimy się czuć w dyskomforcie, bo mamy w Polsce refundację koniecznych leków do leczenia. W tym roku również mamy kolejne refundowane dwie cząsteczki, które wejdą do programów lekowych. Dadzą nam one większą szansę na leczenie chociażby tak poważnych chorób, jak rak szyjki macicy. W Polsce, mimo postępów profilaktyki, które się rzeczywiście dokonują w ostatnich latach nadal ok. 1,8 tys. kobiet rocznie umiera na raka szyjki macicy. Są to kobiety, które bardzo rzadko zaglądały do gabinetów ginekologicznych, czy w ogóle poddawały się działaniom profilaktycznym. W związku z tym, efekt naszych działań terapeutycznych nie zawsze jest satysfakcjonujący. W raku szyjki macicy stosowana jest immunoterapia, która weszła kilka lat temu szerokim frontem do leczenia raka płuca, czy czerniaka. Dzisiaj jest wykorzystywana w leczeniu raka szyjki macicy oraz raka endometrium. To powoduje, że mamy coraz większą szansę na bardziej efektywne działania terapeutyczne. Niestety nie mamy możliwości pełnego wyleczenia, ale zdecydowanie poprawiamy jakość i długość życia u tych chorych. To daje satysfakcję nam onkologom, że jesteśmy coraz bardziej skuteczni. Jeżeli chodzi o niezaspokojone potrzeby i naszą działalność, to bardzo liczę na to, że wreszcie zaczniemy budować w sposób bardzo ustrukturyzowany działania profilaktyczne. Wiemy doskonale, że profilaktyka w niektórych nowotworach jest fantastycznym narzędziem, które może eliminować wiele problemów. Tu zwrócą uwagę na nowotwory piersi, jelita grubego, czy szyjki macicy, które mogą być rzeczywiście bardzo sprawnie wyeliminowane. W raku szyjki macicy mamy szczepienia przeciwko HPV. Cieszę się, że te szczepienia zostały zrefundowane w zeszłym roku jako standard postępowania. Grupy pacjentów będą szczepione bezpłatnie. W związku z tym mamy szansę, jeżeli funkcjonalność tego programu będzie zachowana i będzie on realizowany w sposób rozsądny, na to, że za kilka lat być może problem raka szyjki macicy będzie dotyczył znikomej liczby polskich kobiet.

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



Dziękuję za możliwość przedstawienia stanowiska Rzecznika Praw Obywatelskich, które jest wynikiem kontaktów z organizacjami pozarządowymi, przede wszystkim ze stowarzyszeniami pacjentów. Pragnę się skupić na dwóch wątkach. Będę to musiał robić skrótowo z uwagi na bardzo dużą liczbę problemów. Pierwszy temat zasadniczy, to opieka okołoporodowa, drugi - sytuacja pacjentek z niepełnosprawnościami.

W zakresie opieki okołoporodowej w lutym 2024 r. odbyło się kolejne posiedzenie Komisji Ekspertów do spraw Zdrowia, przy Rzeczniku Praw Obywatelskich. Spotkanie było zorganizowane we współpracy z „Fundacją Rodzić po ludzku”, a ze strony społecznej była również obecna „Fundacja Małyssak”, która działa w zakresie karmienia dzieci i zabezpieczenia opieki laktacyjnej. W tym spotkaniu uczestniczyło również czworo konsultantów krajowych. To byli konsultanci w dziedzinie położnictwa i ginekologii, pielęgniarstwa ginekologicznego i położniczego, perinatologii oraz neonatologii. W spotkaniu uczestniczyli także przedstawiciele Rzecznika Praw Pacjenta i Rzecznika Praw Dziecka. Staraliśmy się, żeby udział interesariuszy był jak najszerszy, tak aby zostały przedstawione możliwie liczne poglądy oraz stanowiska. Najistotniejsze było spojrzenie samych pacjentów, przyszłych bądź obecnych mam, bądź też osób, które tymi mamami zostać nie mogły z przyczyn od nich niezależnych. W trakcie tego spotkania wskazywano szereg problemów. Dotyczyły one dostępu do świadczeń zdrowotnych - im mniejsza miejscowość, im większe oddalenie od jakiegoś większego ośrodka, tym występują większe problemy z dostaniem się do lekarza. Kolejny problem to nierespektowanie wizyt patronażowych przez położne. Wiemy, że to się powinno odbyć w ciągu jednego do czterech tygodni po porodzie. Tymczasem opóźnienia sięgają nawet do pół roku. Oczywiście, to też wynika z tego, że są braki kadrowe w tym obszarze. System jest niewydolny, ale realizacja idei wizyty patronażowej, kiedy mama ma być nauczona, jak się ma z dzieckiem obchodzić, a ona ma już pół roku doświadczenia, jest trochę spóźniona. Kolejne kwestie, na które zwracają pacjentki, to brak faktycznego dostępu do psychologa. To jest problem, z którym mamy do czynienia wszędzie z uwagi na deficyt kadrowy, jeżeli chodzi o psychologów. Porada psychologiczna jest bardzo ważna, z uwagi na sytuacje kryzysowe, z którymi kobiety mają do czynienia. Odległe terminy wizyt u lekarza ginekologa, a tutaj podobnie się ta sytuacja powtarza, że im mniejsza miejscowość i bardziej oddalona od większego ośrodka, tym trudniej się ginekologa dostać, co jest również bardzo niekorzystne. To, co podnoszą pacjentki, to niski standard opieki okołoporodowej. Personel nie zawsze przestrzega profesjonalnych standardów opieki. Rzecznik kilka lat temu, też w tej sprawie kierował wystąpienia, ponieważ część pacjentek i stowarzyszeń pacjentów była z tego powodu niezadowolona. Uważała, że te kwestie powinny być bardziej szczegółowo uregulowane. Jedną z tych kwestii był dostęp do znieczulenia w czasie porodu. Inne kwestie dotyczyły zabiegów medycznych, wykonywanych bez zgody – np. nacinanie krocza bez zgody pacjentki. Kobiety po porodzie często wpadają w szok z uwagi na to, co im zrobiono bez ich wiedzy i świadomej zgody. A pacjent jest podmiotem, a nie przedmiotem. W związku z tym należy mu się przede wszystkim informacja i jego świadoma zgoda, jeżeli jest to oczywiście w danej sytuacji możliwe. Następną kwestią jest wymuszanie pozycji wertykalnej na pacjentkach. Tutaj oczywiście, z jednej strony mamy wskazania medyczne, ale z drugiej strony jest tak, że nie ma możliwości wyboru pozycji kucznej, czy siedzącej na krzeselku porodowym. Pacjentki często podnoszą, że są traktowane w sposób

przedmiotowy. Inne kwestie, to ograniczanie kangurowania (najprostsza forma bliskiego kontaktu z noworodkiem i niemowlęciem. Polega na przytuleniu dziecka „skórą do skóry” (SDS)), naruszanie godności, przemoc położnicza i ginekologiczna oraz brak intymności pacjentek. Nadal niestety zdarza się jeszcze, choć na szczęście coraz rzadziej, przebywanie na jednej sali kobiet, które są w ciąży przed porodem z kobietami, które przed chwilą utraciły dziecko, bądź z tym dzieckiem oczekują na terminację ciąży. To jest po prostu niehumanitarne, ale takie sytuacje niestety się zdarzają. Kolejna kwestia to brak wsparcia laktacyjnego. Temat, który mało się przebija do opinii publicznej, to jest kwestia braku stosownej ochrony kobiety w ciąży, następnie matki oraz dziecka, jako osoby jeszcze nieświadomej, przed marketingiem żywności dla niemowląt i małych dzieci. Tutaj podnoszono, że to jest istotny problem i podkreślano, że karmienie piersią stanowi elementarną część prawa człowieka, matki i dziecka. Kolejna bardzo istotna kwestia dotyczy przeżyć traumatycznych kobiet. To może być trauma porodowa, przemoc fizyczna lub seksualna, która w konsekwencji wpływa na sytuację kobiety rodzącej. To na przykład prośba, żeby kobieta w trakcie akcji porodowej była objęta opieką i świadczeniami tylko ze strony personelu żeńskiego. Mieliśmy taką sprawę i powiem szczerze, że kompletne niezrozumienie osób, które się wypowiadały, jak również personelu, nawet obraźliwe w stosunku do tej kobiety, która była ofiarą przemocy seksualnej i panicznie bała się tego, że jakiś mężczyzna będzie w sytuacji, kiedy jest kompletnie bezbronna i będzie wykonywał jakiejkolwiek czynności, a nawet był obecny w pomieszczeniu. Wiemy, że trudno jest zapewnić wymagany personel, ale można przynajmniej próbować tej kobiecie stworzyć jakieś godne warunki. Jeżeli chodzi o problemy natury traumatycznej, to też mamy kwestie niezrozumienia w przypadku tokofobi (tokofobia, to lęk przed ciążą i porodem. Kobiety, które mają tę fobię, mają patologiczny lęk przed zajściem w ciążę, aby nie musieć rodzić), czy związane z tym prośby o cesarskie cięcia i podkreślano, że kobiety mogą tutaj odczuwać brak kontroli nad ciałem w ciąży podczas porodu. I te aspekty okołoporodowe mogą wywołać lęki w postaci odtwarzania przeszłych wydarzeń w pamięci, czy intruzji (powracające obrazy, sny, myśli lub wrażenia percepcyjne związane z traumą). Tutaj wskazano określone działania, które należy podjąć, to będzie na pewno przedstawione w wystąpieniu Rzecznika do Ministra Zdrowia.

W zakresie pacjentek z niepełnosprawnościami, Rzecznik kontynuuje dialog z resortem zdrowia w sprawie konieczności uwzględniania indywidualnych potrzeb osób z niepełnosprawnościami, czyli kobiet i dziewcząt. Tutaj z perspektywy lat uznać należy, że dochodzi do pewnego rodzaju poprawy. Warto przypomnieć, że sprawą tą zajmował się również Komitet Praw Osób z Niepełnosprawnościami ONZ, który wytykał Polsce różnego rodzaju zaniedbania systemowe w tym obszarze. Podkreślano, że prawo dziewcząt i kobiet z niepełnosprawnościami do zapewnienia równego dostępu w porównaniu z osobami nieobarczonymi niepełnosprawnościami jest prawem człowieka. Nie powinno być rozróżniane, że ktoś jeździ na wózku, czy ktoś chodzi o kulach, w jakikolwiek sposób i tutaj wszyscy powinni być traktowani w sposób równy. Poruszano kwestie ograniczeń architektonicznych w dostępie do gabinetów ginekologicznych. Odnotowano problem chociażby z wagami, że przychodnia nie dysponowała wagą, na której pani z niepełnosprawnością na wózku mogłaby się zważyć, więc personel zasugerował, żeby tę panią wysłać do weterynarza. Niech się tam zważy, bo po prostu trzeba się zważyć, a oni nie mają jak. Z ważeniem dochodzi często do problemów, bo zdarza się tak, że po prostu członek rodziny stara się pomóc takiej kobiecie z niepełnosprawnością zważyć się. Są sytuacje, kiedy się z takim wózkiem wchodzi na wagę z kobietą, albo się ją podnosi. To powoduje, że na przykład kobieta z niepełnosprawnością upada i następuje jakieś złamanie, albo partner doznaje urazu kręgosłupa. Ale stopniowo sytuacja się w tym zakresie poprawia. Dochodzi tu też kwestia wyposażenia w innego rodzaju instrumentarium, które w gabinecie potrzebne jest dla zabezpieczenia praw osoby z niepełnosprawnością. Podejmowane są takie próby przez organizacje pozarządowe ad hoc, mające na

celu na jakichś terenach, na wzór mobilnych mammobusów, możliwość zapewnienia takim osobom wsparcia, ale to są tylko takie doraźne działania. W Strategię na rzecz Osób z Niepełnosprawnościami na lata 2021-2030 wpisano, że te działania mają być podjęte systemowo. Do poprawy pozostaje sprawa sposobu traktowania pań i dziewcząt z niepełnosprawnościami, czyli komunikacja z personelem medycznym w ocenie samych pacjentek. Czuję się w jakiś sposób ich trybunem i to są informacje przez nie przekazywane oraz najczęściej podnoszone problemy, z którymi się panie spotykają w kontaktach z personelem medycznym. To jest: ignorowanie pacjentek i prowadzenie rozmowy z tłumaczem, asystentem, członkiem rodziny pacjenta głuchego. Znowu osoba z niepełnosprawnością jest traktowana jak przedmiot, a nie podmiot. W końcu to chodzi o jej zdrowie, często to jest ciąża, czy problem ginekologiczny, który bezpośrednio tej pacjentki dotyczy, więc to ona powinna być adresatem pytania lekarza, a ta osoba towarzysząca ma tylko pomóc tłumaczyć. Kolejna kwestia to chociażby stereotypowe traktowanie i założenie, że kobiety z niepełnosprawnościami nie mogą lub nie powinny prowadzić aktywnego życia seksualnego. To często się wiąże niestety z mało kulturalnymi komentarzami. To również infantyilizowanie pacjentek z niepełnosprawnościami, traktowanie ich niezgodnie z wiekiem biologicznym, jako wieczne dzieci, albo wyrosnięte dzieci, jak również naruszające godność, a nawet upokarzające. I tutaj ten problem dotyczy nie tylko tego, że całkowicie bezprawnie narusza się czyjąś godność z uwagi na jego niepełnosprawność. Dochodzi do takich sytuacji, że kobieta jest obrażana przez personel medyczny z uwagi na wielkość bądź budowę piersi na zasadzie stwierdzenia: „Tym, to kochana nie wykarmisz”. Pacjentki z niepełnosprawnościami oczekują, aby nie czuły się dyskryminowane, niewłaściwie traktowane, czy wręcz obrażane w gabinetach. Dlatego konieczne jest jak najszersze przygotowanie personelu do współpracy z nimi, poprzez uwrażliwienie pracowników na kwestię niepełnosprawności i trudności życiowych poszczególnych osób.

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



Pani Magdalena Gajda, założycielka Fundacji „OD-WAGA”, która działała przeciw dyskryminacji chorych na otyłość zbierała informacje z całej Polski i zamieszczała je później na stronie internetowej Fundacji. Skala dyskryminacji i stygmatyzacji, z jaką mierzą się chorzy na otyłość jest ogromna. Występuje nieuprawnione przerzucanie odpowiedzialności za rozwój tej choroby na poszczególnych chorych. Lekarze oczekują, że chorzy mogą doprowadzić do samowyleczenia tej choroby. Cały czas pojawiają się, czy to w przestrzeni publicznej, czy w gabinetach lekarskich zalecenia dotyczące leczenia tej choroby pod postacią sloganu: „mniej jedz, więcej się ruszaj”, które doskonale wiemy z wyników badań naukowych, że nie tylko nie prowadzą do poprawy stanu zdrowia, ale wręcz w wyniku adaptacji metabolicznej prowadzą do dalszego postępu choroby. Wszyscy Państwo doskonale znacie to zjawisko pod postacią, tak zwanego „efektu jo-jo”. To kolejna forma dyskryminacji i stygmatyzacji, bo następuje opisywanie poważnej sytuacji, gdzie mamy do czynienia z postępowaniem choroby otyłościowej, w postaci skojarzenia z zabawką dziecięcą. W żadnym innym obszarze medycyny nigdy nie doszło do takiej sytuacji, żebyśmy coś opisywali od nazwy zabawki, a tutaj cały czas to nieuprawnione porównanie funkcjonuje. Ono jest nieuprawnione ze względu na charakter, czyli na to, że mamy do czynienia z postępowaniem choroby otyłościowej oraz także w ogóle na sam sposób zachowania masy ciała, bo po redukcji w wyniku restrykcji kalorycznej nie dochodzi nigdy do powrotu do wyjściowej masy ciała, a do dalszego postępu choroby otyłościowej, czyli do wzrostu



masy ciała. Niestety opisywana sytuacja doprowadza do coraz większej tragedii. W chwili obecnej w Polsce choruje na otyłość około 8-10 milionów obywateli. To są liczby czasami trudno policzalne. Już co czwarty, co piąty dorosły obywatel naszego kraju choruje na otyłość. Szczególna tragedia dzieje się wśród dzieci, które chorują na otyłość. Jako społeczeństwo nie podejmujemy żadnych wysiłków organizacyjnych, żadnych wysiłków systemowych, żeby leczyć tych chorych i zapobiegać powikłaniom otyłości. Otyłość prowadzi do 200 różnego rodzaju powikłań. Najczęstszym powikłaniem otyłości jest cukrzyca typu drugiego. W Polsce szacuje się, że około 3 miliony osób choruje na cukrzycę typu drugiego. Jeżeli udałoby się tych chorych wyleczyć z otyłości, nie mielibyśmy cukrzycy typu drugiego. Musimy pamiętać również o tym, że wiele zachorowań na nowotwory złośliwe w naszym kraju jest spowodowanych tym, że nie leczymy chorych na otyłość. Wiemy, że otyłość przyczynia się do wzrostu częstości występowania nowotworów złośliwych, a i leczenie umożliwia nam redukcję częstości ich występowania.

Z inicjatywy Polskiego Towarzystwa Leczenia Otyłości, a wraz z Ministerstwem Zdrowia opracowaliśmy całościowo program KOS BMI 30 plus i przekazaliśmy go Ministerstwu. Program został poddany konsultacjom publicznym w listopadzie 2023 r. Do dzisiaj program ten nie został wdrożony. Pojawiły się deklaracje i obietnice, że Ministerstwo wróci do pracy zarówno nad wprowadzeniem programu KOS BMI 30 plus, jak i przedłużeniem programu KOS-BAR, który był dedykowany chirurgicznemu leczeniu chorych na otyłość. Obecnie osiem milionów chorych na otyłość jest w naszym kraju leczonych wyłącznie paliatywnie, a jest to całkowite zaprzeczenie tego, czego nauczono nas na studiach. Wyraźnie nas uczono, że leczeniem podstawowym, pierwszoplanowym jest leczenie przyczynowe. W przypadku chorego na otyłość, która jest powikłana cukrzycą typu drugiego, podstawą terapii jest leczenie otyłości. Tymczasem nasi chorzy nie mają takiej możliwości. To niestety skutkuje daleko idącymi konsekwencjami ekonomicznymi dla naszego kraju, bo leczenie powikłań z oczywistych powodów musi być znacznie droższe.

### *Prof. Lucyna Ostrowska, Prezes Polskiego Towarzystwa Leczenia Otyłości*

Choroba otyłościowa, mam wrażenie, jest chorobą przezroczystą, ponieważ mało lekarzy ją zauważa, diagnozuje i leczy. Otyłość ma rozpoznanie wg ICD10 - E66, ale mamy wciąż wrażenie, że nie jest postrzegana w kategorii choroby, która ma swój początek, przebieg kliniczny, konkretne leczenie i standardy postępowania. Takie standardy postępowania wydaliśmy jako Polskie Towarzystwo Leczenia Otyłości już w 2022 r. W czerwcu 2024 r. nastąpi nowelizacja standardów leczenia choroby otyłościowej. W zaleceniach bardzo konkretnie napisaliśmy, jak tę chorobę diagnozować, kto powinien to robić i jaka powinna być opieka nad pacjentem. A powinna to być opieka w ramach zespołów terapeutycznych, oparta o leczenie zarówno nefarmakologiczne, jak i farmakologiczne. Leczenie otyłości zawieszamy na czterech filarach. Dostępne metody leczenia otyłości obejmują modyfikację stylu życia wraz z ograniczeniami dietetycznymi i zwiększeniem aktywności fizycznej, terapię psychologiczną (behawioralną), leczenie farmakologiczne oraz operacyjne (bariatryczne). Wybór metody leczenia zależy od stopnia otyłości oraz oceny ryzyka chorób towarzyszących. Terapia żywieniowa, to nie jest jedynie zalecona dieta (nie są to na pewno żadne „diety cud”), nie jest to również odesłanie pacjenta do dietetyka, żeby on leczył tę chorobę, bo to nie jego rola, on ma za zadanie sprawdzenie nawyków żywieniowych pacjenta oraz ich modyfikację w sposób długoterminowy. Choroba otyłościowa jest chorobą przewlekłą, bez tendencji do samoistnego ustępowania, za to jest to choroba niezmiernie szybko potrafiąca nawracać. Zespołem terapeutycznym



powinien kierować lekarz, bo to on powołany jest do rozpoznania każdej choroby, w tym również choroby otyłościowej oraz ustalenia strategii jej leczenia. Rozpoznanie wydaje się być proste, ponieważ wystarczy pacjenta zważyć i zmierzyć jego wzrost na wadze lekarskiej oraz obwód pasa (centymetrem). Problemem jest, że w większość gabinetów lekarskich nie ma wagi do 300 kg, więc tak naprawdę u części pacjentów wystąpią kłopoty z postawieniem właściwego rozpoznania stopnia rozwoju tej choroby (bo teoretycznie chorobę widać tzw. „gołym okiem”). Część gabinetów nie ma też profesjonalnego wzrostomierza. Natomiast na pytanie skierowane do pacjenta, ile ma on wzrostu, zawsze uzyskamy subiektywną odpowiedź (zwykle zawyża swój wzrost, a zaniża masę ciała). W wyniku tego, otrzymujemy nieadekwatne policzenie prostego, choć niedokładnego wskaźnika BMI. Wskaźnik BMI (Body Mass Index) daje każdemu możliwość szybkiego i wygodnego obliczenia własnego wskaźnika masy ciała. BMI obliczamy dzieląc masę ciała (w kilogramach) przez wzrost do kwadratu (w metrach) – otyłość rozpoznajemy jeśli  $\geq 30$  kg/m<sup>2</sup>. BMI jest jednym z uznanych wskaźników określających stan odżywienia, ale niestety nie wystarczającym. Dlaczego mówię, że jest to wskaźnik niedokładny, bo nie uwzględnia on płci oraz nie szacuje dokładnie zawartości oraz dystrybucji tkanki tłuszczowej. W dodatku jest wskaźnikiem, który mierzy tylko masę ciała, a istotą tej choroby nie jest masa ciała ale nadmiar tkanki tłuszczowej. A na podstawie wielkości i rozmieszczenia w ustroju tkanki tłuszczowej możemy szacować ryzyko metaboliczne u pacjenta. Tak więc diagnostyka podstawowa jest w przypadku otyłości możliwa, ale zbyt rzadko wykonywana. Mamy też problem z zlecaniem w koszyku badań podstawowych (przez lekarza rodzinnego), oznaczeń biochemicznych, które są potrzebne u pacjenta chorującego na otyłość, w celu szacowania jego ryzyka metabolicznego oraz już istniejących powikłań. Mówię tutaj o dokładnym przebadaniu gospodarki węglowodanowej, czyli oznaczeniu pacjentowi glikemii na czczo oraz posiłkowej lub OGTT (po obciążeniu glukozą, jeśli jeszcze pacjent nie choruje na cukrzycę typu 2). Często chcemy też wiedzieć, z jakim pacjentem mamy do czynienia, np. z jakim wydzielaniem insuliny na czczo i po-posiłkowo, jaki ma on wskaźnik HOMA-IR. Musimy pacjentowi zrobić również panel diagnostyczny markerów wątrobowych. Chcemy, żeby pacjent miał oznaczoną gospodarkę lipidową (w zakresie triglicerydów oraz cholesterolu LDL i HDL). Dodatkowo pacjent może mieć zaburzoną gospodarkę purynową i potrzebujemy oznaczenia kwasu moczowego. Zwykle jest to pacjent, który ma także niedobory witaminy D, więc jest istotne, żeby miał oznaczone stężenie tej witaminy we krwi. Niestety często te badania pacjent wykonuje na własny koszt. Chcemy również wykonać podstawowe badanie EKG.

Jeśli chodzi o leczenie farmakologiczne, żyjemy w dobie przełomu leczenia choroby otyłościowej. Dysponujemy coraz bardziej precyzyjnymi lekami, jeśli chodzi o kontrolę ośrodka sytości i głodu, kontrolę ośrodka nagrody, jak również lekami precyzyjnie zmniejszającymi powikłania metaboliczne. Są to leki z grupy inkretyn. W tej chwili mamy zarejestrowane trzy leki inkretynowe, a mianowicie liraglutyd, semaglutyd oraz tirzepatyd. Nie są one jeszcze refundowane w leczeniu otyłości, ale są dostępne w aptece na pełnopłatną receptę. Jako Polskie Towarzystwo Leczenia Otyłości zabiegamy o refundację przynajmniej tego najtańszego w tej chwili leku. Rozmawiamy i doprecyzowujemy z Ministerstwem Zdrowia zakres wskazań refundacyjnych zarówno leku i jak i grupy, którą moglibyśmy objąć refundacją. A przypomnę dorosłych Polaków z chorobą otyłościową mamy w tej chwili około 9 mln. Niestety refundacji dla wszystkich chorych, nie udźwignie żaden system opieki zdrowotnej. Dlatego zastanawiamy się, czy nie powinni to być pacjenci, którzy mają BMI powyżej 35 kg/m<sup>2</sup> oraz czynniki ryzyka, albo już występujące choroby będące powikłaniami choroby otyłościowej (np. nadciśnienie tętnicze, cukrzyca typu 2, choroby układu sercowo naczyniowego, bezdech senny i inne, a WHO uznało około 200 takich powikłań).

**Dr Jakub Gierczyński, MBA, Ekspert systemu ochrony zdrowia**

W 2018 r. kobiety w Polsce mogły oczekiwać, że przeżyją w zdrowiu (bez ograniczonej sprawności) 64,3 lat (79% długości życia). Różnica w oczekiwanej długości życia w zdrowiu kobiet w Polsce (3,8 lat) jest obecnie największa w krajach UE.<sup>16</sup> Tylko co czwarta kobieta powyżej 50. roku życia była aktywna zawodowo (26,2%) w 2019 r.<sup>17</sup> Według danych ZUS w 2020 r. świadczenia wypłacone kobietom związane z niezdolnością do pracy (renty, absencje chorobowe, zasiłki) wyniosły ok. 21 mld zł i stanowiły 49,2% wydatków ogółem. Co ciekawe – kobiety generowały więcej absencji chorobowej, ale mniej rent, w porównaniu z mężczyznami. W populacji żeńskiej największy udział wydatków stanowiły wydatki związane z opieką położniczą z powodu stanów związanych głównie z ciążą (O26) – 21,0%, z reakcjami na ciężki stres i zaburzenia adaptacyjne (F43) – 3,5%, zaburzeniami korzeni nerwowych (G54) i ostrymi zakażeniami dróg oddechowych (J06) – po 2,8% oraz schizofrenią (F20) i innymi chorobami krążka międzykręgowego (M51) – po 2,4%.<sup>18</sup>



Należy jednak przypominać na każdej debacie Medycznej Racji Stanu, że wg. najnowszych danych Eurostat i OECD wydatki na zdrowie w Polsce w 2021 r. były najniższe w Unii Europejskiej, zarówno w zakresie wydatków na głowę mieszkańca 1 733 Euro PPP (średnia EU – 4 tys. Euro PPP), jak i odsetka PKB – 6,4% (średnia EU – 11% PKB).<sup>19</sup> Jestem przekonany, że gdy Ministerstwo Zdrowia i Narodowy Fundusz Zdrowia w Polsce mieliby takie fundusze do wydania na zdrowie, to przy naszej wydajności systemu (bo od lat osiągamy przyzwoite wyniki zdrowotne pomimo chronicznego niedofinansowania), byłibyśmy w czołówce krajów w zakresie wydolności i jakości systemu ochrony zdrowia. Zdrowie musi być finansowane adekwatnie do potrzeb medycznych Polaków. Nie możemy oczekiwać europejskiej skuteczności, dostępności, jakości i terminowości zabezpieczenia świadczeń zdrowotnych mając obecny poziom finansowania systemu ochrony zdrowia w Polsce. Wg GUS, w 2022 r. w Polsce wydano ok. 206 mld zł publicznych i prywatnych środków na zdrowie, co stanowiło 6,7% Produktu Krajowego Brutto, gdy średnia OECD wynosiła w 2022 r. 9,2% PKB. W 2022 r. Polacy wydali na ochronę zdrowia aż 52 mld zł z prywatnych kieszeni.<sup>20</sup>

W ostatnich paru latach znacząco poprawił się dostęp refundacyjny do skutecznego leczenia. Według danych Ministra Zdrowia w 2021 r. refundacją objęto 68 nowych cząsteczko-wskazań, w 2022 r. refundacją objęto 115 nowych cząsteczko-wskazań, w 2023 r. 145 nowych cząsteczko-wskazań ogółem, a do kwietnia 2024 r. zrefundowano 52 nowych cząsteczko-wskazań ogółem. Należy dalej

<sup>16</sup> Raport „Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania”. PZH 2020 <http://bazawiedzy.pzh.gov.pl/wydawnictwa>

<sup>17</sup> Osoby powyżej 50. roku życia na rynku pracy w 2019 roku GUS 2021 <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/rynek-pracy/opracowania/osoby-powyzej-50-roku-zycia-na-ryнку-pracy-w-2019-roku,19,4.html>

<sup>18</sup> Wydatki na świadczenia z ubezpieczeń społecznych związane z niezdolnością do pracy w 2020 r. ZUS 2021 <https://www.zus.pl/baza-wiedzy/statystyka/opracowania-tematyczne/wydatki-na-swiadczenia-z-ubezpieczen-spoecznych-zwiazane-z-niezdolnoscia-do-pracy>

<sup>19</sup> OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2023), Poland: Country Health Profile 2023, State of Health in the EU, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/f597c810-en>

<sup>20</sup> Wydatki na ochronę zdrowia w latach 2020–2022 GUS <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie/wydatki-na-ochrone-zdrowia-w-latach-2020-2022,27,3.html>

sukcesywnie refundować nowe terapie oraz poszerzać wskazania refundacyjne już refundowanych terapii o nowe populacje lub nowe wskazania kliniczne, w tym wskazania off-label. Należy wykorzystać wszystkie ścieżki refundacyjne leków: ustawę refundacyjną, Fundusz Medyczny oraz leki o ugruntowanej skuteczności i standardami postępowania na wniosek Ministra Zdrowia.

## 4. Wnioski i rekomendacje

Wniosek	Rekomendacja
Kobiety stanowią 49,7% populacji świata, 51,1% ludności UE i 51,7% mieszkańców Polski. Zapewnienie im równego dostępu do edukacji, opieki zdrowotnej, zasobów gospodarczych i pracy jest podstawowym warunkiem wzmacniania roli kobiet w zrównoważonym rozwoju.	Zdrowie każdej kobiety powinno być priorytetem. Każda kobieta powinna pamiętać o regularnych badaniach, które pozwalają na wczesne wykrycie chorób. Rekomendowane jest dbanie o zdrowie fizyczne, ale także o stan psychiczny i emocjonalny kobiet w Polsce.
Opieka koordynowana w Podstawowej Opiece Zdrowotnej (POZ) nie jest idealnym rozwiązaniem, dlatego jest realizowana tylko w ok. 30 procentach POZ. Reforma POZ wymaga dalszych działań postulowanych przez środowisko POZ.	Rekomendowane jest wprowadzenie w całym kraju projektu EPiD, czyli edukacja, profilaktyka i diagnostyka, który może prowadzić do zmniejszenia kolejek i upodmiotowienia pacjentów w POZ.
Rak piersi odpowiada rocznie w Polsce za ok. 18 tys. nowych zachorowań i ok. 7 tys. zgonów. Szczyt zachorowań występuje u kobiet w wieku 50-69 lat. 1 na 8 kobiet zachoruje na ten nowotwór w ciągu swojego życia.	Rekomendowany jest <ul style="list-style-type: none"> <li>• adekwatny dostęp do programu lekowego i sacituzumabu govitecanu w terapii potrójnie ujemnego raka piersi,</li> <li>• dostęp refundacyjny do abemacyklibu w leczeniu wczesnej postaci raka piersi.</li> </ul>
Terapia z wykorzystaniem limfocytów T z chimerycznymi receptorami antygenowymi, inaczej terapia komórkowa CAR-T, może być bardzo pomocna w leczeniu niektórych rodzajów raka, w przypadku, gdy zawiodły inne metody leczenia. Terapia CAR-T stanowi obecnie szansę dla pacjentów z agresywnymi nowotworami krwi.	Rekomendowany jest: <ul style="list-style-type: none"> <li>• adekwatny do potrzeb dostęp pacjentów do terapii CAR-T w ramach programów lekowych</li> <li>• refundacja terapii CAR-T w nowych, wskazaniach hematologicznych oraz leczeniu guzów litych – raka trzustki, raka piersi czy glejaka wielopostaciowego.</li> </ul>
Cukrzyca typu 2 jest najbardziej powszechną chorobą przemiany materii, dlatego też uznaje się ją za chorobę cywilizacyjną. Prowadzi do wielu powikłań.	Rekomendowany jest adekwatny do potrzeb pacjentów dostęp do semaglutynu w terapii cukrzycy typu 2.
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. W Polsce, co czwarta osoba jest otyła	Rekomendowane jest: <ul style="list-style-type: none"> <li>• wprowadzenie Programu kompleksowej opieki specjalistycznej nad świadczeniobiorcami leczonymi z powodu otyłości olbrzymiej (KOS-BAR) do koszyka świadczeń gwarantowanych po skutecznym pilotażu,</li> <li>• rozpoczęcie programu pilotażowego w zakresie kompleksowej opieki</li> </ul>

<p>(BMI&gt;30), a otyłość olbrzymią (BMI&gt;40) ma ok. 300 tys. osób.</p>	<p>specjalistycznej nad świadczeniobiorcami leczonymi z powodu otyłości KOS-BMI 30 PLUS.</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). 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 celem eliminacji wirusa HCV do 2030 r.</p>	<p>Rekomendowane jest wdrożenie Narodowego Programu Eliminacji Zakażeń HCV opartego na:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• wykonaniu rocznie ok. 3 mln przesiewowych badań kasetkowych w całym kraju w kierunku wykrycia wirusa HCV,</li> <li>• przeleczeniu terapią bezinterferonową ok. 12-13 tys. zidentyfikowanych pacjentów rocznie.</li> </ul>
<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. rozwinie 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, nosicieli HIV).</p>
<p>Rządowy program polityki zdrowotnej pt. „Leczenie antyretrowirusowe osób żyjących z wirusem HIV w Polsce na lata 2022-2026” w sposób wzorcowy refunduje diagnostykę i terapię osób żyjących z wirusem HIV w Polsce.</p>	<p>Rekomendowane jest utrzymanie i kontynuacja refundacji diagnostyki i terapii HIV/AIDS w ramach rządowego programu polityki zdrowotnej pt. „Leczenie antyretrowirusowe osób żyjących z wirusem HIV w Polsce na lata 2022-2026”.</p>
<p>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).</p>	<p>Rekomendowana jest refundacja publiczna:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• mirabegronu we wskazaniu: II linia farmakologicznego leczenia objawów zespołu pęcherza nadreaktywnego u dorosłych chorych uprzednio leczonych lekami antymuskarynowymi,</li> <li>• zabiegu rekonstrukcji zwieraczy w terapii nietrzymania gazów i stolca, jako powikłania porodu u kobiet.</li> </ul>

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

### *Sacituzumab govitecan w terapii potrójnie ujemnego raka piersi*

Rak piersi był w roku 2020 najczęściej diagnozowanym spośród nowotworów złośliwych na świecie. W Polsce sytuacja jest podobna. Według danych z Krajowego Rejestru Nowotworów w 2017 r. w Polsce stwierdzono 18 529 nowych zachorowań na ten nowotwór, a z powodu raka piersi zmarło 6670 kobiet. Szczyt zachorowań występuje u kobiet w wieku 50-69 lat. 1 na 8 kobiet zachoruje na ten nowotwór w ciągu swojego życia. Podział molekularny ma znaczenie dla ustalenia dalszego postępowania terapeutycznego, odbywa się poprzez ocenę: ekspresji receptorów ER, ekspresji receptorów PgR oraz statusu receptora HER2. Uwzględniając powyższe, czyli ocenę ekspresji receptorów, raka piersi możemy podzielić na 4 główne podtypy: HR+/HER2- (Luminal A), HR+/HER2+ (Luminal B), HR-/HER2+ (HER2-enriched) oraz HR-/HER2 (TNBC). Potrójnie ujemny rak piersi (TNBC, triple-negative breast cancer) to nowotwór, który nie wykazuje obecności receptorów estrogenowych (ER), receptorów progesteronowych (PgR) i nadekspresji ludzkiego naskórkowego receptora typu 2 (HER2, human epidermal receptor 2) w ocenie immunohistochemicznej. Ujemne wyniki oceny tych parametrów oznaczają, że proliferacja (rozwój) komórek tego nowotworu i jego progresja nie są stymulowane przez receptory dla estrogeny i progesteronu ani poprzez receptor HER2. Rak potrójnie ujemny stanowi około 10-15% wszystkich nowotworów piersi. Według danych z Narodowego Instytutu Onkologii w Warszawie w latach 2016–2018 w Polsce pierwotne TNBC stanowiły 9,6%, a rozsiane (czyli z przerzutami) - 17,9%. TNBC, jest podtypem biologicznym raka piersi charakteryzującym się najgorszym rokowaniem i najczęstszym występowaniem u chorych w młodszym wieku. Wynika to z samej biologii komórek nowotworowych, charakteryzujących się większą dynamiką wzrostu, większą złośliwością kliniczną, czy niższym zróżnicowaniem komórek nowotworu, ale również z braku możliwości zastosowania wielu terapii systemowych skutecznych w innych podtypach biologicznych raka piersi, takich jak hormonoterapii czy terapii anty-HER2 (Human epidermal growth factor receptor 2 -receptor ludzkiego naskórkowego czynnika wzrostu). Wobec tego bardzo ważny jest dalszy rozwój terapii systemowych dostępnych dla tej grupy chorych. Przeciwnowotworowe leczenie systemowe (inaczej „układowe”) polega na stosowaniu leków podawanych w taki sposób, by działały na cały organizm. Obecnie można wskazać trzy główne sposoby przeciwnowotworowego leczenia systemowego: chemioterapia, czyli leczenie cytotoksyczne (powodujące śmierć komórek); hormonoterapia, czyli celowe oddziaływanie na produkcję/działanie hormonów (rzadko wywołuje śmierć komórek, ale często powoduje zatrzymanie ich rozwoju – leczenie cytostatyczne); leczenie biologiczne, czyli wpływające na działanie układu odpornościowego i ukierunkowane na określone cele molekularne (np. szczególnie receptory na powierzchni komórek). Część przypadków TNBC ściśle wiąże się z zaburzeniami genów BRCA i ich produktów białkowych. W grupie kobiet z mutacją w genie BRCA1 75% rozpoznawanych raków piersi ma postać raka potrójnie ujemnego. Ogólna charakterystyka TNBC to: agresywny przebieg kliniczny, bardzo ograniczona liczba opcji terapeutycznych, gorsze prognozy przeżycia 5-letniego w porównaniu do innych podtypów molekularnych, oraz wyższym ryzykiem występowania przerzutów do narządów trzewnych (najczęściej płuca - 40%, mózg - 30%, wątroba - 20%, kości - 10%), występuje częściej u kobiet młodszych, w wieku przed-menopauzalnym. Wytyczne europejskie (ESMO - European Society of Medical Oncology) rekomendują u pacjentek we wczesnym

stadium choroby zastosowanie chemioterapii. Gdy pacjentka przestaje odpowiadać na leczenie i pojawiają się przerzuty, rekomendowane są inhibitory PARP (w przypadku wystąpienia mutacji BRCA), immunoterapia lub kontynuowana jest chemioterapia. W kolejnym etapie preferowaną opcją jest terapia lekiem - sacituzumab govitecan lub w przypadku braku jego dostępności - chemioterapia. Pacjentki z przerzutowym TNBC (mTNBC) gorzej odpowiadają na chemioterapię niż pacjentki z innymi podtypami. Pozytywna odpowiedź na to leczenie uzyskiwana jest u maksimum 10-15% chorych z mTNBC. Mediana przeżycie całkowitego (OS) dla pacjentek z mTNBC leczonych konwencjonalną chemioterapią to 9-12 miesięcy. Lek został zarejestrowany przez EMA w listopadzie ubiegłego roku. W dniu 25 lutego lek sacytuzumab govitekan został ujęty w opublikowanym przez Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych wykazie technologii lekowych o wysokim poziomie innowacyjności na rok 2022. Zgodnie z opinią Rady Przejrzystości Agencji sacytuzumab govitekan zakwalifikowany został do kategorii A, czyli technologii przewidzianych do finansowania w ramach Funduszu Medycznego w pierwszej kolejności. Dzięki decyzji Ministra Zdrowia opublikowanej w obwieszczeniu refundacyjnym nr 66 od dnia 1 listopada 2022 r. sacytuzumab govitekan będzie refundowany publicznie w ramach programu lekowego B.9.FM „LECZENIE CHORYCH NA RAKA PIERSI (ICD-10: C50)” we wskazaniu „Leczenie II lub III linii przerzutowego potrójnie ujemnego w przypadku pacjentów, którzy wcześniej otrzymali co najmniej dwie linie leczenia systemowego”. Jest to technologia lekowa o wysokim poziomie innowacyjności finansowana z Funduszu Medycznego.<sup>21</sup>

### *Perspektywy terapii CAR-T*

Terapia z wykorzystaniem limfocytów T z chimerycznymi receptorami antygenowymi, inaczej terapia komórkowa CAR-T, może być bardzo pomocna w leczeniu niektórych rodzajów raka, w przypadku gdy zawiodły inne metody leczenia. Istotą terapii komórkowej CAR-T jest genetyczna modyfikacja komórek odpowiedzialnych za odpowiedź odpornościową, zwanych limfocytami T, tak by potrafiły identyfikować i niszczyć komórki nowotworowe. W tym celu limfocyty T są pobierane z krwi pacjenta i modyfikowane w warunkach laboratoryjnych poprzez dodanie genu receptora znanego jako CAR, który sprawia, że limfocyty T wiążą się z określonym białkiem, pełniącym rolę antygeny, na komórkach nowotworowych. Zsyntetyzowane w ten sposób komórki CAR-T są następnie ponownie podawane pacjentowi, co umożliwia jego układowi odpornościowemu walkę z nowotworem. Od września 2021 r. terapia CAR-T jest refundowana w ramach programu lekowego leczenia chorych na ostrą białaczkę limfoblastyczną. Dodatkowo od maja 2022 r. jest dostępna w ramach programu lekowego leczenia chorych na chłoniaki B-komórkowe. Początkowo terapia CAR-T w leczeniu chłoniaków była objęta programem lekowym *Leczenie chorych na chłoniaki rozlane z dużych komórek B oraz inne chłoniaki B-komórkowe* (załącznik B.93. do Obwieszczenia), od stycznia 2023 r. ten program lekowy został włączony do programu lekowego *Leczenie chorych na chłoniaki B-komórkowe* (załącznik B.12.).<sup>22</sup> Od września 2023 r. terapia CAR-T jest refundowana w III lub kolejnych liniach leczenia terapią CAR-T (breksukabtagen autoleucel) u dorosłych pacjentów z opornym lub nawrotowym chłoniakiem

<sup>21</sup> <https://www.gov.pl/web/zdrowie/obwieszczenie-ministra-zdrowia-z-dnia--20-pazdziernika-2022-r-w-sprawie-wykazu-refundowanych-lekow-srodkow-spozywczych-specjalnego-przeznaczenia-zywniowego-oraz-wyrobow-medycznych-na-1-listopada-2022-r>

<sup>22</sup> NFZ o zdrowiu. Monitorowanie zaawansowanych kosztocłonnych terapii nowotworów krwi na podstawie danych NFZ: tisagenlecleucel i aksykabtagen cyloleucel. NFZ 2023 <https://ezdrowie.gov.pl/17861>

z komórek płaszczka (MCL), którzy uprzednio otrzymali co najmniej dwie linie leczenia systemowego, w tym inhibitor kinazy tyrozynowej Brutona. Terapia CAR-T stanowi obecnie szansę dla pacjentów z agresywnymi nowotworami krwi. Badacze mają nadzieję, że w przyszłości znajdzie ona zastosowanie również w nowych wskazaniach hematologicznych oraz leczeniu guzów litych – raka trzustki, raka piersi czy glejaka wielopostaciowego.

### *Abemacyklid w leczeniu wczesnej postaci raka piersi*

Rak piersi jest najczęściej występującym nowotworem złośliwym u kobiet – według KRN, stanowił 23% wszystkich nowo rozpoznanych nowotworów w 2019 r. Stanowił on też drugą przyczynę zgonów na nowotwory złośliwe, tuż po nowotworze płuc. Rokowanie w raku piersi zależy m.in. od stadium zaawansowania nowotworu oraz konkretnego podtypu molekularnego. Najczęściej spotykany jest rak hormonozależny, diagnozowany we wczesnym stadium. Wczesny rak piersi oznacza taki etap choroby, w którym nie ma jeszcze przerzutów odległych. Celem terapii wczesnego raka piersi jest całkowite wyleczenie. Zaawansowany rak piersi to choroba z przerzutami. Zaawansowany rak piersi nie może być całkowicie wyleczony, celem terapeutycznym jest wydłużenie przeżycia pacjenta i utrzymanie go w jak najlepszej jakości życia. Populacja pacjentów z diagnozą wczesnego raka piersi nie jest jednorodna - zdarzają się w niej również pacjenci z bardziej rozwiniętą chorobą – np. mający przerzuty do licznych węzłów czy większy rozmiar guza. Czynniki te przyczyniają się do gorszego rokowania. Mimo wczesnego stadium, u tych pacjentów choroba jest groźniejsza - w tej grupie pomimo dostępnego leczenia nawrót choroby występuje u nawet 30% osób. Nawrót występuje najczęściej w postaci przerzutów odległych, co czyni chorobę nieuleczalną. Możemy z dużym prawdopodobieństwem określić, czy u danego pacjenta występuje wysokie ryzyko nawrotu choroby, korzystając z cech kliniczno-patologicznych takich jak m.in. podtyp molekularny guza, liczba zajętych lokalnych węzłów chłonnych, stopień złośliwości guza czy wielkość zmiany nowotworowej i dzięki temu dostosować terapię tak, aby jak najskuteczniej zredukować u niego podwyższone ryzyko wystąpienia nawrotu choroby. Rak piersi wiąże się z poważnymi konsekwencjami zarówno dla chorego, jego rodziny, jak i społeczno-ekonomicznymi. Z perspektywy pacjenta deficyt zdrowia odbija się na wszystkich aspektach jego życia. W przypadku wczesnej postaci choroby, przebyte leczenie może pozostać jedynie epizodem zakończonym trwałym wyleczeniem, powrotem do pełnego zdrowia, ról społecznych, zdolności do pracy - pełni normalnego funkcjonowania. W przypadku zaawansowanego raka piersi jest to choroba nieuleczalna, wymagająca długotrwałej farmakoterapii i monitorowania, mogąca tym samym prowadzić do wypadania z ról społecznych, obniżenia jakości życia, cierpienia – wiążąca się ze znacznym obciążeniem psychicznym chorego, wymagająca wsparcia psychologicznego. Konsekwencje społeczne i ekonomiczne raka piersi są znaczne, mimo że rokowanie raka piersi na przestrzeni ostatnich lat bardzo się poprawiło dzięki dostępowi do innowacyjnych terapii, które zmieniają oblicze tej choroby. Konsekwencje obejmują zarówno koszty dla systemu ochrony zdrowia, jak i systemu ubezpieczeń społecznych i całej gospodarki kraju – wynikają z przedwczesnych zgonów, rent z tytułu niezdolności do pracy, absenteizmu i prezenteizmu zarówno samych chorych jak i ich opiekunów. W tym kontekście kluczowe jest podkreślenie, że im szybciej, na wcześniejszym etapie zdiagnozowana jest choroba, tym większa szansa na całkowite wyleczenie pacjenta i tym samym uniknięcie systemowych kosztów wygenerowanych przez trwałą niezdolność do pracy, renty i straty spowodowane przedwczesnymi zgonami.



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

W 2018 r. Komisja Europejska wydała zgodę na stosowanie abemacyklibu w skojarzeniu z hormonoterapią w leczeniu uzupełniającym dorosłych pacjentów we wczesnym stadium raka piersi wykazującego ekspresję receptora hormonalnego (ang. hormone receptor, HR) i niewykazującego ekspresji receptora typu 2. dla ludzkiego naskórkowego czynnika wzrostu (ang. human epidermal growth factor receptor 2, HER2), z przerzutami do węzłów chłonnych, z wysokim ryzykiem wystąpienia nawrotu.<sup>23</sup> Abemacyklib to pierwszy i jedyny inhibitor CDK4 i 6 w terapii HR+, HER2- wczesnego raka piersi z wysokim ryzykiem nawrotu. Pozytywna opinia Europejskiej Agencji Leków zapadła w oparciu o wyniki badania 3 fazy monarchE1, które osiągnęło swój pierwszorzędowy punkt końcowy w drugiej pośredniej analizie skuteczności, wykazując statystycznie istotną poprawę w zakresie przeżycia

<sup>23</sup> <https://ec.europa.eu/health/documents/community-register/html/h1307.htm>

wolnego od choroby inwazyjnej (IDFS). W listopadzie 2019 r. Prezes AOTMiT wydał pozytywną rekomendację dotyczącą objęcia refundacją abemacyklibu w skojarzeniu z inhibitorami aromatazy we wskazaniu: „Leczenie raka piersi”.<sup>24</sup> Zgodnie z danymi z raportu Modern Healthcare Institute z 2020 r. obserwowane w ostatnich latach przyspieszenie wydawania decyzji refundacyjnych zahamowało narastające opóźnienia związane z zaleceniami onkologicznych wytycznych klinicznych. Aby utrzymać ten dobry trend w Polsce konieczne jest sukcesywne obejmowanie refundacją nowych opcji terapeutycznych - zgodnie z raportem o ok. 25% w skali roku.<sup>25</sup>

### *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/m<sup>2</sup> 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 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.

<sup>24</sup> [https://bipold.aotm.gov.pl/assets/files/zlecenia\\_mz/2019/193/REK/rp\\_102\\_2019\\_verzenio\\_nsai\\_mkp\\_zaczerniona.pdf](https://bipold.aotm.gov.pl/assets/files/zlecenia_mz/2019/193/REK/rp_102_2019_verzenio_nsai_mkp_zaczerniona.pdf)

<sup>25</sup> <https://www.mzdrowie.pl/wp-content/uploads/2020/08/raport-onkologia-0826.pdf>

## *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.<sup>26</sup> Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z 1 czerwca 2023 r. pilotaż został przedłużony do grudnia 2024.<sup>27</sup> 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. Dodatkowo, KOS-BAR został całkowicie sfinansowany z podatku cukrowego. Do programu mogą zostać zakwalifikowani pacjenci o:

- 1) BMI  $\geq$  40 kg/m<sup>2</sup> w wieku od 18 do 65 roku życia z rozpoznaniem ICD-10: E66.0 Otyłość spowodowana nadmierną podażą energii;

<sup>26</sup> 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>

<sup>27</sup> 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-swadczeniobiorcami-leczonymi-z-powodu-otylosci-olbrzymie.html>

- 2) BMI 35-40 kg/m<sup>2</sup>, 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. ośrodkach w całej Polsce, a do czasu podsumowania programu przez Ministerstwo Zdrowia podczas Forum Rynku Zdrowia (październik 2023) zakwalifikowano do niego 2 747 pacjentów, natomiast u 2 495 wykonano zabieg bariatryczny. Istnieje duża potrzeba kontynuowania programu, na co wskazują również doniesienia lekarzy oraz samych pacjentów. Jak podkreśla prof. Piotr Major ze Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie, który aktywnie uczestniczył w organizacji programu i jest zaangażowany w jego realizację "Otyłość skraca życie i zabija, a najskuteczniejszą i najtrwalszą metodą jej leczenia jest chirurgia bariatryczna. Jednocześnie należy pamiętać, że sama operacja bariatryczna jest jedynie szansą dla pacjenta, a nie rozwiązaniem. Jedynym sposobem na wyleczenie otyłości jest kompleksowe leczenie, angażujące specjalistów z różnych dziedzin (m.in. chirurga, internistę, kardiologa, diabetologa, endokrynologa, anestezjologa, ginekologa, ortopedę, dietetyka, psychologa, rehabilitanta, koordynatora). Otyłość jest chorobą na całe życie, nawet jeśli pacjent znacznie zredukuje wagę".

### **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.<sup>28</sup> 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

<sup>28</sup> 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>

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 (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.<sup>29</sup> 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.<sup>30</sup> 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.<sup>31</sup>

### ***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

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

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

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

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.<sup>32</sup> 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.<sup>33</sup> 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 krajów, które nie osiągnęły minimalnego progu 50% do roku 2020.<sup>34</sup> 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.<sup>35</sup> 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.<sup>36</sup>

### ***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

<sup>32</sup> Stanowisko Polskiego Towarzystwa Epidemiologów i Lekarzy Chorób Zakaźnych, Polskiego Towarzystwa Hepatologicznego i Polskiego Towarzystwa Medycyny Rodzinnej w zakresie diagnostyki zakażeń HCV w ramach podstawowej opieki zdrowotnej. Agnieszka Mastalerz-Migas, Robert Flisiak, Jarosław Drobnik, Krzysztof Tomaszewicz, Małgorzata Pawłowska. Lekarz POZ 4/2021 <https://www.termedia.pl/Stnowisko-Polskiego-Towarzystwa-Epidemiologow-i-Lekarzy-Chorob-Zakaznych-Polskiego-Towarzystwa-Hepatologicznego-i-Polskiego-Towarzystwa-Medycyny-Rodzinnej-w-zakresie-diagnostyki-zakazen-HCV-w-ramach-,98,45393,0,1.html>

<sup>33</sup> [https://www.who.int/hepatitis/news-events/07\\_towards-elimination-Dr-Gottfried-Hirnschall.pdf?ua=1](https://www.who.int/hepatitis/news-events/07_towards-elimination-Dr-Gottfried-Hirnschall.pdf?ua=1)

<sup>34</sup> 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>

<sup>35</sup> <https://www.who.int/publications/i/item/9789240019003>

<sup>36</sup> <https://statystyki.nfz.gov.pl/DrukPrograms>

proc. pacjentów, tzn. rozwinie się u nich półpasiec. Można więc przyjąć, że tak ogromny odsetek populacji Polski jest potencjalnie narażony na rozwinięcie 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 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.<sup>37</sup>

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.<sup>38</sup>

### **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

<sup>37</sup> Raport pt. Półpasiec oczami pacjentów. Zapobieganie, Leczenie, Powikłania. MZdrowie 2024  
<https://www.mzdrowie.pl/wp-content/uploads/2024/02/01-polpasiec-2024-www.pdf>

<sup>38</sup> <https://www.gov.pl/web/psse-przeworsk/szczepionka-przeciw-polpascowi-objeta-50-refundacja>



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 rozpoznawień 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 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.<sup>39</sup>

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

<sup>39</sup> 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/](https://aids.gov.pl/krajowy_program/2022-2/)

są wszystkie osoby zakażone HIV i chore na AIDS przebywające na terytorium RP, niezależnie od statusu ubezpieczeniowego.<sup>40</sup>

### *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 wiotczeją. Prowadzi to do różnych patologii, takich jak nietrzymanie moczu. Jest to problem nawet kilku milionów kobiet w Polsce i może nie tylko obniżać 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 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).<sup>41</sup>

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,

<sup>40</sup> 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>

<sup>41</sup>

[https://bipold.aotm.gov.pl/assets/files/zlecenia\\_mz/2018/175/AWA/175\\_AWA\\_OT\\_4330\\_14\\_2018\\_Betmiga\\_08.11.2018.pdf](https://bipold.aotm.gov.pl/assets/files/zlecenia_mz/2018/175/AWA/175_AWA_OT_4330_14_2018_Betmiga_08.11.2018.pdf)

OAB).<sup>42</sup> 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.

### *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 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 rodowego 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 odroczonej napraw zwieraczy, to jest napraw wykonywanych w odległym czasie po porodzie, jest ich malejąca skuteczność wraz z upływem czasu. Wczesne naprawy zwieraczy uszkodzonych podczas

<sup>42</sup> <https://www.astellas.com/pl/system/files/2021-10/Betmiga%20Chpl%20na%20stron%C4%99%20internetow%C4%85%20Astellas.pdf>

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.

## 6. Tezy dla Zdrowia

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

### 1. PRZYJĘCIE ZASADY „ZDROWIE W POLITYCE”

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## 7. WPROWADZENIE ZASADY RÓWNOŚCI PODMIOTÓW LECZNICZYCH WOBEC PŁATNIKA – NFZ

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

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

Najpilniejsze zadania w tym zakresie to wprowadzenie:

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

Alternatywne rozwiązanie to wprowadzenie ubezpieczeń komplementarnych na zasadach solidaryzmu społecznego.

## 9. POWOŁANIE FUNDUSZU WALKI Z RAKIEM

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

## 10. POWOŁANIE FUNDUSZU NA RZECZ CHOROÓB RZADKICH I ULTRARZADKICH

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

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

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

## **12. PROPAGOWANIE WIEDZY NA TEMAT SKUTECZNEGO ZAPOBIEGANIA CHOROBY 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 POZIOMIE POZ I STWORZENIE PROGRAMU WSPARCIA OPIEKI ŚRODOWISKOWEJ**

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

## **14. POWOŁANIE EUROPEJSKIEJ UNII ZDROWIA**

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

## **15. UTRZYMANIE ZASADY OBOWIĄZKOWOŚCI SZCZEPIEŃ OCHRONNYCH W POLSCE**

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

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

## **16. PROMOCJA POLSKI PRZEZ ZDROWIE**

Dotychczasowe doświadczenia projektów z zakresu zdrowia promujących Polskę wskazują na dużą efektywność tego typu działań, szczególnie w państwach biedniejszych (Afryka, Azja Środkowa). Proponujemy, by w ramach promocji Polski za granicą, jako stały element, oprócz działań w zakresie

kultury i nauki, włączyć działania prozdrowotne promujące polskie przedsięwzięcia w dziedzinie medycyny (leczenie słuchu, kardiologia, kształcenie pielęgniarek, itp.).

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

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

1. Powitaj pacjenta – podaj mu rękę na przywitanie.
2. Skup, choć kilka minut, tylko na nim swoją uwagę – dając do zrozumienia, że w tym czasie on jest najważniejszy dla ciebie i zbij 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. Pełnij 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 zaświadcza o zbieżności swoich celów z celami pacjenta stosownie do jego potrzeb, oczekiwań i życzeń oraz zgodnie z jego wolą, światopoglądem i filozofią życia.
7. Traktuj zawsze pacjenta podmiotowo w sposób holistyczny, nie oddzielając jego części fizycznej od psychicznej i duchowej, bowiem stanowią one jedną nierozdzielalną całość.

### KONTAKT

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

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



*SPONSORZY*



*PARTNER*



*PARTNER HONOROWY*



*PATRONAT MEDIALNY*

