



# Medyczna Racja Stanu

Honorowy Patronat Ks. Kardynała Kazimierza Nycza

## I Spotkanie Rady Ekspertów ds. Chorób Zakaźnych Medycznej Racji Stanu

27 lipca 2020 r.

Choroby zakaźne stają się coraz większym wyzwaniem dla systemów ochrony zdrowia w Polsce i na świecie. W ostatnich latach walka z chorobami zakaźnymi straciła należyty sobie status wśród priorytetów Ministerstwa Zdrowia w Polsce. Na czoło wybiły się tematy powiązane z bezpośrednim wpływem na śmiertelność jak: onkologia, kardiologia, itp. Tymczasem działania zmierzające do przeciwdziałania chorobom zakaźnym i ich skutkom zeszły na plan dalszy. Dofinansowanie szpitali zakaźnych zmniejszyło się, brakuje zarówno działań profilaktycznych skierowanych do samych pacjentów, jak i szerokiego społeczeństwa. Dodatkowo resort zdrowia i uczelnie medyczne nie robią wiele, aby uatrakcyjnić tę dziedzinę medycyny wśród młodych lekarzy i studentów medycyny, co w konsekwencji prowadzi do zmniejszającej się stale liczby kandydatów do tej specjalizacji. W przeszłości bywały momenty, gdy na choroby zakaźne zwracano większą uwagę. Tak było, gdy wybuchła epidemia HIV, czy gdy znacząco rosła liczba zakażeń HBV i HCV, które stanowią bezpośrednią przyczynę występowania wirusowych zapaleń wątroby typu B i C. Polska może w tej dziedzinie pochwalić się wieloma sukcesami. Osoby żyjące z HIV są od lat objęte narodowym programem polityki zdrowotnej, który stanowi modelowy przykład działań służących za wzór nie tylko w kraju, lecz także za granicą. Pacjenci z WZW C mają do dyspozycji bardzo skutecznie działający program lekowy, dający im dostęp do najnowocześniejszych i najskuteczniejszych terapii.

Wydaje się, że epidemia COVID-19 na powrót zwróciła uwagę decydentów na problemy chorób zakaźnych na świecie. Problem związany z rozprzestrzenianiem się koronawirusa spowodował zwiększenie działań w dziedzinie chorób zakaźnych, jednak w Polsce tylko tych związanych bezpośrednio COVID-19. Zaangażowanie lekarzy chorób zakaźnych do walki z epidemią koronawirusa spowodowało, że przestano dostrzegać inne choroby zakaźne. Wydane zostało rozporządzenie zabraniające lekarzom zatrudnionym w szpitalach jednoimiennych zajmowania się innymi pacjentami, niż chorzy na COVID-19. Pacjenci ze zdiagnozowanym zakażeniem HCV nie

mają się dziś gdzie leczyć. Znacząca liczba ośrodków dedykowanych do leczenia WZW C nie przyjmuje dziś nowych pacjentów. Liczba rozpoczynanych terapii spadła niemal do zera, a pacjenci potrzebujący leczenia nie mają gdzie zwrócić się po pomoc. Lekarze na co dzień zajmujący się chorymi na WZW, to ci sami specjaliści, którzy dziś stoją na pierwszej linii walki z koronawirusem. Brakuje rąk do pracy z pacjentami hepatologicznymi. Pandemia COVID-19 pokazała, jak bardzo dotkliwe - zdrowotnie, społecznie i ekonomicznie są konsekwencje szerzenia się chorób zakaźnych, w obliczu braku szczepień profilaktycznych. Pandemia pokazała również jak istotne jest rozszerzenie kalendarza szczepień ochronnych o kolejne szczepienia, podobnie jak to ma miejsce w innych krajach Unii Europejskiej.

### **Wirusowe Zapalenie Wątroby Typu C**

Wirusowe zapalenie wątroby typu C (WZW typu C, HCV) jest chorobą przewlekłą wywołaną przez wirus HCV (hepatitis C). Wirus ten został zidentyfikowany w 1989 r. Można się nim zakazić przez krew, gdy dochodzi do naruszenia ciągłości tkanek. Dzieje się tak głównie przy zabiegach medycznych i pozamedycznych, stomatologicznych, transfuzji krwi, zabiegach kosmetycznych, fryzjerskich, manicure, tatuażu, czy medycy estetycznej. Dzisiaj na zakażenie najbardziej narażone są osoby, które m.in. były wielokrotnie hospitalizowane, używały lub używają narkotyków, pracują w ośrodkach medycznych, przechodziły transfuzje krwi. W przypadku większości osób z wirusem (ok. 75-80%), po ok. 6 miesiącach od zakażenia, dochodzi do fazy przewlekłej zakażenia, co oznacza, że choroba będzie postępować i prowadzić do poważnych następstw. Zakażenie HCV przebiega bezobjawowo, przez nawet 20-30 lat nie dając charakterystycznych objawów, a tymczasem prowadzi ono do marskości i nawet do raka wątroby. Według WHO, na świecie żyje ok. 70 mln z przewlekłym HCV. W Polsce liczba ta szacowana jest na 150 tys. osób. Z czego, aż 80% nie jest świadoma swojej choroby, nieświadomie powodując dalsze zakażenia.

Na WZW typu C nie ma szczepionki, ale obecnie jest to jedyna z chorób przewlekłych, którą da się całkowicie wyleczyć. Przełom w terapii WZW C osiągnięto w 2016 r. po wprowadzeniu do praktyki klinicznej leków z tzw. grupy DAA (Direct Acting Antivirals) – czyli leków działających bezpośrednio na wirusa HCV. To leki o blisko 100% skuteczności, bezpieczne dla pacjenta i podawane tylko przez 8 tygodni (wcześniej używano w leczeniu WZW C terapii opartej o interferon, która była bardzo obciążająca dla organizmu, skuteczna w ok. 50% i trwała kilkadziesiąt tygodni). To bardzo dobry standard leczenia, zgodny z wytycznymi europejskich towarzystw naukowych, dzięki któremu lekarze mogą wyleczyć niemal każdego pacjenta. Dzisiaj specjaliści dysponują czterema opcjami terapeutycznymi, w tym pangenotypową terapią 8-tygodniową. Terapie te dostępne są w ośrodkach, w których realizowany jest program lekowy leczenia przewlekłego WZW typu C terapiami bezinterferonowymi (B71), co oznacza, że są one dostępne dla pacjenta bezpłatnie, a do tego bez kolejek – to duży sukces w tej dziedzinie, a eksperci mówią często o przełomie w medycynie. Krótkie terapie dostępne w ramach opcji terapeutycznych są szczególnie ważne również dziś, kiedy na co dzień zmierzamy się z pandemią koronawirusa. To dzięki nim pacjent może być wyleczony szybciej, przez co odbywa mniej wizyt w ośrodkach leczenia, jest mniej narażony na inne zakażenia i choroby. Zmniejsza to również wykorzystanie zasobów w szpitalach - bardzo już obciążonych ze względu na pacjentów z COVID-19. Zarówno z punktu widzenia specjalistów hepatologów, lekarzy chorób zakaźnych, jak

i pacjentów – jest to wartość, która jest nie do przecenienia, szczególnie w dobie koronawirusa. To wielki sukces rządu, który należy kontynuować dla dobra polskich pacjentów i ich rodzin.

W drodze do eliminacji wirusa ze społeczeństwa kluczowa jest wczesna diagnoza osób zakażonych oraz poddanie ich, finansowanemu przez państwo, leczeniu. Brakuje jednak funduszy na profilaktykę i testowanie. Przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby typu C jest główną przyczyną raka wątrobowokomórkowego, a wywołujący chorobę wirus HCV może przez wiele lat niszczyć wątrobę, nie dając jednoznacznych objawów. Wciąż wielu Polaków żyje z zakażeniem, nie zdając sobie z tego sprawy. W większości państw EU wdrożone zostały narodowe plany eliminacji HCV, w Polsce nawet lekarz rodzinny nie może wciąż zlecić badania wykrywającego zakażenie.

### **Zakażenia rotawirusowe**

Walka z zakażeniami rotawirusowymi jest codziennością wielu polskich Rodzin. Każde niezaszczepione przeciwko rotawirusom dziecko do ukończenia 5 r.ż. przejdzie infekcję. W wyniku zachorowań powodowanych przez rotawirusy, w Polsce rocznie odnotowuje się około 250 tys. zachorowań i ponad 50 tys. hospitalizacji. Wirus jest bardzo zakaźny, atakuje nie tylko dzieci, lecz także wszystkie osoby znajdujące się w ich otoczeniu: rodzinę, opiekunów, personel medyczny, w rezultacie czego nawet całe placówki medyczne, przedszkola, czy żłobki mogą być wyłączane z normalnego funkcjonowania, co jest szczególnie niebezpieczną sytuacją, przypominającą nieco zdarzenia w okresie obecnej pandemii COVID-19.

Hospitalizacje z powodu infekcji rotawirusowych generują znaczne koszty medyczne dla systemu ochrony zdrowia, które sięgają ponad 130 mln zł rocznie, oraz dodatkowe koszty pośrednie, wynikające z absencji rodziców w pracy w wysokości ponad 40 mln zł rocznie. Tymczasem, koszty finansowania szczepienia wszystkich nowo urodzonych dzieci przeciwko rotawirusom można szacować na ok 70 mln zł rocznie. Wprowadzenie powszechnych, obowiązkowych szczepień przeciwko rotawirusom, pozwoliłoby na uzyskanie oszczędności, przewyższających znacząco koszty szczepień, już od drugiego roku od wprowadzenia powszechnego szczepienia, co potwierdzają dane z krajów, które już zdecydowały się na to rozwiązanie. Trudno jest zidentyfikować w obszarze szczepień profilaktycznych inną technologię o tak szybkim zwrocie z inwestycji.

Rodzice dzieci są świadomi istniejących możliwości w zakresie ochrony przed zakażeniami rotawirusowymi. Zgodnie z przeprowadzonym przez KANTAR badaniem opinii społecznej, ponad 70% matek uważa, że szczepienie przeciw rotawirusom powinno być włączone, jako obowiązkowe do Programu Szczepień Ochronnych, dzięki czemu byłoby bezpłatne dla rodziców.

Wprowadzenie obowiązkowego szczepienia przeciwko rotawirusom do Programu Szczepień Ochronnych jest rekomendowane przez Zespół ds. Szczepień Ochronnych przy Ministrze Zdrowia, Głównego Inspektora Sanitarnego, Radę Sanitarno-Epidemiologiczną, Narodową Radę Rozwoju przy Prezydencie RP, Głównego Inspektora Sanitarnego, Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (AOTMiT), jak i szeroko rozumiane środowisko naukowe.

Wprowadzenie powszechnego szczepienia przeciwko rotawirusom nabiera szczególnego znaczenia w aktualnym kontekście pandemii COVID-19, gdyż pozwoliłoby uniknąć znacznej liczby zakażeń i hospitalizacji, co zmniejszyłoby liczbę kontaktów dzieci i rodziców z placówkami opieki

zdrowotnej. Mniejszy kontakt z placówkami ochrony zdrowia - to jak wiadomo również mniejsze narażenie na zakażenia wewnątrzszpitalne, w tym również na możliwą transmisję zakażenia COVID-19.

### **Eliminacja nowotworów HPV zależnych**

Jednym z największych wyzwań w obszarze poprawy wskaźników zdrowotnych w onkologii w Polsce jest wyeliminowanie raka szyjki macicy oraz innych nowotworów zależnych od zakażenia HPV. Zgodnie z danymi Krajowego Rejestru Nowotworów w Polsce, rocznie na ten nowotwór choruje 2,5 tys. kobiet, 1,6 tys. z nich umiera, natomiast roczna liczba zachorowań na wszystkie nowotwory związane z zakażeniem HPV w Polsce to niemal 10 tys. rocznie. Niezmiernie istotne jest, że 65% zakażeń, np. w przypadku raka szyjki macicy dotyczy kobiet w wieku produkcyjnym, co ma znaczący wpływ na ich życie społeczne i zawodowe.

Możliwość eliminacji czynnika sprawczego, jakim jest zakażenie HPV dzięki zastosowaniu szczepienia ochronnego nakazuje stawiać pytanie, jak należy realizować profilaktykę pierwotną schorzeń zależnych od HPV. Całkowite wyeliminowanie zagrożenia związanego z zakażeniami HPV wymaga wytworzenia odporności zbiorowiskowej poprzez uzyskanie wysokiego wskaźnika zaszczepienia w populacji docelowej młodych dziewcząt oraz skuteczną realizację badań przesiewowych w grupie kobiet dojrzałych niekwalifikujących się do szczepienia.

Przykładem kraju, w którym udało się osiągnąć najwięcej w tej kwestii jest Australia. 2 października 2018 roku w czasopiśmie „The Lancet Public Health” opublikowano wyniki badania, z którego wynika, że Australia może być pierwszym krajem, który dzięki prowadzonym od ponad 10 lat powszechnym szczepieniom przeciw wirusowi brodawczaka ludzkiego (HPV) oraz badaniom przesiewowym może zlikwidować zachorowania na raka szyjki macicy. Obecnie w Australii rejestrowanych jest siedem przypadków raka szyjki macicy na 100 000 kobiet, podczas gdy w Polsce jest on dwukrotnie wyższy.

Opublikowana na początku 2020 r. Narodowa Strategia Onkologiczna (NSO) zakłada wprowadzenie szczepień przeciwko HPV dziewczynek - od 2021 (22) roku i chłopców - od 2026 r. Nie precyzuje ona jednak, modelu wprowadzenia i finansowania szczepienia. Biorąc pod uwagę, że właściwa decyzja kierunkowa została podjęta, obecnie należy zdecydować, jaki jest najbardziej właściwy model finansowania i realizacji szczepień przeciwko HPV, aby zapewnić powstanie odporności zbiorowiskowej.

Opublikowana przez AOTMiT - Analiza raportów końcowych z realizacji Programów Polityki Zdrowotnej za rok 2018 realizowanych przez Jednostki Samorządu Terytorialnego, wskazuje, że średni poziom zaszczepienia w populacji docelowej dla szczepienia przeciwko HPV wyniósł 54%. Jest to odsetek zbyt niski dla uzyskania odporności zbiorowiskowej, wydaje się, że szanse na większą wyszczepialność stwarza objęcie tego szczepienia finansowaniem w ramach Programu Szczepień Ochronnych, dla których poziom zaszczepienia sięga 95%, zgodnie z danymi Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego.

### **Grypa**

W Polsce należy wprowadzać rekomendacje WHO oraz Ministra Zdrowia, dotyczące potrzeby upowszechniania szczepień przeciw grypie i pneumokokom wśród osób powyżej 60 r.ż. oraz

pacjentów chorujących przewlekłe. Powinno to być umożliwione poprzez szereg rozwiązań systemowych. W pierwszej kolejności powinno być zabezpieczone wsparcie finansowe dla najbardziej potrzebujących i zagrożonych grup populacyjnych. Może to być realizowane poprzez pełne finansowanie szczepionek przeciw grypie dla pacjentów powyżej 75 r.ż. oraz umieszczenie ich na liście leków bezpłatnych dla 75+. Warto również wprowadzić rozszerzenie wskazań refundacyjnych dla szczepień przeciwko grypie – np. 50% finansowanie szczepionek przeciw grypie dla pacjentów powyżej 60 r.ż. (obecnie wskazanie refundacyjne obejmuje populację 65+). W ramach Programu Cięża+ powinna być refundowana ochrona kobiet w ciąży poprzez finansowanie szczepionek przeciw grypie (umieszczenie szczepionek przeciw grypie na liście leków w tym programie). W modelu opieki kluczowe jest skrócenie ścieżki pacjenta w realizacji szczepień. Warto również rozszerzyć kompetencje pielęgniarek o możliwość przeprowadzenia badania kwalifikacyjnego przed szczepieniem przeciw grypie dorosłych (co jest szczególnie istotne w obecnym sezonie grypowym, gdy jest ograniczony dostęp do usług w placówkach medycznych). W przyszłości należy rozważyć możliwość realizacji szczepień w innych miejscach niż placówki medyczne, np. w aptekach.

W walce z infekcjami istnieje potrzeba zabezpieczenia bezpieczeństwa osobistego oraz realizacji ciągłości i dostępności usług medycznych i funkcjonowania Państwa. Szczepienia przeciw grypie (później może również przeciw COVID-19) powinny przede wszystkim objąć pracowników ochrony zdrowia oraz służb publicznych takich jak: straż pożarna, policja, wojsko, itp. Należy wypracować rekomendacje realizacji szczepień przeciw grypie w placówkach medycznych, jako usług masowych w dobie COVID-19.

W zakresie Programu Szczepień Ochronnych - w zakresie szczepień obowiązkowych i zalecanych (PSO) istnieje pilna konieczność rozwoju kalendarza szczepień dla najmłodszych. To przede wszystkim wprowadzenie szczepionki typu 6 w 1 w celu uproszczenia realizacji szczepień obowiązkowych (rozwój PSO lub refundacja apteczna szczepionki) oraz finansowanie szczepień przeciw grypie dla dzieci z grup ryzyka do 5 r.ż.

## **Zapobieganie HIV i zwalczanie AIDS**

Polityka Państwa w zakresie zapobiegania HIV i zwalczania AIDS została określona w Krajowym Programie Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczania AIDS. Od wdrożenia badań w 1985 r. do 30 września 2019 r. zarejestrowano w Polsce ok. 25 tys. przypadków zakażenia HIV, ok. 4 tys. przypadków zachorowania na AIDS, a ok. 1,4 tys. chorych zmarło. W 2019 r. punkty konsultacyjno-diagnostyczne w Polsce wykonały testy przesiewowe u ok. 42 tys. osób. Celem Programu polityki zdrowotnej Ministra Zdrowia pt.: „Leczenie antyretrowirusowe osób żyjących z wirusem HIV w Polsce na lata 2017-2021” (NPLA) jest ograniczenie skutków epidemii HIV/AIDS poprzez zapewnienie skutecznego leczenia antyretrowirusowego (ARV). Właściwie prowadzone leczenie ARV powoduje zmniejszenie zapadalności na HIV i śmiertelności z powodu AIDS oraz zmniejszenie zakaźności osób zakażonych HIV dla populacji osób zdrowych, a tym samym ograniczenie transmisji wirusa (w tym szczepów lekoopornych). Wprowadzenie do terapii nowej grupy leków poprawiło radykalnie rokowanie i przeżywalność pacjentów zakażonych HIV. Współczesne leki antyretrowirusowe (ARV) spowolniły rozwój AIDS. Niemniej jednak przy wykorzystaniu aktualnie używanych leków ARV terapia antyretrowirusowa stosowana

w przypadku zakażenia HIV (ang. Highly Active AntiRetroviral Therapy, HAART) musi być stosowana codziennie, od momentu rozpoczęcia leczenia do końca życia. Ze względu na potencjalne działania niepożądane wymaga ona stałego monitorowania. Od czasu wprowadzenia skojarzonej terapii antyretrowirusowej dużym problemem stała się oporność na leki i wynikające z tego zmiany leczenia z powodu nieskuteczności immunologicznej, czy też wirusologicznej. Działania uboczne, a szczególnie te pojawiające się po kilkunastu miesiącach lub kilku latach terapii, wymagają monitorowania pacjenta i w miarę możliwości zapobiegania konsekwencjom. Wszystkie aktualnie zarejestrowane leki antyretrowirusowe dają możliwości prowadzenia terapii ARV zarówno w warunkach szpitalnych, jak i ambulatoryjnych. Program leczenia ARV jest programem terapii ambulatoryjnej, o ile nie zaistnieją inne wskazania medyczne do hospitalizacji, które nie zawsze są bezpośrednio związane z zakażeniem HIV. Specyfika leczenia antyretrowirusowego wymaga zachowania ciągłości. Leczenie ARV jest leczeniem wieloletnim, a terapia antyretrowirusowa raz rozpoczęta nie może być przerwana i powinna trwać przez całe życie pacjenta. Przerwy w dostawie i podawaniu leków antyretrowirusowych stanowią zagrożenie życia i zdrowia pacjentów HIV/AIDS i mogą być traktowane jako błąd w sztuce lekarskiej. Poza leczeniem antyretrowirusowym (kontynuacja terapii z lat ubiegłych oraz włączenia nowych pacjentów do HAART w 2019 r.) nieodłącznym elementem Programu była prowadzona diagnostyka specjalistyczna, niezbędna dla właściwego monitorowania prowadzonej terapii ARV.

### **Zakażenia koronawirusem SARS-CoV-2**

Wg. danych Ministerstwa Zdrowia na dzień 22 lipca 2020 r. aktualna liczba chorych wynosiła: 8 381. Liczba osób, które wyzdrowiały to 31 139. Liczba przypadków śmiertelnych – 1 642. Liczba zakażeń od 4 marca 2020 r. wyniosła 41 162. Na stronie <https://www.gov.pl/web/koronawirus> znajdują się aktualne i wiarygodne informacje i zalecenia w zakresie przeciwdziałania zakażeniu oraz trybie postępowania w przypadku podejrzenia zakażenia koronawirusem. Wszystkie publikowane na tej stronie informacje to oficjalne komunikaty potwierdzone przez Ministerstwo Zdrowia lub Główny Inspektorat Sanitarny, opracowane na podstawie danych ECDC oraz WHO.

Kontakt: Anna Jasińska – Rzecznik Medycznej Racji Stanu,  
tel. +48 734 439 122,  
e-mail: [jasinska@greencomm.pl](mailto:jasinska@greencomm.pl)

### **PARTNERZY:**

 abbvie

 GILEAD

 MSD

 SANOFI  
Empowering Life