



**RAPORT:
DEBATA MEDYCZNEJ
RACJI STANU
„ZDROWIE KOBIETY -
BEZPIECZEŃSTWO
RODZINY”**

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



Warszawa
15 listopada 2021 r.

Raport: Zdrowie Kobiety - Bezpieczeństwo Rodziny. Medyczna Racja Stanu, Warszawa, Listopad 2021.

ISBN: 978-83-961477-5-2

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

Autorzy w kolejności alfabetycznej:

1. Prof. Mariusz Bidziński, Kierownik Kliniki Ginekologii Onkologicznej NIO-PIB w Warszawie
2. Marzanna Bieńkowska, Biuro Rzecznika Praw Pacjenta
3. Prof. Paweł Blecharz, Kierownik Kliniki Ginekologii Onkologicznej w NIO Oddział w Krakowie
4. Minister Grzegorz Błazewicz, Zastępca Rzecznika Praw Pacjenta
5. Prof. Paweł Bogdański, Kierownik Katedry i Zakładu Leczenia Otyłości, Zaburzeń Metabolicznych oraz Dietetyki Klinicznej UM w Poznaniu
6. Dr hab. n. med. Anita Chudecka-Głaz, prof. PUM, lekarz kierujący Kliniką Ginekologii Operacyjnej i Onkologii Ginekologicznej Dorosłych i Dziewcząt SPSK2 PUM
7. Prof. Leszek Czupryniak, Kierownik Kliniki Diabetologii i Chorób Wewnętrznych, Warszawski Uniwersytet Medyczny
8. Ks. Władysław Duda, Dyrektor Archidiecezjalnego Zespołu Domowej Opieki Paliatywnej
9. Prof. Dominika Dudek, Kierownik Katedry Psychiatrii UJ CM
10. Poseł Barbara Dziuk, Przewodnicząca Podkomisji Stałej do spraw Onkologii oraz Zespołu ds. Chorób Rzadkich Sejm RP
11. Dr Małgorzata Gałązka-Sobotka, Dyrektor Instytutu Zarządzania w Ochronie Zdrowia Uczelni Łazarskiego
12. Dr Jakub Gierczyński, Ekspert systemu ochrony zdrowia
13. Barbara Górka, Prezes Stowarzyszenia Niebieski Motyl
14. Prof. Małgorzata Kołodziejczak, Prezes Polskiego Klubu Koloproktologii Towarzystwo Naukowe, Kierownik Warszawskiego Ośrodka Proktologii Szpitala św. Elżbiety w Warszawie
15. Prof. Paweł Kowal, Poseł na Sejm RP, Sejmowa Komisja Zdrowia
16. Prof. Brygida Kwiatkowska, Konsultant krajowa w dziedzinie reumatologii
17. Prof. Anna Latos-Bieleńska, Konsultant krajowa w dziedzinie Genetyki Klinicznej
18. Poseł Tomasz Latos, Przewodniczący Sejmowej Komisji Zdrowia
19. Prof. Adam Maciejczyk, Prezes Polskiego Towarzystwa Onkologicznego
20. Dr Beata Małecka-Libera, Senator RP, Przewodnicząca Senackiej Komisji Zdrowia
21. Prof. Artur Mamcarz, Kierownik III Kliniki Chorób Wewnętrznych i Kardiologii WUM
22. Dr Janusz Meder, Prezes Polskiej Unii Onkologii, NIO-PIB w Warszawie
23. Mec. Piotr Mierzejewski, Dyrektor Zespołu Prawa Administracyjnego i Gospodarczego oraz Współprzewodniczący Komisji Ekspertów ds. Zdrowia przy Rzeczniku Praw Obywatelskich
24. Minister Maciej Miłkowski, Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia
25. Joanna Parkitna, Dyrektor Wydziału Oceny Technologii Medycznych w Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
26. Prof. Tadeusz Piętkowski, Kierownik Kliniki Onkologii i Radioterapii CSK MSWiA i Kliniki Onkologii i Chorób Piersi CMKP
27. Redaktor Iwona Schymalla, Medexpress, Służba Zdrowia
28. Dr Wojciech Puzyna, Dyrektor Szpitala Specjalistycznego św. Zofii w Warszawie
29. Aleksandra Rudnicka, Rzeczniczka Polskiej Koalicji pacjentów Onkologicznych
30. Dagmara Samselska, Prezes Fundacji „AMICUS” i Unii Stowarzyszeń Chorych na Łuszczycę i ŁZS
31. Redaktor Iwona Schymalla, Medexpress, Służba Zdrowia
32. Dr Michał Sutkowski, Członek Narodowej Rady ds. Ochrony Zdrowia przy Prezydencie RP, Rzecznik Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce
33. Anna Śliwińska, Prezes Polskiego Stowarzyszenia Diabetyków
34. Dr Urszula Tataj-Puzyna, Położna, Adiunkt badawczo-dydaktyczny Zakładu Położnictwa CMKP
35. Dr Roman Topór-Mądry, Prezes Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
36. Krystyna Wechmann, Członkini Narodowej Rady ds. Ochrony Zdrowia przy Prezydencie RP, Prezes Polskiej Koalicji Pacjentów Onkologicznych
37. Magdalena Władysiuk, Prezes Stowarzyszenia CEESTAHC

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

Wykorzystanie treści raportu pod warunkiem podania źródła: *Raport: Zdrowie Kobiety - Bezpieczeństwo Rodziny. Medyczna Racja Stanu, Warszawa, Listopad 2021.*

Spis treści

1. Medyczna Racja Stanu – misja i działania	4
2. Wprowadzenie, Anna Jasińska, Grażyna Mierzejewska, Medyczna Racja Stanu	10
3. Stanowiska ekspertów przedstawione w trakcie spotkania.....	13
Redaktor Iwona Schymalla, Medexpress, Służba Zdrowia	13
Dr Michał Sutkowski, Członek Narodowej Rady Rozwoju ds. Ochrony Zdrowia przy Prezydencie RP, Rzecznik Kolegium Lekarzy Rodzinnych, MRS	13
Dr Janusz Meder, Prezes Polskiej Unii Onkologii, Narodowy Instytut Onkologii w Warszawie, MRS14	
Prof. Paweł Kowal, Poseł na Sejm RP, Sejmowa Komisja Zdrowia	16
Krystyna Wechmann, Członkini Narodowej Rady ds. Ochrony Zdrowia przy Prezydencie RP, Prezes Polskiej Koalicji Pacjentów Onkologicznych	16
Aleksandra Rudnicka, Rzeczniczka Polskiej Koalicji pacjentów Onkologicznych.....	17
Barbara Górka, Prezes Stowarzyszenia Niebieski Motyl.....	18
Dagmara Samselska, Prezeska Fundacji AMICUS i Unii Stowarzyszeń Chorych na Łuszczycę i ŁZS..	19
Anna Śliwińska, Prezes Polskiego Stowarzyszenia Diabetyków	19
Marzanna Bieńkowska, Biuro Rzecznika Praw Pacjenta	19
Minister Maciej Miłkowski, Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia	21
Prof. Adam Maciejczyk, Prezes Polskiego Towarzystwa Onkologicznego.....	22
Prof. Mariusz Bidziński, Kierownik Kliniki Ginekologii Onkologicznej NIO-PIB w Warszawie	22
Dr hab. n. med. Anita Chudecka-Głaz, prof. PUM, lekarz kierujący Kliniką Ginekologii Operacyjnej i Onkologii Ginekologicznej Dorosłych i Dziewcząt SPSK2 PUM	23
Prof. Paweł Blecharz, Kierownik Kliniki Ginekologii Onkologicznej w NIO Oddział w Krakowie	25
Prof. Tadeusz Pieńkowski, Kierownik Kliniki Onkologii i Radioterapii CSK MSWiA oraz Kliniki Onkologii i Chorób Piersi CMKP.....	25
Prof. Brygida Kwiatkowska, Konsultant krajowa w dziedzinie reumatologii	26
Prof. Dominika Dudek, Kierownik Katedry Psychiatrii UJ CM	27
Prof. Anna Latos-Bieleńska, Konsultant Krajowa w dziedzinie Genetyki Klinicznej	27
Dr Wojciech Puzyna, Dyrektor Szpitala Specjalistycznego św. Zofii w Warszawie	29
Dr Urszula Tataj-Puzyna, Położna, Adiunkt badawczo-dydaktyczny Zakładu Położnictwa CMKP	30
Prof. Małgorzata Kołodziejczak, Prezes Polskiego Klubu Koloproktologii Towarzystwo Naukowe, Kierownik Warszawskiego Ośrodka Proktologii Szpitala św. Elżbiety w Warszawie.....	32

Prof. Paweł Bogdański, Kierownik Katedry i Zakładu Leczenia Otyłości, Zaburzeń Metabolicznych oraz Dietetyki Klinicznej UM w Poznaniu	33
Prof. Leszek Czupryniak, Kierownik Kliniki Diabetologii i Chorób Wewnętrznych, Warszawski Uniwersytet Medyczny.....	34
Prof. Artur Mamcarz, Kierownik III Kliniki Chorób Wewnętrznych i Kardiologii WUM.....	35
Dr Małgorzata Gałązka-Sobotka, Dyrektor Instytutu Zarządzania w Ochronie Zdrowia Uczelni Łązarskiego	37
Dr Roman Topór-Mądry, Prezes Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji	38
Joanna Parkitna, Dyrektor Wydziału Oceny Technologii Medycznych w Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji	38
Dr Beata Małecka-Libera, Senator RP, Przewodnicząca Senackiej Komisji Zdrowia	39
Poseł Tomasz Latos, Przewodniczący Sejmowej Komisji Zdrowia.....	40
Poseł Barbara Dziuk, Przewodnicząca Podkomisji Stałej do spraw Onkologii oraz Zespołu ds. Chorób Rzadkich Sejm RP.....	41
Mec. Piotr Mierzejewski, Dyrektor Zespołu Prawa Administracyjnego Gospodarczego oraz Współprzewodniczący Komisji Ekspertów ds. Zdrowia przy Rzeczniku Praw Obywatelskich.....	41
Ks. Władysław Duda, Dyrektor Archidiecezjalnego Zespołu Domowej Opieki Paliatywnej.....	41
Dr Jakub Gierczyński, Ekspert systemu ochrony zdrowia	43
magdalena Władysiuk, Prezes Stowarzyszenia CEESTAHC.....	44
4. Wnioski i Rekomendacje	48
5. Przykładowe problemy zdrowotne z zakresu zdrowia kobiety	50
Szczepienia przeciwko HPV w efektywnej profilaktyce raka szyjki macicy	50
Sacituzumab govitecan w terapii potrójnie ujemnego raka piersi (TNBC, triple-negative breast cancer).....	51
Niraparab w terapii raka jajnika	53
Dostarlimab w terapii raka endometrium (trzonu macicy).....	54
Toksyna botulinowa w terapii migreny przewlekłej.....	55
Galkanezumab w terapii migreny przewlekłej	56
Semaglutyd we wskazaniu: cukrzyca typu 2, u pacjentów stosujących co najmniej dwa doustne leki hipoglikemizujące lub insulinę bazową w skojarzeniu z co najmniej jednym doustnym lekiem hipoglikemizującym, z HbA1c \geq 8%, z otyłością definiowaną jako BMI \geq 30 kg/m ² oraz z bardzo wysokim ryzykiem sercowo naczyniowym.....	57
System ciągłego pomiaru glikemii metodą skanowania (isCGM) w terapii cukrzycy u kobiet z cukrzycą ciężową i przedciężową	58

Bezpieczeństwo lekowe w Polsce – podstawowe leki w terapii kobiety	60
Zabieg rekonstrukcji zwieraczy w terapii nietrzymania gazów i stolca, jako powikłania porodu u kobiet.....	61
6. Tezy dla Zdrowia Medycznej Racji Stanu.....	62
7. Siedem Zasad Doktora Janusza Medera - Jak zadbać o wzajemne dobre relacje z Pacjentem	66

1. Medyczna Racja Stanu – misja i działania

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

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

Jako współtwórca Medycznej Racji Stanu bardzo cieszę się z faktu, że ochrona zdrowia stała się jednym z głównych tematów kampanii politycznej, dlatego że w demokratycznych społeczeństwach to jest najlepszy sposób, żeby załatwić jakąś sprawę. Bo niezależnie od wyniku wyborów - każdy będzie musiał coś z tym zrobić. Ochrona zdrowia musi skoncentrować na sobie uwagę szerszych grup społecznych, a także polityków. A to jest najważniejsze, bo na końcu to politycy decydują. O to nam chodziło, by zainteresować polityków i to wszystkich partii. Zrozumiałem, że jeżeli tym tematem będą zajmowali się tylko eksperci od ochrony zdrowia, lekarze, nawet menadżerowie ochrony zdrowia, to zawsze temat ten będzie pozostawał w zamkniętym kręgu, ważnym, ale jednak zamkniętym kręgu specjalistów, i że trzeba rozmawiać o tym inaczej, prostszym językiem, rozumiałem dla ludzi, którzy na co dzień nie zajmują się ochroną zdrowia, nie leczą, nie kierują szpitalami, ale którym zależy, bo widzą, że jest to najważniejszy program społeczny. I moim zdaniem, jedynym sposobem, by rozwiązać nabrzmiały problem społeczny, jest otwarcie go na inne środowiska, tak żeby zainteresować nim osoby, którym wcześniej nawet do głowy nie przyszłoby zajmować się tym tematem.



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

Będąc współzałożycielem Medycznej Racji Stanu mam marzenie, aby zdrowie zakotwiczyło się na stałe w polskiej polityce, bo jest jedną z najważniejszych spraw dla Polaków. Regulamin Sejmu powinien zawierać zapis o corocznym exposé premiera, które będzie poświęcone kwestii szeroko pojętej polityki społecznej. Mogło by być wygłaszane w Światowym Dniu Chorego - 11 lutego. Miałoby się odnosić także do aktualnych wyzwań zdrowotnych. Ideą Medycznej Racji Stanu było rozpoczęcie debaty publicznej o ochronie zdrowia. Debata prowadzącej m.in. do tego, aby polski pacjent miał dostęp do takiego leczenia, jak inni pacjenci w Unii Europejskiej. 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 2016-2021 Medyczna Racja Stanu zorganizowała debaty, których celem było stworzenie platformy dialogu „przy okrągłym stole”, zaproponowanie rozwiązań oraz zainicjowanie konkretnych działań w przestrzeni polityki zdrowotnej w Polsce.

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



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

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



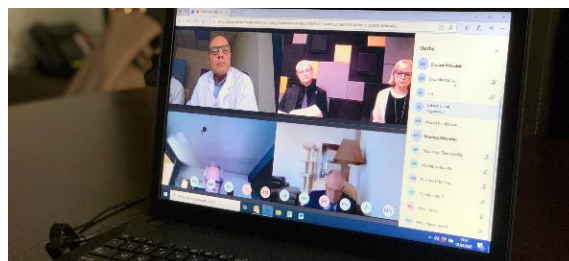
10 października 2019 r. „Czas w Onkologii” - apel o świadomość ryzyka nowotworu każdego z obywateli, czujność onkologiczną lekarzy pierwszego kontaktu, szybki dostęp do nowoczesnej diagnostyki i optymalnych metod terapii.

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



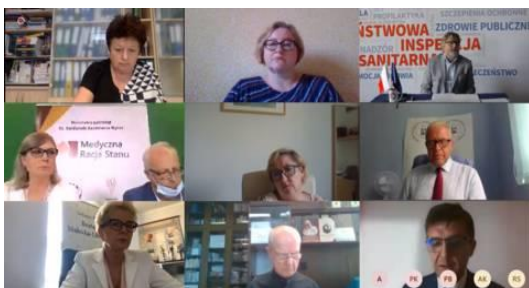
11 grudnia 2019 r. I Spotkanie Rady Ekspertów ds. Chorób Metabolicznych i Przeciwdziałania Otyłości - nadwagę i otyłość ma ponad 20 mln Polaków, na cukrzycę cierpią 3 mln. Najwyższy czas, by wprowadzić system skutecznej profilaktyki i leczenia tych schorzeń w Polsce.

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



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

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



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

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





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

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



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

IV Spotkanie Rady Ekspertów ds. Chorób Rzadkich

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



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

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

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



Spotkanie Rady Ekspertów ds. Neurologii i Psychiatrii



III Spotkanie Rady Ekspertów ds. Onkologii

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

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



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



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

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

Według GUS w czerwcu 2021 r. kobiety stanowiły prawie 52% ludności Polski, co odpowiadało ok. 19,8 mln osób.¹ 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 kobiet, Polki nie do końca dbają o swoje zdrowie, aż połowa z nich nie bada się cyklicznie. 55% kobiet twierdzi, że zdrowo się odżywia.² Kobiety bardziej dbają o zdrowie niż mężczyźni. Większość kobiet (52 proc.) ocenia swój stan zdrowia fizycznego jako bardzo dobry i dobry, jako zły lub bardzo zły - 8 proc. kobiet. Większość kobiet (61 proc.), ocenia swój stan zdrowia psychicznego jako bardzo dobry i dobry. Jako zły lub bardzo zły swój stan zdrowia psychicznego ocenia 11 proc. kobiet. Kobiety są bardziej zestresowane niż mężczyźni. 32 proc. kobiet pali wyroby tytoniowe, a 87% pije alkohol. 50% kobiet nie uprawia żadnego sportu, 28% kobiet pije napoje słodzone co najmniej kilka razy w tygodniu, 34% - jada codziennie owoce, a zaledwie 30% - warzywa. 50% kobiet ma problem z nadmierną masą ciała – 29% ma nadwagę, a 21% cierpi na otyłość.³

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 z mężczyznami 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

¹ Ludność. Stan i struktura ludności oraz ruch naturalny w przekroju terytorialnym (stan w dniu 30.06.2021) GUS

<https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/ludnosc/ludnosc-ian-struktura-ludnosc-i-ruch-naturalny-w-przekroju-terytorialnym-ian-w-dniu-30-06-2021,6,30.html>

² Raport – Polki 2021 – Nowe wartości na nowe czasy. <https://www.gedeonrichter.pl/aktualnosci/raport-polki-2021-nowe-wartosci-na-nowe-czasy/>

³ Narodowy Test Zdrowia Polaków 2020 Raport <https://www.nn.pl/dam/zasoby/raporty/Narodowy-Test-Zdrowia-Polakow-2020-raport.pdf>

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.⁴ Nowotwory złośliwe stanowią drugą przyczynę zgonów w Polsce powodując w 2018 roku 23,1% zgonów kobiet. Stanowią one istotny 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 młodych i 48% zgonów kobiet w średnim wieku. W populacji kobiet wiodącymi umiejscowieniami nowotworów nadal pozostają: piersć, płuco i jelito grube (okreźnica, odbytnica i odbyt). 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 kilkukrotnie w ciągu ostatnich trzydziestu lat. Początkowy wzrost umieralności został zahamowany w połowie lat 90 ubiegłego wieku, a w latach 1996–2010 notowano spadek umieralności. 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 raki jelita grubego.⁵ Według prognoz do 2028 r. nastąpi wzrost liczby zachorowań na nowotwory 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 mammografię zgłasza się mniej niż połowa kobiet (w 2016 r. – 40,82%, w 2017 r. – 39,40%).⁶

Choroby autoimmunologiczne dotyczą kobiet aż 2-3 razy częściej niż mężczyźni. Cechą chorób autoimmunologicznych jest to, że pojawiają się przed 30. rokiem życia. Do chorób autoimmunologicznych należy 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, zeszytniające 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 ich 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 różne obawy zdrowotne, np.

⁴ 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>

⁵ Nowotwory złośliwe w Polsce w 2018 roku. KRN http://onkologia.org.pl/wp-content/uploads/Nowotwory_2018.pdf

⁶ 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>

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

Część chorób mózgu dotyka częściej kobiet. Na depresję cierpi około 2 razy więcej kobiet niż mężczyzn. Istotną rolę odgrywają tu czynniki hormonalne, genetyczne i psychospołeczne. Problem występowania depresji poporodowej dotyczy około 7-13% kobiet w połogu. Depresja dotyczy 3,1-4,9% kobiet w ciąży.⁷ Dane NFZ wskazują, że w 2018 r. świadczenia z rozpoznaniem depresji udzielono 631,6 tys. osobom - aż 73% z nich stanowiły kobiety.⁸ Migrena występuje dwa razy częściej w grupie kobiet, niż w grupie mężczyzn, wśród kobiet obserwuje się również jednoznaczny wzrost rozpowszechnienia migreny wraz z wiekiem, a największą wartość oszacowania otrzymano dla wieku około 40. roku życia, a więc w wieku 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, ponieważ doświadczają 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 okres menopauzy, która poza migreną może wywoływać wiele innych dolegliwości.⁹

Bardzo dużym wyzwaniem dla zdrowia kobiet jest nadwaga i otyłość, które odpowiednio dotyczą 31% i 25,7% kobiet. Polska wśród krajów Unii Europejskiej zajmuje 12 miejsce wśród kobiet w kategorii nadwagi i otyłości. Nadwaga i otyłość odpowiada w Polsce za 11,1% wszystkich lat skorygowanych o niepełnosprawność (DALY) - wśród kobiet. Kobiety częściej chorują na cukrzycę niż mężczyźni, choroba ta również nieco inaczej objawia się u nich niż u mężczyzn. W Polsce wśród diabetyków 56 proc. to kobiety, a 44 proc. - mężczyźni. Cukrzyca od 3 do 5 razy zwiększa u kobiet ryzyko zgonu sercowo-naczyniowego. Wiele kobiet dowiaduje się o niej dopiero po przebytych zawale serca. Na dodatek choroba niedokrwienna serca może u nich nieco inaczej przebiegać i powodować inne objawy niż u mężczyzn, co utrudnia jej wykrycie i odpowiednie wczesne leczenie.

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.¹⁰ Tylko co czwarta kobieta powyżej 50. roku życia była aktywna zawodowo (26,2%) w 2019 r.¹¹ Wg 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 kobiet największy udział wydatków stanowiły te 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

⁷ <https://forumprzeciwdepresji.pl/depresja/kazdy-moze-miec-depresje/depresja-u-kobiet>

⁸ NFZ o zdrowiu. Depresja 2020 <https://ezdrowie.gov.pl/portals/home/zdrowe-dane/raporty/nfz-o-zdrowiu-depresja>

⁹ 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>

¹⁰ Raport „Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania”. PZH 2020 <http://bazawiedzy.pzh.gov.pl/wydawnictwa>

¹¹ 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>

zakażeniami dróg oddechowych (J06) – po 2,8% oraz schizofrenią (F20) i innymi chorobami krążka międzykręgowego (M51) – po 2,4%.¹²

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 ekspertów przedstawione w trakcie spotkania

W trakcie debaty okrągłego stołu wypowiedzieli się eksperci kliniczni i systemowi, dziennikarze, politycy oraz przedstawiciele pacjentów.

Redaktor Iwona Schymalla, Medexpress, Służba Zdrowia

W Ramach Medycznej Racji Stanu inaugurujemy kampanię Zdrowie Kobiety – Bezpieczeństwo Rodziny. Dyskutować będziemy o tym, w jakich obszarach decyzje są najważniejsze i jak zapewnić bezpieczeństwo zdrowia kobiet. Kobiety chcą liczyć na dobrą, skoordynowaną opiekę zdrowotną oraz dostęp do innowacyjnych terapii. Pani Marlena Małąg, Minister Rodziny i Polityki Społecznej wspiera nasze działania w zakresie opieki społecznej i aktywizacji zawodowej kobiet oraz zadeklarowała zaangażowanie w kampanię Zdrowie Kobiety - Bezpieczeństwo Rodziny.



Dr Michał Sutkowski, Członek Narodowej Rady Rozwoju ds. Ochrony Zdrowia przy Prezydencie RP, Rzecznik Kolegium Lekarzy Rodzinnych, MRS

Edukacja i profilaktyka powinny być priorytetem lekarza rodzinnego w trakcie opieki nad pacjentkami. Pamiętajmy jednak, że podstawowa opieka zdrowotna to nie tylko lekarze rodzinni, lecz także lekarze pediatrzy i lekarze interniści. Lekarzy rodzinnych w POZ jest ok 30% ogółu. Lekarz POZ powinien zadbać obok profilaktyki i edukacji zdrowotnej o wczesną diagnostykę chorób przewlekłych oraz nowotworów. Bardzo ważne jest jak najszybsze skierowanie do lekarza specjalisty, aby diagnoza była pewna i zaordynowane specjalistyczne leczenie, które może być kontynuowane w warunkach POZ. Lekarz POZ musi być wyczulony u swoich pacjentek na wczesną diagnostykę raka piersi, raka płuca i raka jelita grubego. Musi pamiętać o częstszym występowaniu chorób autoimmunologicznych u kobiet. Bóle głowy u kobiet wymagają diagnostyki w kierunku



¹² 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-swadczenia-z-ubezpieczen-spoecznych-zwiazane-z-niezdolnoscia-do-pracy>

migreny, w tym migreny przewlekłej. Lekarz POZ zwykle kontynuuje terapię chorób przewlekłych zleconą przez lekarza specjalistę, w przypadku części schorzeń inicjuje farmakoterapię. Niewątpliwie bezpieczeństwo lekowe w ostatnim czasie stało się kluczowe, w tym pacjentów szczególnie wrażliwych na niebezpieczeństwo nieuzyskania odpowiednich leków w odpowiednim czasie, czyli pacjentów onkologicznych, diabetologicznych, kardiologicznych – w tym oczywiście kobiet. Bezpieczeństwo farmakologiczne polski to zadanie niewątpliwie złożone i kompleksowe, krajowy przemysł w dużej mierze jest gwarancją tego bezpieczeństwa. To też ocena naszych pacjentów, którzy chcieliby, żeby można było w sytuacjach szczególnych mieć gwarancję realizacji recepty na zaordynowany lek.

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



Od pięciu lat spotykając się w panelach dyskusyjnych Medycznej Racji Stanu i prowadząc merytoryczną dyskusję z decydentami, przyszedł moment, żeby szczególnie naświetlić sytuację kobiet w obliczu chorób cywilizacyjnych. Warto skonfrontować nasze położenie w tych kwestiach w stosunku do Europy. Nie można też zapominać o tym, ile już osiągnęliśmy przez ostatnie kilka lat w kooperacji i życzliwej dyskusji z Ministerstwem Zdrowia, NFZ, czy Parlamentem. Skupiamy się w tym procesie na edukacji społeczeństwa poprzez media, chcielibyśmy, żeby ta misja była intensywnie prowadzona. Promujemy Narodową Strategię Onkologiczną oraz Kodeks Walki z Rakiem, gdzie stawia się przede wszystkim na czujność onkologiczną. Jednocześnie wpływamy na postawy społeczeństwa wobec wszystkich chorób cywilizacyjnych i możliwości zapobiegania im. Światowa Organizacja Zdrowia mówi, że można by uniknąć zachorowania na 40-50% nowotworów, gdyby ludzie chcieli zmienić swój styl życia. Dyskutujemy o dostępie do wysokojakościowej i nowoczesnej diagnostyki, terapii, rehabilitacji i całościowej holistycznej opieki. Zwracamy uwagę na jakość świadczeń i promowanie podmiotów w ochronie zdrowia, które spełniają określone kryteria jakościowe, osiągają najlepsze wyniki leczenia i przede wszystkim zachowują jakość życia pacjentów. Wielokrotnie w naszych debatach poruszaliśmy tematy onkologii. Jesteśmy wdzięczni za zwiększanie dostępu refundacyjnego do nowoczesnych terapii rejestrowanych w Unii Europejskiej. Wyraźnie chcę powiedzieć, że nowotwory są drugą przyczyną śmierci pośród polskiego społeczeństwa, tuż po chorobach kardiologicznych. W przypadku kobiet w wieku największej ich aktywności zarówno zawodowej, jak i funkcji w rodzinie, pomiędzy 25. a 60. rokiem życia pierwszą przyczyną zgonów są nowotwory. Ta tendencja będzie się niestety zwiększała. Jak wiemy, według prognoz epidemiologicznych, czeka nas sytuacja, w której dość szybko nowotwory staną się głównym zabójcą ludzi w XXI wieku. W Polsce już od kilku lat obserwujemy niepokojące zjawisko - rak jest pierwszą przyczyną zgonów kobiet pomiędzy 25. a 60. rokiem życia.

Chcę podkreślić rolę edukacji i jeszcze raz ponowić apel do decydentów, do Ministerstwa Zdrowia, które w tym zakresie musi współdziałać zarówno z NFZ, jak i ZUS. Wielokrotnie podkreślaliśmy rolę liczenia kosztów nie tylko bezpośrednich, lecz także pośrednich. Coraz więcej chorób ma charakter przewlekły i to jest kwestia nie tylko utrzymania przy życiu tych, którzy są w zaawansowanej fazie choroby nowotworowej, ale zapewnienia właściwej jakości życia. Temu służą właśnie nowoczesne terapie. Chcielibyśmy, żeby ten dostęp jeszcze bardziej się zwiększył. Nowoczesne terapie z zakresu terapii celowanych stosowane są w oparciu o badania molekularno-genetyczne. Czyli dostęp do diagnostyki, która ułatwia wprowadzenie terapii celowanej, ukierunkowanej na konkretny podtyp nowotworu i konkretne markery biologiczne jest fundamentalny. O tym mówi Narodowa Strategia

Onkologiczna i to pozwoli na stosowanie terapii zindywidualizowanej na konkretny podtyp nowotworu. Niezależnie od tego, czy jest to rak piersi, jelita grubego, czy jakiegokolwiek inny nowotwór będziemy patrzyli przede wszystkim na markery, które pozwolą na właściwy dobór najskuteczniejszej terapii we wczesnej fazie choroby.

W zakresie czynników ryzyka powstawania nowotworów głównym problemem w ostatnich latach jest palenie tytoniu przez młode kobiety. Znacznie mniej mężczyzn sięga po papierosy i w związku z tym, mają znacznie większe szanse nie tylko na wydłużenia życia, czy nawet wyleczenia ze względu na możliwość wczesnego rozpoznania raka. U kobiet w kilku ostatnich latach nowotwory płuc, jeśli chodzi o zgony, są na pierwszym miejscu, kiedyś był to rak piersi. Obserwujemy, że coraz więcej kobiet na świecie zachorowuje na raka piersi, w związku ze zmianą stylu życia. Między innymi podkreśla się rolę karmienia dzieci piersią. Zachęca się kobiety do dłuższego karmienia piersią. Są twarde dowody naukowe pokazujące, że jest to ochronne działanie, nie mówiąc o zwiększonej odporności dzieci. Mówi się, że przynajmniej powinien być okres jednego roku. Dzisiaj współczesne kobiety bardzo się śpieszą, chcą jak najszybciej wrócić do swoich obowiązków zawodowych i to bardzo dobrze, ale zapominają o tym, że bardzo ważną rolę odgrywa karmienie dzieci piersią. Model współczesnej kobiety, to jest zwykle późne zakładanie rodziny, a jeżeli kobieta rodzi, to najczęściej jedno dziecko. Na podstawie najświeższych danych z Zakładu Epidemiologii Nowotworów wynika, że polepszyły się wyniki leczenia raka piersi w Polsce. Chociaż mimo postępu mamy gorsze wyniki leczenia nowotworów o 10-15 punktów procentowych. To pokazuje, że ciągle zbyt powolnie przystępujemy do wdrażania nowego modelu organizacyjnego opartego na jakości. Jesteśmy w trakcie pilotażu Krajowej Sieci Onkologicznej, która ma spowodować, żeby podmioty, które zakontraktują procesy diagnostyczno-leczniczo-rehabilitacyjne w onkologii był nie tylko w dużych skupiskach miejskich, ale również w mniejszych miastach. Jesteśmy na dobrej drodze, bo jest infrastruktura w postaci przede wszystkim Krajowej Sieci Onkologicznej. Kompleksowość, koordynacja, interdyscyplinarność – już dzisiaj trudno sobie wyobrazić, żeby mogło być inaczej w onkologii. Przyszłością są kliniki narządowe. Ośrodki, gdzie wokół pacjenta pracują wszyscy - diagności, onkolodzy, chirurdzy, radioterapeuci. Bardzo ważna jest instytucja lekarza rodzinnego, ponieważ chorych jest coraz więcej. W tej chwili w Polsce żyje ponad milion pacjentów z rozpoznaniem choroby nowotworowej, gdzie leczenie rozpoczynano 5 - 10 lat temu. To pokazuje w jakim idziemy kierunku. Jest bardzo ważne, żeby lekarz rodzinny po pierwsze wykazywał czujność onkologiczną, nie tylko wtedy, kiedy przychodzi do niego zdrowy pacjent. Będzie wdrażany system motywacyjny, żeby udział pacjenta w realizacji edukacji, prewencji, profilaktyki i badań przesiewowych zwiększał wynagrodzenie lekarza POZ. Nowotwory ginekologiczne - rak szyjki macicy, trzonu macicy, jajnika to bardzo podstępnie postępujące choroby, nie dające na początku ewidentnych objawów. Pragnę podkreślić ważną rolę szczepień przeciwko wirusowi brodawczaka ludzkiego (HPV), jako prewencji rozwoju raka szyjki macicy. Wiemy o tym, że można wprowadzić populacyjny screening, jeśli chodzi o wirusowe zapalenie wątroby typu C, mamy szczepienia przeciwko wirusowemu zapaleniu wątroby typu B i jeżeli nie będziemy edukować i namawiać do takich szczepień nie ograniczymy powstawania raka wątrobowokomórkowego. W naszej dyskusji będziemy chcieli, żeby przede wszystkim zobowiązać decydentów do wdrażania Narodowej Strategii Onkologicznej oraz Krajowej Sieci Onkologicznej. Kobieta, to opoka na której budowany jest dobrostan całego społeczeństwa. Jeżeli nie skupimy swojej uwagi na respektowaniu praw kobiet, na uszanowaniu ich podmiotowości i dostępu do dobrej opieki medycznej, nie zabezpieczymy podstaw rozwoju społeczeństwa. Bardzo bym chciał, aby mężczyźni troszczyli się o zdrowie swojej partnerki.

Prof. Paweł Kowal, Poseł na Sejm RP, Sejmowa Komisja Zdrowia

Dzisiaj otwieramy debatę Medycznej Racji Stanu, która ma za cel zebrać doświadczenia z naszych wszystkich dotychczasowych debat w zakresie zdrowia kobiety. Najważniejsze jest to, że próbujemy dotrzeć do rodziny przez kobiety, które mają kluczowy wpływ na kwestie kształtowania życia rodzinnego, szczególnie pod kątem zdrowotnym. Zwracamy również uwagę na systemowe kwestie dotyczące profilaktyki, wykrywania i leczenia chorób. Ważna jest edukacja oraz zwrócenie uwagi na kwestię żywienia rodziny, na które kobieta ma duży wpływ. Jednak muszę podkreślić, aby nie obarczać odpowiedzialnością kobiet za zdrowie całej rodziny, bo każdy członek rodziny ponosi za siebie odpowiedzialność. Kobiety są liderkami zdrowia rodziny, jednak powinny zadbać przede wszystkim o siebie. We wszystkich naszych działaniach wychodzimy od profilaktyki, pełnej realizacji badań przesiewowych i szczepień, później wczesnego wykrywania choroby i dostępu do skutecznego leczenia. W tym trzeba częściej wykorzystywać medycynę szytą na miarę. Obok działań na poziomie rządowym – centralnym powinno być więcej aktywności samorządów w zakresie zdrowia. Gdy chodzi o kwestię szczepień, kiedy mamy poważne różnice regionalne poważną rolę mógłby odegrać Kościół. Warto zadać pytanie, jaka powinna być rola Kościoła we współczesnym społeczeństwie.



Krystyna Wechmann, Członkini Narodowej Rady ds. Ochrony Zdrowia przy Prezydencie RP, Prezes Polskiej Koalicji Pacjentów Onkologicznych

W szczególnym czasie pandemii, która niesie wiele zagrożeń zdrowotnych, ale też doświadczeń cywilizacyjnych, powinniśmy skupić uwagę właśnie na kwestii zdrowia. Jest to troska o to, abyśmy nie chorowali, a w przypadku zachorowania otrzymali profesjonalną pomoc, zgodną z aktualnym stanem wiedzy medycznej. Równie ważny jest dostęp do nowoczesnej diagnostyki, terapii i rehabilitacji. Od 30 lat przewodzę ruchowi Amazonek - największej organizacji kobiecej w Polsce. Stojąc na czele organizacji pacjentów onkologicznych, doskonale wiem, jaka jest rola kobiety w rodzinie. Włączam się z pełnym przekonaniem w kampanię Medycznej Racji Stanu pt. „Zdrowie Kobiety - Bezpieczeństwo Rodziny”, która pozwala przypomnieć właśnie o tej zależności. Doskonale wiem, że kiedy mówimy chociażby o kampaniach świadomościowych dla kobiet w temacie wczesnego wykrywania raka piersi, to należy przekazywać również do mężczyzn. Chcemy budować wizerunek kobiety – „zdrowotnej egoistki”, która powinna najpierw zadbać o siebie. Wiemy, że zazwyczaj w rodzinach, kobiety troszczą się o siebie na samym końcu. Szczęśliwa i zdrowa mama, to szczęśliwy dom. Tematem ostatniego spotkania członków Narodowej Rady Rozwoju przy Prezydencie RP była profilaktyka. Statystyki pokazują, że badania przesiewowe nie są w pełni realizowane. Mamy różne niedociągnięcia, ale po trzech dekadach mojej pracy, mam poczucie, że tabu raka zostało przełamane. Ludzie już bez wstydu informują, że mają raka. Lekarze też śmieiej i bardziej kompetentnie informują pacjentów o chorobie. Temat profilaktyki i wczesnego wykrywania raka piersi jest mi szczególnie bliski. Nie możemy poprzestać na Narodowym Programie Zwalczenia Chorób Nowotworowych, czy harmonogramie zapisanym w Narodowej Strategii Onkologicznej. Świadczeniodawcy powinni mocniej się zaangażować – edukować, nie tylko posiadać narzędzia do prowadzenia profilaktyki. Wczesne wykrycie nowotworu umożliwia szybkie podanie leku, co przedłuża



życie, dając szansę na wyleczenie. W przypadku chorób nowotworowych nie mówimy już o wyroku, a o chorobie przewlekłej. Moim marzeniem jest 70-cio procentowa zgłaszalność kobiet na badania mammograficzne, w których obecnie nie przekraczamy progu 50-ciu procent. Często podejmujemy temat diagnostyki, leczenia, a zapominamy o rehabilitacji, która jest niezwykle ważna, by zachować dobrą jakość życia. Znam to z doświadczenia moich podopiecznych, które są po operacji związanej z rakiem piersi. Ważne jest również przedłużenie wieku w mammograficznych badaniach przesiewowych w raku piersi dla kobiet do 75. roku życia, obecnie jest do 70. Aktualne wyzwania w onkologii kobiecej to szczepienia przeciw HPV, rak piersi, rak jajnika, endometrium, szyjka macicy, czy nowotwory odbytu. Apelujemy o czujność onkologiczną nas samych, ale też lekarzy POZ. Apelujemy o dostęp do nowoczesnej diagnostyki, możliwość wprowadzenia nowoczesnych metod terapeutycznych na wczesnym etapie choroby oraz partnerstwo w wyborze sposobu leczenia. To jest bardzo ważne, aby uczestnikiem konsyliów był także pacjent. W raku jajnika dostępność do leczenia z mutacją BRCA1/BRCA2 ma 20-25 proc. kobiet. Pozostałe 70-75 proc. kobiet z rakiem jajnika chciałoby mieć dostęp do nowoczesnych terapii. Dostęp do niraparybu dla tych pacjentek jest bardzo ważny. Jeśli mówimy o bezpieczeństwie onkologicznym kobiet, to w raku piersi dostęp do terapii jest na poziomie europejskim, ale rak to nie jest jednorodna choroba, jest kilka podtypów, więc sytuacja wygląda różnie. W przypadku potrójnie ujemnego raka piersi długo czekaliśmy na lek, bo problem polegał nie na refundacji, ale na braku leku w ogóle.

Aleksandra Rudnicka, Rzeczniczka Polskiej Koalicji pacjentów Onkologicznych

Polska Koalicja Pacjentów Onkologicznych prowadzi konsekwentnie działania zmierzające do poprawy stanu zdrowia polskiej rodziny. Celem kampanii Wczesne Wykrycie To Życie było uświadomienie Polakom ważności badań profilaktycznych w kierunku chorób nowotworowych oraz wyrobienie nawyku ich regularnego wykonywania. Z okazji inauguracji kampanii został wydany kalendarz, który przypominał przez cały rok o konieczności badania się. Kampania Rodzina Profilaktycznych co miesiąc informowała, jakie działania należy prowadzić w ramach profilaktyki danego nowotworu.



Mówiliśmy o szczepieniach, morfologii krwi, USG, a także o objawach i diagnostyce. Gdy badaliśmy, kto głównie interesował się wiedzą na ten temat, to okazało się, że były to przede wszystkim kobiety. Ponieważ w rodzinach zazwyczaj jest tak, że jak choruje mężczyzna, to jego procesem leczenia zajmuje się kobieta, więc to ona jest podstawą zdrowia w rodzinie. Obecnie kobiety są najbardziej zagrożone przede wszystkim rakiem płuca. Umieralność na raka płuca przerasta umieralność na raka piersi. Zachorowalność na raka płuca u kobiet rośnie. U mężczyzn nastąpił moment stagnacji. 80% zachorowań na raka płuca jest zależnych od palenia tytoniu. Dopóki nie będzie się mówiło w szkołach o zdrowiu, to nie będzie poprawy w zakresie świadomości młodych ludzi na temat czynników ryzyka powstawania nowotworów. Na jednej z pierwszych lekcji o zdrowiu powinien pojawić się temat palenia e-papierosów, bo to jest produkt modny, sprzedawany w znakomitym opakowaniu marketingowym. Należy informować, że sięganie po e-papierosy, czy e-podgrzewacze powoduje uzależnienie od palenia. O tym się nie mówi. Jakie mamy rezultaty takiego myślenia? Badania pokazują, że w Polsce u nastolatków i dzieci w wieku od 9-16 lat, aż 23 proc. pali. Jest to przerażające. I należy coś z tym zrobić. Jeśli rzeczywiście osoby palące e-papierosy rzucają palenie, to ja bym proponowała, aby podobnie jak metadon wypisywać je na receptę. A one są dostępne powszechnie i uzależniają od tytoniu. W przypadku raka jajnika związanego z mutacjami BRCA1 i BRCA2 mamy wspaniałe leki –

olaparyb i niraparyb, ale one są dla pacjentek, które już zachorowały. Wiemy, że nosicielki tych mutacji mogą być uratowane. W Polsce mamy refundowaną profilaktyczną mastektomię oraz profilaktyczne usunięcie jajników, tylko trzeba te kobiety z rodzinie dziedzicznymi chorobami nowotworami znaleźć. Myślę, że powinniśmy wdrożyć program krajowy, żeby zacząć diagnozować genetycznie rodziny wysokiego ryzyka. Już na poziomie lekarzy POZ powinny być odpowiednie kwestionariusze, w których pacjenci powinni odpowiadać, czy w ich rodzinach były choroby związane z mutacjami. Mało osób wie, że mutacja BRCA dotyczy nie tylko kobiet, ale również mężczyzn w zakresie raka prostaty i że predysponuje także w kierunku zachorowania na raka trzustki. W przypadku HPV czekamy na to, aby został uruchomiony w ramach Narodowej Strategii Onkologicznej program zdrowotny HPV dla dziewczynek, a później w 2026 r. dla chłopców.

Barbara Górską, Prezes Stowarzyszenia Niebieski

Motyl

Mówi się, że rak jajnika to choroba kobiet wieku okołomenopauzalnego, a tymczasem faktem jest, iż diagnoza ta dotyka coraz młodszych kobiet. Rak jajnika daje niespecyficzne objawy, których nie należy lekceważyć. Kluczowa jest profilaktyka, systematyczne badanie się i zachowanie czujności onkologicznej. Chciałam podkreślić wagę działalności lekarza POZ. Mamy sygnały od naszych pacjentek, że ich objawy były często bagatelizowane przez lekarzy POZ - że są zbyt młode, że jest to wynik stresu lub też chęć uniknięcia pracy. Sama, kiedy w wieku 26 lat poszłam do lekarza też usłyszałam, że wymyślam, bo nie chce mi się pracować. Ogromną rolę w raku jajnika odgrywa czas, dlatego tak ważne jest, by jego diagnozowanie było jak najkrótsze, a kobiety, które zgłaszają określone dolegliwości mogące wskazywać na raka jajnika, były od razu kierowane na dodatkowe badania i miały wykonywaną odpowiednią diagnostykę. Kolejna kluczowa płaszczyzna wymagająca podjęcia działań to zwiększenie wsparcia psychoonkologicznego dla pacjentek i ich bliskich, którego w Polsce jest zdecydowanie zbyt mało. Kobiety pozostają w większości przypadków zostawione samym sobie. Nie rozmawiają z najbliższymi o swoich obawach, strachu i lęku, ponieważ nie chcą ich martwić i dodatkowo obarczać. Z takim obciążeniem, że na nich spoczywa pocieszenie całej rodziny, zapewnianie, że będzie dobrze, że wyzdrowieją, mierzenie się z chorobą jest dużo trudniejsze. Kobiety czują się zobowiązane do bycia psychologiem swojej rodziny. Mają przeświadczenie, że muszą być silne i dlatego często tłumią swoje prawdziwe emocje. Ważne jest, aby pacjentki już na etapie stawiania diagnozy, trafiły na czas do odpowiednich ośrodków i specjalistów, którzy na co dzień zajmują się rakiem jajnika. Każda kobieta powinna mieć dostęp do informacji, gdzie może się zgłosić po wsparcie.



Dagmara Samselska, Prezeska Fundacji AMICUS i Unii Stowarzyszeń Chorych na Łuszczycę i ŁZS

Zdrowie kobiety jest niestety w Polsce często zaniedbywane. Mówię to z punktu widzenia osoby, która wspiera pacjentki z chorobami autoimmunologicznymi. Są to m.in. kobiety żyjące z łuszczycą i z łuszczycowym zapaleniem stawów. Bardzo często mają powikłania kardiologiczne, diabetologiczne i endokrynologiczne. W procesie diagnozowania i prowadzenia tych chorób istotna jest bardzo duża rola lekarzy rodzinnych, aby kierowali pacjentów na badania w celu szybkiego wychwycenia wczesnych objawów. Ważne, aby te choroby od diagnozy były dobrze zarządzane. Podam przykład, pacjentka miała łuszczycę i łuszczycowe zapalenie stawów, których pierwsze objawy ujawniły się w wieku 14 lat. Gdy miała 25 lat przez łuszczycę straciła pracę. Teraz ma ponad 40 lat i do tej pory nie udało jej się pracy odzyskać. Ma za sobą trzy próby samobójcze. Gdyby choroba łuszczycy od początku była dobrze zarządzana, to być może do tak trudnej z wielu względów sytuacji by nie doszło. Cieszę się, że pracuję z ekspertami, na których mogę liczyć. Wiem, że pacjentka otrzyma najlepszą możliwą pomoc, ale tego, co się wydarzyło już się nie da cofnąć. Ta kobieta zrezygnowała z posiadania dziecka, zakładania rodziny, bo nie chciała obarczać nikogo bólem psychicznym i fizycznym, z którym sama się zmagają. Założyła, że tak może się stać, do tego doszła konieczność przebywania na rencie inwalidzkiej. Nie czuła się na siłach, żeby dźwignąć ciężar macierzyństwa i odpowiedzialności z tym związanej. Takich pacjentów w Polsce jest bardzo dużo. W Polsce na łuszczycę choruje 3 proc. społeczeństwa. Dodajmy osoby z łuszczycowym zapaleniem stawów, które dotyka w równym stopniu kobiet i mężczyzn. Na początku 2021 r. przeprowadziliśmy wśród 400 pacjentów ankietę. Ponad 70 proc. respondentów to były kobiety. Co dziesiąta z nich zaznaczyła w formularzu, że straciła pracę z powodu łuszczycy. Zależy nam, żeby w przypadku łuszczycy dostęp do skutecznego leczenia był lepszy. Na chwilę obecną w programie lekowym część leków, które są przeznaczone dla pacjentów najciężej chorych, którzy mają najbardziej oporną na leczenie łuszczycę ma ograniczoną czasowo terapię. Innymi słowy, po odnotowaniu poprawy terapia jest przerywana. Nie jest to uzasadnione medycznie, są to tylko i wyłącznie względy administracyjne. Często ta przerwa, to jest omińnięcie jednej dawki leku, a skutkuje ogromnymi stratami dla pacjentów zarówno społecznymi, zdrowotnymi, np. depresją.



Nasza Fundacja prowadzi edukację pacjentów w tym kierunku, organizując kampanie i webinaria. Aby wspierać skuteczniej, powołaliśmy do życia infolinię „PSOs łuszczycy”. Dzięki tej inicjatywie osoby z łuszczycą mają szansę szybciej trafić pod opiekę referencyjnego ośrodka, a także dzięki kompleksowemu wsparciu, ograniczyć straty powodowane przez chorobę.

Anna Śliwińska, Prezes Polskiego Stowarzyszenia Diabetyków

Cukrzyca, choć jest chorobą egalitarną, częściej jest diagnozowana u kobiet. Wynika to z większej świadomości na temat zdrowia u kobiet, czy też większej chęci zrobienia czegoś ze swoim zdrowiem. Mężczyźni nierzadko unikają lekarza, nie lubią stosować się do zaleceń, diety i aktywności fizycznej. Jednocześnie na kobietach bardzo często spoczywa w rodzinie rola osoby, która pilnuje zdrowia innych domowników. Często widzimy, że jeżeli mąż choruje na cukrzycę, to żona stara się tak zmienić



styl życia na zdrowy, żeby mężowi pomóc. Natomiast, jeżeli na cukrzycę choruje kobieta, to niestety wsparcie ze strony męża, czy partnera już nie jest tak oczywiste. Cukrzyca ciążowa występuje coraz częściej w Polsce, ale także wszędzie na świecie. Także kobiety, które już chorują na cukrzycę decydują się na macierzyństwo, co jeszcze kilkadziesiąt lat temu było bardzo odradzane. Odradzano kobietom zakładanie rodzin i posiadanie dzieci. Na szczęście to się zmieniło. Kobiety chore na cukrzycę typu 1 mogą urodzić zupełnie zdrowe dzieci, oczywiście pod warunkiem przestrzegania zasad prowadzenia cukrzycy. Są też kwestie dostępu refundacyjnego do nowoczesnych leków i nowoczesnych systemów monitorowania glikemii. Nowoczesne technologie medyczne są szczególnie ważne u tych kobiet, które ich wymagają, aby było możliwe prowadzenie prawidłowej ciąży i urodzenie zdrowego dziecka. Samokontrola jest w ciąży bardzo ważna, bo wiemy, że celem jest niedopuszczenie do hiperglikemii, która może spowodować różne wady wrodzone u płodu lub jego śmierć. Dlatego tak istotnym jest, aby cukrzycę właściwie kontrolować. Nowoczesne metody monitorowania cukrzycy bardzo pomagają, zarówno w cukrzycy ciążowej, jak i występującej przed ciążą.

Marzanna Bieńkowska, Biuro Rzecznika Praw Pacjenta

Pytania, które najczęściej trafiają do Rzecznika Praw Pacjenta dotyczą opieki okołoporodowej, dostępu do badań diagnostycznych w okresie ciąży, jak i po ciąży. Temat, który jest może rzadko poruszany to depresja poporodowa. W jej przypadku wskazana byłaby edukacja zarówno kobiet, jak i mężczyzn, ale kobiety częściej dzwonią i szukają pomocy. Kobieta zwykle zostaje z dzieckiem sama i tutaj powinno się uruchomić, jakąś ścieżkę pomocy tym pacjentkom. Oprócz tego, rzetelna informacja we wszystkich tych zakresach. Następną sprawą zgłaszaną przez pacjentki jest dostęp do nowoczesnej profilaktyki, w zakresie cukrzycy, chorób serca, chorób onkologicznych, czy szeroka edukacja zdrowotna. Mają z tym problem zwłaszcza kobiety z małych miejscowości. Tu jest problem w nierówności w zdrowiu, brak jest dojazdu, kontaktu z lekarzem. Często jest tak, że te kobiety chociaż widzą, że coś się dzieje z ich zdrowiem, nie mają jak dostać się do lekarza. Długie kolejki oczekujących, to jest też problem, który wielokrotnie jest sygnalizowany. Dostęp do rzetelnej informacji jest niezmiernie ważny, w przypadku kiedy padła już diagnoza. Do Rzecznika Praw Pacjenta dzwonią często osoby i pytają – „co mam zrobić, gdzie się udać, mam dzieci, rodzinę, dużo obowiązków i chciałabym załatwić to sprawnie i szybko”. Jest z tym problem. Bardzo ważna jest także kwestia dostępu do rehabilitacji leczniczej. Inną kwestią jest dostęp do leczenia stomatologicznego, który dotyczy nie tylko kobiet, ale również ich dzieci. Ten dostęp w Polsce jest ograniczony i jest dosyć kosztowny. Brak leczenia stomatologicznego ma wpływ na inne choroby. Mówi się, że jeśli chodzi o podstawową opiekę medyczną sytuacja się polepsza. Niemniej jednak, nadal jest problem z poradą dietetyczną, co w przypadku częstych przypadków nadwagi i otyłości jest bardzo ważne. Kobieta jest liderem w rodzinie i jeśli ona będzie dobrze wyedukowana i otrzyma wsparcie, to jej najbliżsi będą mieli łatwiej. Mówimy dzisiaj o zdrowiu kobiety i bezpieczeństwie rodziny, ale mężczyzna jest niezmiernie ważny. Mężczyzna też musi działać, żeby kobietę wspierać i dbać o profilaktykę swoją oraz swojej żony, czy partnerki.



Minister Maciej Miłkowski, Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia



Uważam, że zdrowie kobiety jest istotnym tematem. Kobiety powinny dbać w pierwszej kolejności o sprawdzanie swojego stanu zdrowia. Nad kwestią zdrowia kobiet w Ministerstwie Zdrowia pochylamy się już od kilku lat. Jednym z głównych programów lekowych jest program leczenia raka piersi, który zawiera wszystkie zalecane terapie w pierwszej linii leczenia. Wiemy jednak, że nie wszystkie pacjentki dostają leczenie, które jest dla nich dedykowane. Leczenie raka piersi jest skomplikowane i musimy wiedzieć, jak będziemy leczyć pacjentki w kolejnych liniach, których jest coraz więcej. Obecnie mamy kilka wniosków refundacyjnych. Jest wniosek w pierwszej linii leczenia pooperacyjnego leczenia adjuwantowego wczesnego HER2 ujemnego, dodatniego raka piersi z chorobą resztkową trastuzumabem emtanzyna, który został pozytywnie rozstrzygnięty i lek ma być docelowo dostępny dla pacjentek w przedmiotowym wskazaniu od 1 marca 2022 roku. Jest to jedna z największych populacji chorych obecnych w programie lekowym B.9. i stanowiła największe oczekiwania pacjentów oraz specjalistów onkologów w kwestii poprawy dostępności refundacyjnej umożliwiająca całkowite wyleczenie pacjentki na jak najwcześniejszym etapie choroby. Dodatkowo, na refundację oczekuje neratynib w terapii uzupełniającej raka piersi z nadekspresją receptora HER2 oraz dwie terapie stanowiące kolejne linie leczenia zaawansowanego HER2-ujemnego raka piersi: alpelisib oraz talazoparyb po nieskuteczności między innymi inhibitorów CDK4/6. Po długich, 2 letnich oczekiwaniach na wznowienie zawieszono postępowania, mamy nadzieję, że w potrójnie ujemnym raku piersi firma wznowi jednak proces refundacyjny dla atezolizumabu. W przypadku osób starszych z przewlekłą białaczką limfocytową zmieniliśmy schemat w pierwszej linii leczenia na nowoczesne leki. Oczekujemy, że czas remisji będzie istotnie wydłużony, aby pacjentki mogły pracować i korzystać z życia. Z racji faktu, że leczenie jest skuteczne i nieobciążające, spodziewamy się wymiernych efektów terapeutycznych. W przypadku raka płuca mamy w zasadzie gotowy program. Kobiety są istotnymi uczestnikami tego programu. Rak płuca jest związany ze stylem życia i używaniem tytoniu. Po raz pierwszy od 5 lat zwiększyliśmy istotnie akcyzę na wyroby tytoniowe i alkoholowe. Została przygotowana strategia na najbliższe lata. Dostępność ekonomiczna papierosów powinna się zmniejszać, prognozujemy, że liczba osób, które będą się uzależniały zmaleje. W ubiegłym roku wprowadziliśmy program bezpłatnych leków dla kobiet w ciąży. Około 20 tys. kobiet, co miesiąc wykupuje leki z tej listy. Około 40-50 tys. opakowań jest wydawanych miesięcznie. Na początku było 114, a aktualnie jest 416 leków na tej liście. Oczekujemy, że w przyszłym roku lista będzie się rozwijała. W ubiegłym roku w raku jajnika wprowadziliśmy olaparyb w pierwszej linii leczenia podtrzymującego noworozpoznanego zaawansowanego raka jajnika, który jest skuteczny, ma ograniczony czas podawania do 2 lat. Część populacji z tej grupy będzie miała przedłużony czas do progresji, ale ok. 90 proc. chorych tę terapię skończy w ciągu 2 lat. Okres nawrotu jest według badań istotny. Terapia jest nieobciążająca i skuteczna. Została udostępniona kolejna terapia inhibitorom PARP – niraparybem w I linii leczenia podtrzymującego noworozpoznanego raka jajnika niezależnie od statusu mutacji w genach BRCA1/BRCA2. W każdej populacji, czy to rak nerki, czy rak wątrobowokomórkowy - immunoterapie są tak samo dla kobiet, jak i mężczyzn, jednak populacyjnie osoby starsze to głównie kobiety. W lipcu 2021 r. wszedł program lekowy leczenia chorych z cukrzycowym obrzękiem plamki żółtej, która jest przyczyną ślepoty w grupie młodych osób w wieku produkcyjnym. Program lekowy pt. Leczenie

neowaskularnej (wysiękowej) postaci zwyrodnienia plamki związanej z wiekiem (AMD) obejmuje ok. 30 tys. pacjentów rocznie, to jest 20 proc. wszystkich pacjentów w programach lekowych. Sprawność jest dla nas ważna. Sprawność to też samodzielne poruszanie się, czyli endoprotezy stawu biodrowego, wymiana, czas oczekiwania się polepszył. Utrzymanie sprawności osób starszych jest dla nas priorytetem. Mamy też na uwadze opiekę poporodową. Również w ramach Ustawy za życia przygotowujemy program dla dzieci urodzonych przedwcześnie. W tym zakresie wszystkie świadczenia są gwarantowane, ale widzimy deficyt związany z koordynacją leczenia okulistycznego, rehabilitacyjnego, neurologicznego. Wszystkie te świadczenia powinny być stosowane standardowo. Takie dzieci objęte właściwą opieką z biegiem czasu doganiają rozwojowo dzieci urodzone w terminie, to jest najlepszy zwrot leczenia. Właściwa opieka nad kobietą w ciąży jest kluczowa. Warto zwrócić uwagę, że już od 1 września 2020 roku obowiązuje bezpłatna lista leków dla kobiet w ciąży a aktualnie jest procedowana nowelizacja poszerzająca uprawnienia również o kobiety będące w okresie połogu.

Prof. Adam Maciejczyk, Prezes Polskiego Towarzystwa Onkologicznego



Program darmowych szczepień przeciw HPV zapowiadany przez Ministerstwo Zdrowia jest najlepszym fundamentem profilaktyki. Dlatego warto apelować o to, żeby programem zostały objęte zarówno dziewczynki, jak i chłopcy. We Wrocławiu miejski program szczepienia dziewczynek przeciwko HPV trwał kilka lat we współpracy ze szkołami. Niestety w ostatnich latach nastąpiła przerwa związana z problemem dostaw tych szczepionek. Pamiętajmy o tym, że dostępność rynkowa tych szczepionek jest bardzo ważna. Na szczęście pojawiają się coraz nowsze preparaty. Warto byłoby poinformować opinię publiczną o występowaniu na rynku wszystkich dostępnych preparatów. Moje dzieci są zaszczepione. Myślę, że to odzwierciedla mój stosunek do szczepień przeciwko HPV i szczepień w ogóle. Edukacja w propagowaniu szczepień jest najważniejsza. Historia szczepień przeciw COVID-19 pokazuje, jakie mamy braki w edukacji naszego społeczeństwa. Bez odpowiedniej akcji uświadamiania nie osiągniemy wyszczepienia odpowiedniej liczby dzieci. Na pewno szczepionka przeciw HPV powinna być bezpłatna. Natomiast w przypadku dostępnej już na rynku szczepionki z większą walentnością powinna być możliwość dopłaty, jeśli rodzice zdecydowaliby się podać dziecku nowszy preparat. Akcja szczepień przeciw HPV, to powinien być ruch społeczny, oparty na współpracy ze szkołami. Nie mam wiedzy, kiedy zostanie przedstawiony zarys programu bezpłatnych szczepień przeciwko HPV, który miał ruszyć od 1 stycznia 2022 r. Nasze środowisko nieustannie się o to upomina. Pojawił się tu problem związany z formalną możliwością zakupu przez Ministerstwo Zdrowia szczepionek, które nie są obowiązkowe – jest to problem prawny, legislacyjny, który trzeba rozwiązać. W Narodowej Strategii Onkologicznej ten program szczepień został przewidziany na 2022 r.

Prof. Mariusz Bidziński, Kierownik Kliniki Ginekologii Onkologicznej NIO-PIB w Warszawie



W onkologii niezwykle ważna jest profilaktyka. My, onkolodzy życzymy sobie, żeby pacjentów, którzy trafiają do nas z zaawansowanymi chorobami było jak najmniej. Zdaję sobie sprawę, że dzisiaj obowiązków w zakresie

działań medycyny naprawczej, w podstawowej opiece zdrowotnej jest cała grupa, natomiast profilaktyka powinna być jednym z ważniejszych elementów pracy lekarza POZ. Wiemy doskonale, że w przypadku nowotworów ginekologicznych mamy wypracowane zarówno elementy profilaktyki pierwotnej, jak i wtórnej, które są bardzo efektywne. Profilaktyka na pewno jest istotnym elementem, który musi być jednym z ważniejszych programów, oczywiście w połączeniu z edukacją. Jestem za tym, aby środowiska medyczne były bardziej aktywne w propagowaniu całej wiedzy z zakresu współczesnej medycyny. Powinno rozprawić się z różnego rodzaju mitami, czy pewnego rodzaju nieprawidłowościami w interpretacji chociażby programu szczepień. Innym, ważnym elementem jest kwestia programu zarówno Narodowej Strategii Onkologicznej, jak i Krajowej Sieci Onkologicznej. Onkologia musi być skoncentrowana w ośrodkach, które mają pełną kompleksowość świadczeń. Zdaję sobie sprawę, że dzisiaj onkologia to nie jest tylko leczenie, lecz przede wszystkim doskonała diagnostyka, oparta na działaniach w zakresie genetyki i biologii molekularnej. Dobieramy odpowiednie elementy molekularne, żeby zaplanować optymalny sposób postępowania. Działania w zakresie leczenia nowotworów są bardzo istotnie powiązane z diagnostyką genetyczną i patomorfologiczną. Niestety dzisiaj w szeregu placówek ochrony zdrowia diagnostyka została zlecona na zewnątrz. W związku z tym, co pokazał raport Najwyższej Izby Kontroli, ilość błędnych rozpoznań histopatologicznych wcale nie jest taka mała. A my lekarze nie możemy leczyć czegoś, co nie jest właściwie zdiagnozowane. Trzeci element tej całej układanki to rehabilitacja. Nie wyobrażam sobie leczenia bez przywracania do pełnej aktywności pacjenta. Jeżeli dzisiaj mamy pewne możliwości koncentracji w ośrodkach, które są rzeczywiście do tego predysponowane, to powinniśmy z tego skorzystać. Oczywiście skala problemu jest na tyle duża, że tych ośrodków musimy stworzyć nieco więcej, jednak nie wyobrażam sobie, żeby na terenie chociażby województwa mazowieckiego 27 ośrodków musiało zajmować się leczeniem raka jajnika. Jedne ośrodki mają trzy przypadki raka jajnika w roku, inne dwa. Jestem przeciwny takiemu działaniu, które jest działaniem partyzanckim i chaotycznym. To odbija się na losach pacjentów. Jeżeli czekamy na wyniki histopatologii najpierw 6-8 tygodni, potem na konsultację, która ma być za następne 2-3 tygodnie, to czas ucieka, a niestety nowotwór nie czeka. W związku z tym, te wszystkie elementy muszą być dobrze ustawione, abyśmy mówili o poważnym i efektywnym leczeniu. Nas nie stać na medycynę, która będzie mało efektywna, a jednocześnie bardzo kosztowna.

***Dr hab. n. med. Anita Chudecka-Głaz, prof. PUM,
lekarz kierujący Kliniką Ginekologii Operacyjnej i
Onkologii Ginekologicznej Dorosłych i Dziewcząt
SPSK2 PUM***

Jeżeli chodzi o grupę pacjentek posiadających mutację w genie BRCA1/BRCA2, to jest to grupa z jednej strony poszkodowana, że ma mutację i zachorowała na raka jajnika, ale z drugiej strony są to pacjentki, które po pierwsze lepiej odpowiadają na standardową chemioterapię opartą na platynach, a po drugie mamy dla nich zarejestrowane i refundowane bardzo nowoczesne i skuteczne terapie. Można powiedzieć,

że zapotrzebowanie, jeżeli chodzi o leczenie dla pacjentek z mutacją BRCA1/BRCA2 mamy praktycznie pokryte, ponieważ jest refundacja leków zarówno w nowotworze nawrotowym, jak i w nowotworze noworozpoznawanym. Zupełnie w innej sytuacji są pacjentki, które nie posiadają tej mutacji, a mogłyby



również skorzystać z leczenia podtrzymującego. Grupa pacjentek bez mutacji jest dość heterogenna. Gdybyśmy mieli porównać skuteczność leczenia inhibitorami PARP (olaparybem, czy niraparybem) u pacjentek z mutacją i pacjentek bez mutacji, to oczywiście pacjentki z mutacją zdecydowanie lepiej odpowiadają na to leczenie, ale pozostała grupa pacjentek, która nie posiada mutacji również odnosi zdecydowane korzyści z tej nowoczesnej terapii. Gdy przypomnimy sobie rejestrację innych leków, na podstawie jakich czasów wolnych od progresji, czy też czasów całkowitego przeżycia były rejestrowane, to można stanowczo powiedzieć, że zarówno niraparyb, jak i olaparyb w połączeniu z bewacyzumabem wykazują dużą skuteczność. Pacjentki bez mutacji w tej chwili są w złej sytuacji w Polsce, ponieważ wiedzą, że takie leczenie podtrzymujące dla nich jest dostępne rynkowo (jest zarejestrowane w Unii Europejskiej), natomiast nie ma refundacji publicznej tych leków w Polsce. Nie zdarzają się przypadki, przynajmniej w mojej praktyce, żeby pacjentka sama mogła pokryć koszty takiego leczenia. Pacjentki są dobrze zorientowane, co do refundacji tych leków w Europie. Jeszcze do niedawna raka jajnika, refundacja była w Europie w 19 krajach w przypadku raka nawrotowego i w 11 zarówno w nawrocie jak i w raku noworozpoznany. Gdy spojrzymy na to z punktu widzenia kosztowo-efektywnego, jest bardzo istotne, aby wdrażać leczenie po pierwszej linii, ponieważ jest ono ograniczone czasowo. Pacjentkę z noworozpoznany rakiem jajnika leczymy podtrzymująco 3 lata, a pacjentkę z nawrotem do progresji bez żadnych ram czasowych. Gdy porównamy koszty leczenia inhibitorami PARP do kosztów nowoczesnych terapii stosowanych w innych nowotworach, takich jak rak piersi, czy rak płuca, to wydaje się, że chore na raka jajnika nie stanowią, aż tak dużej populacji, żeby koszt programu lekowego nie był do udźwignięcia przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

Dzisiaj przyświeca nam hasło Zdrowie Kobiety - Bezpieczeństwo Rodziny. Bardzo chętnie pokazałabym Państwu zdjęcia pacjentek, które leczą się z powodu nawrotowego raka jajnika. Są to pacjentki, które były skazane na paliatywne leczenie, a wdrożenie u nich olaparybu w nawrotowym raku spowodowało, że żyją od 5 lat bez objawów choroby. Przesyłają mi zdjęcia z wnukami, dziećmi, chodzą z mężami po górach. Prowadzą zupełnie normalny tryb życia, poza tym, że muszą raz w miesiącu przyjechać na badania i odebrać leki. Często powtarzam, że jeżeli pacjentka żyje 5 czy 7 lat, to jest bardzo ważne, czy w tym czasie wzięła trzy, cztery, pięć kolejnych linii chemioterapii, czy też otrzymała skuteczne i nieobciążające tak znacznie jak chemioterapia leczenie podtrzymujące, żyjąc w zdecydowanie większym komforcie. Z punktu widzenia bezpieczeństwa rodziny, to ma duże znaczenie. W kwietniu 2021 r. zarejestrowano w Unii Europejskiej dostarlimab - pierwsze przeciwciało anti-PD-1 w leczeniu chorych z nawracającym i zaawansowanym rakiem endometrium. Lek może być stosowany u pacjentek, u których nastąpiła wznova w trakcie lub po leczeniu chemioterapią, a ich nowotwór posiada specyficzną cechę genetyczną określaną jako dMMR. Immunoterapia oparta na lekach anti-PD1, anti-PDL1 jest szeroko stosowana w innych litych nowotworach zlokalizowanych w innych narządach – m.in. nowotworze płuca i nerki. Mamy podobną sytuację, jak u pacjentek z rakiem jajnika bez mutacji BRCA1/BRCA2 - jest dostępna terapia, a nie mamy dostępnej refundacji.

Prof. Paweł Blecharz, Kierownik Kliniki Ginekologii Onkologicznej w NIO Oddział w Krakowie

Jesteśmy zgodni, co do zastosowania olaparybu w leczeniu podtrzymującym remisję i to oczywiście niezależnie od tego, w której linii go stosujemy. Mamy już także doniesienia o skuteczności ponownego zastosowania inhibitora PARP, olaparybu, ponownie, po wcześniejszym skutecznym



zastosowaniu (Kongres ESMO 2021, wyniki badania OREO. Rejestracja amerykańska dopuszcza również stosowanie inhibitorów PARP w leczeniu samoistnym, samodzielnie ciężko przeleczonych chorych. Jest jeszcze dużo do zrobienia w umożliwieniu pacjentkom zarówno z mutacją, jak i bez mutacji dostępu do inhibitorów PARP w pierwszej linii leczenia, która wydaje się optymalnym momentem do zastosowania tej grupy leków, ze względu na efekty, jakie zademonstrowały badania. Jestem przeciwny pośpiechowi w diagnozach onkologicznych, bo pośpiech często sprawia, że pacjentki wybierają, to, co jest najszybciej, najłatwiej dostępne, zamiast tego, co jest dla nich najlepsze. Jest to może truizm, ale zdajemy sobie sprawę, że na terapię o lepszej jakości i na dokładniejszą diagnostykę warto poczekać parę tygodni dłużej. To nie tylko nie pogarsza rokowania, ale poprawia jakość leczenia, które następuje potem, dzięki starannej diagnostyce molekularnej i histopatologicznej. Z pewnością są takie rejony w Polsce, w których wydłużyły się kolejki, słychać było w mediach o ośrodkach, które przeżywały zalew pacjentów onkologicznych. My w Narodowym Instytucie Onkologii w Krakowie nie zauważyliśmy nadmiernej liczby pacjentów. Natomiast jest prawdopodobne, że te opóźnienia miały miejsce na niższych poziomach opieki zdrowotnej, gdzie pacjenci byli odsyłani z SOR-u lub nie chcieli zgłaszać się na SOR, pacjenci z objawami niecharakterystycznymi, np. z bólami brzucha, z wodobrzuszem z powodu raka jajnika, czy z nieprawidłowymi krwawieniami z dróg rodnych. To jest prawdopodobnie przyczyna spodziewanego pogorszenia wyników leczenia. Często chore na raka jajnika najpierw trafiają do ginekologa, aby potem przy wstępnej diagnozie, mogły zostać skierowane na dalsze tory diagnostyki i leczenia w ośrodku onkologicznym.

Prof. Tadeusz Pieńkowski, Kierownik Kliniki Onkologii i Radioterapii CSK MSWiA oraz Kliniki Onkologii i Chorób Piersi CMKP

Rozwój skutecznych systemowych terapii w onkologii jest bardzo ważny. Dostęp do leków zgodny z aktualną wiedzą medyczną ma fundamentalne znaczenie. W Polsce niezwykle istotnym problemem jest opóźnienie w rozpoznaniu i rozpoczęciu leczenia. Źle działający system badań przesiewowych w Polsce jest



podstawowym problemem w tej dziedzinie. Jeżeli mówimy o zdrowiu kobiet, to w Polsce niestety ciągle umierają z powodu zaawansowanego raka szyjki macicy, co nie powinno mieć miejsca, przy znanych od dziesiątek lat sposobach rozwiązania tego problemu. Rozwiązania organizacyjne, które są znane na całym świecie, w Polsce ciągle nie są stosowane w sposób wydolny. Czas od podejrzenia do leczenia raka jest zdecydowanie zbyt długi i przekłada się na złe wyniki leczenia. Polska jest jedynym krajem Unii Europejskiej, w którym rosną współczynnik umieralności z powodu raka piersi,

bo że współczynniki zapadalności wszędzie rosną, to jest inna rzecz. Jednak w krajach Unii Europejskiej, szczególnie w tych krajach, do których aspirujemy, współczynniki umieralności przez cały czas maleją, a w Polsce oba współczynniki rosną, co jest wręcz sytuacją tragiczną. Jeżeli mówimy o zdrowiu kobiet, to podobna sytuacja jest w raku szyjki macicy, gdzie nadal Polska jest krajem, w którym można spotkać zaawansowane przypadki tego nowotworu, co się w krajach rozwiniętych nie zdarza. Rak piersi potrójnie ujemny stanowi od 10-15% wszystkich nowotworów piersi. Charakteryzuje się najgorszym rokowaniem, a często występuje u młodych kobiet. Onkolodzy i pacjentki czekają na refundację atezolizumabu i innych leków aktywnych w tym typie raka w Polsce.

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



Choroby reumatyczne dotyczą 5-20% populacji, z czego 90% stanowią kobiety. Kobiety zaczynają chorować w wieku młodym, gdy albo są bardzo aktywne zawodowo, albo planują macierzyństwo. Diagnoza zapalnej choroby reumatycznej jest dużą komplikacją w realizacji tych wszystkich planów, dlatego, że albo dana choroba wpływa na potencjalne uszkodzenie dziecka (dotyczy to tocznia rumieniowatego układuowego albo zespołu Sjogrena) albo leczenie wymaga stosowania antykoncepcji, czyli ciąża musi być planowana przy współpracy reumatologa z ginekologiem. Druga kwestia to świadomość, ile spada na barki kobiece. W przypadku chorób reumatycznych włączenie leczenia na bardzo wczesnym etapie powoduje, że kobieta jest w stanie podołać wszystkim obowiązkom, nawet mając chorobę reumatyczną. Niestety bardzo często kobieta odsuwa na dalszy plan pójście do lekarza, bo ma mnóstwo innych obowiązków na głowie. Myślę, że kluczowa jest świadomość na temat chorób reumatycznych. Często reumatoidalne zapalenie stawów zaczyna się, gdy kobieta urodzi dziecko. Gdyby kobiety zgłaszały się wcześniej, to reumatolog miałby możliwość wczesnego wykrycia i włączenia leków. Jeśli diagnostyka zostanie przeprowadzona odpowiednio wcześniej, to szanse rokownicze i terapeutyczne są lepsze. W pełni popieram profilaktykę, czyli badania przesiewowe. Zwracamy uwagę na kobiety, które są kandydatkami do rozwoju chorób reumatycznych. W tej chwili mówi się o przedklinicznych fazach zapalnych chorób reumatycznych, czyli wyłapywanie takich stanów, oznaczanie autoprzeciwciał jest niezwykle ważne. Dwa stowarzyszenia pacjentów, z którymi współpracuję, prowadzą kobiety niezwykle energiczne. Mam nadzieję, że wspólnie zorganizowany Światowy Dzień Reumatyzmu będzie wpływał na zwiększenie świadomości na temat tych chorób, a także wczesne rozpoznawanie i wprowadzanie leczenia oraz wspieranie pacjentek w zmianach legislacyjnych. Na zachodzie Europy pacjentki z zapalnymi chorobami reumatycznymi mają elastyczne godziny pracy, mogą pracować przez dowolną liczbę godzin, w zależności od tego, na ile pozwala ich stan zdrowia. A u nas kobieta albo przechodzi na rentę, albo na siłę pracuje.

Prof. Dominika Dudek, Kierownik Katedry Psychiatrii UJ CM

Bardzo cieszę się, że problematyka zdrowia psychicznego mieści się w profilu działalności Medycznej Racji Stanu. Zawsze powtarzam, że nie ma zdrowia bez zdrowia psychicznego. Dzisiaj rozmawiamy o zdrowiu kobiet. Właściwie jest całe morze tematów, które można byłoby poruszyć w kontekście zdrowia psychicznego kobiet. Mamy grupę kobiet w wieku rozrodczym, gdzie psychiatra od samego początku badając pacjentkę, musi mieć świadomość, że potencjalnie ta kobieta może zajść w ciążę, czy chcieć w nią zajść. W przypadku naszych pacjentek często są to też ciążę nieplanowane. Zawsze powtarzam, że choroba psychiczna absolutnie nie powinna wykluczać macierzyństwa. To jest tak, że różnie pacjentki chorują i różne jest ich rokowanie. Nie można powiedzieć, że każda pacjentka ze schizofrenią będzie wspaniale funkcjonować, bo to nie byłaby prawda. Jest jednak sporo pacjentów ze schizofrenią – ok. 30%, którzy mogą żyć normalnie, czy prawie normalnie i mogą prawie normalnie funkcjonować. Właściwie zdecydowana większość pacjentek z chorobą afektywną dwubiegunową, jeżeli ta choroba jest dobrze prowadzona, może żyć normalnie. Depresja – powtarzam jak mantrę - jest uleczalna, trzeba tylko podjąć odpowiednie leczenie. Kobiety chore psychicznie też pragną mieć normalne rodziny, pragną rodzić dzieci. Zadaniem psychiatry jest pomóc pacjentce oraz współpracować z lekarzem rodzinnym i ginekologiem. Naprawdę można taką pacjentkę prowadzić, tak, żeby urodziła zdrowe dziecko i spełniała się w roli matki. Z drugiej strony mamy ogromny obszar zaburzeń psychicznych związanych z okresem okołoporodowym. Nie każda ciąża przebiega w sposób miły, przyjemny i prawidłowy. W okresie poporodowym kilkanaście procent kobiet zaczyna mieć problemy depresyjne. Kobiety często nie dbają o siebie, nie pójdą do psychologa, czy psychiatry. Według nich „to nie jest czas na zajmowanie się swoimi emocjami”, „przecież mają małe dziecko”. Często lekarz ginekolog jako pierwszy rozpoznaje depresję poporodową lub lekarz pediatra, bo na przykład zobaczy, że dziecko nie przybiera na wadze, że matka nie radzi sobie z karmieniem lub w drugą stronę, matka jest nadmiernie zabsorbowana i dzwoni do lekarza 5 razy dziennie, że coś się dzieje, a dziecko jest zdrowe. Trzeba docierać do świadomości społecznej, że depresja poporodowa jest uleczalna, należy tylko przełamać psychologiczne bariery i zwrócić się do lekarza. Nie sposób nie zasygnalizować problemów związanych z trudnościami zachodzenia w ciążę, problemów psychicznych związanych z niepłodnością, ale też problemów psychicznych związanych z uszkodzeniem płodu, poronieniem albo noszeniem dziecka, które jest skazane na to, że umrze zaraz po urodzeniu, albo jeszcze w łonie matki. To co się ostatnio w sferze polityczno-społeczno-prawnej dzieje, też dotyczy psychiatrów. Przychodzą do nas pacjentki z letalną ciążą, czyli dzieckiem, płodem z wadą letalną, które oczekiwały, że dostaną od psychiatry zaświadczenie, że to jest zagrożenie dla ich zdrowia i życia, i będzie to podstawą do legalnej terminacji ciąży. Niestety jest to bardzo trudne, bo inna jest sytuacja, kiedy mamy do czynienia z pacjentką z jakąś ciężką chorobą psychiczną, z psychozą, a inna sytuacja, kiedy pacjentka ma zaburzenia adaptacyjne, zrozumiałe w takich okolicznościach. Nas, psychiatrów ten problem też dotyka. Jeżeli mówimy o kobiecie w pandemii, wiemy, że u pacjentów, którzy chorowali na COVID-19, czy w ogóle w społeczeństwie, pojawiło się więcej zaburzeń psychicznych, około 30% osób doświadcza zaburzeń emocjonalnych, czy to w postaci lęku, bezsenności, czy zaburzeń depresyjnych. Epidemiologicznie kobiety chorują dwukrotnie częściej niż mężczyźni. Mogę powiedzieć, że pandemia silniej dotknęła kobiety, zwłaszcza te wielozadaniowe, które były aktywne zawodowo. Kobiety zostały zamknięte w domu i zaczynały się problemy. Nawet bardziej niż u pacjentek psychiatrycznych, które wcześniej chorowały, bo te były przyzwyczajone do izolacji. Aby prawidłowo dbać o zdrowie psychiczne



konieczne jest holistyczne spojrzenie na pacjenta i współpraca lekarza psychiatry z innymi specjalistami, lekarzami rodzinnymi.

Prof. Anna Latos-Bieleńska, Konsultant Krajowa w dziedzinie Genetyki Klinicznej

Genetycy kliniczni mają narzędzia, które umożliwiają ocenę, czy w danym przypadku występuje podwyższone ryzyko zaburzeń genetycznych – u kobiety i jej dzieci. Chciałabym zachęcić Lekarzy do dokładnego zbierania wywiadu rodzinnego (a nawet do wykreślenia rodowodu). Może się okazać, że w ten sposób zidentyfikujemy rodzinę wysokiego ryzyka genetycznego zagrożoną urodzeniem dziecka z ciężką chorobą genetyczną albo stwierdzimy obciążenie rodzinne chorobą genetyczną, która – gdy występuje u kobiety - ma duże znaczenie dla przebiegu ciąży i porodu. Innym ważnym problemem są poronienia samoistne, jest to utrata zwykle upragnionej i oczekiwanej ciąży, co zawsze jest dużą traumą dla kobiety. Bardzo ważne jest określenie przyczyny poronienia. Okazuje się, że aż w 60. procentach przypadków przyczyną poronienia jest ciężka, zwykle wczesnie letalna, choroba genetyczna rozwijającego się zarodka i płodu. Można to dzisiaj ustalić wykonując badanie kosmówki z poronienia metodą mikromacierzy. W 60. procentach przypadków lub częściej badanie ujawni zmiany materiału genetycznego, które wskażą, dlaczego w tym wypadku musiało dojść do poronienia samoistnego. Oprócz tego, że wykazanie zmian genetycznych w materiale z poronienia określa rokowanie i jest ważną częścią diagnostyki poronień, to również ma to znaczący efekt psychologiczny. Kobieta łatwiej akceptuje utratę ciąży, kiedy zrozumie, że to było ciężko chore dziecko, które musiało zginąć na tak wczesnym etapie rozwoju. Trzecia sprawa, o której należy wspomnieć w kontekście zdrowia kobiety, to letalne choroby płodu, ale związane z późnym obumarciem ciąży, co może mieć silny negatywny wpływ na zdrowie kobiety. Mogą to być takie ciężkie genetyczne choroby płodu, jak np. niektóre szczególnie ciężkie przypadki zespołu Downa czy zespołu Turnera – zwłaszcza wtedy, kiedy występuje ogromny uogólniony obrzęk płodu. Jest jeszcze czwarta sprawa, na którą chciałam zwrócić uwagę, to są choroby genetyczne kobiety, które mogą mieć znaczenie dla przebiegu ciąży, porodu i połogu i które powinny, jeśli występują, być rozpoznane jeszcze przed ciążą. Taką chorobą jest np. trombofilia wrodzona, ale nie możemy zapominać też o chorobach rzadkich. Aż 80% chorób rzadkich to choroby genetyczne, wśród nich są takie, które - jeśli występują u kobiety - niosą ze sobą ryzyko poważnych powikłań związanych właśnie z ciążą i porodem. Takim przykładem jest zespół Ehlersa i Danlosa (Ehlers-Danlos syndrome, EDS) - grupa chorób spowodowanych nieprawidłową budową podstawowych składników tkanki łącznej. Objawy ogólne EDS to bardziej elastyczna skóra, skłonność do siniaków, większa ruchomość w stawach i bóle stawów, ale też w niektórych typach skłonność do chorób z autoagresji. Rozpoznanie EDS nie jest łatwe, na dziesięć kobiet z zespołem Ehlersa i Danlosa, dziewięć nie ma ustalonego rozpoznania i w ogóle nie wie, że choruje. W tej chorobie może wystąpić przedwczesny poród, może być gwałtowny drugi okres porodu, rozejście się szwów, może nie działać znieczulenie miejscowe (co przy szyciu krocza ma ogromne znaczenie), a przy niektórych typach EDS może wystąpić nawet ryzyko pęknięcia macicy w czasie ciąży. Chorób rzadkich mających wpływ na przebieg ciąży i porodu jest więcej, dlatego chciałam ten problem zasygnalizować. Bardzo ważnym zagadnieniem jest dostępność badań z zakresu diagnostyki genetycznej oraz świadomość pacjentek i ich najbliższych, a przede wszystkim lekarzy, że należałoby takie badanie przeprowadzić. Jako genetycy kliniczni, kończymy opracowywać rekomendacje dotyczące diagnostyki genetycznej. Jestem



przekonana, że w krótkim czasie możliwości diagnostyki genetycznej w Polsce będą większe, myślę tutaj również o diagnostyce prenatalnej. Chciałabym również zwrócić uwagę, jako ambasador Programu SOS dla Rozszczepu Kręgosłupa organizowanego przez Fundację na Rzecz Dzieci z Przepukliną Oponowo-Rdzeniową i Innymi Wadami Rozwojowymi „SPINA”, że w przypadku stwierdzenia rozszczepu kręgosłupa prenatalnie u płodu lub po urodzeniu u noworodka, w całej Polsce jest możliwość, że wolontariusze, którymi są rodzice dzieci z tą wadą, przyjadą do matki i udzielą jej wsparcia.

***Dr Wojciech Puzyra, Dyrektor Szpitala
Specjalistycznego św. Zofii w Warszawie***

Chciałbym określić najpilniejsze wyzwania, jakie stoją przed tymi, którzy opiekują się kobietą w ciąży, w czasie porodu i połogu. Szpitalem Świętej Zofii kieruję już prawie 30 lat, a szpital, jest najpopularniejszą placówką położniczą na Mazowszu. Realizujemy od 6-7 tys. porodów rocznie. Około 30% z nich to cięcia cesarskie, a w Polsce cięcia cesarskie są obecnie na poziomie średnio ok. 45%, co plasuje nasz kraj w niechlubnej pierwszej trójce na świecie. Poprzez nasze codzienne działania mamy zapewnić bezpieczeństwo pacjentkom i ich rodzinom, czyli brak zagrożenia utraty zdrowia i życia oraz pełny komfort psychiczny. W mojej ocenie komfort psychiczny, to jest pięta achillesowa naszego systemu. Reformujemy służbę zdrowia od ponad 30 lat i nieustannie popełniamy strategiczne błędy, które mszczą się także ekonomicznie. Oczywiście mówię o obszarze ginekologiczno-położniczym. W Polsce, jak sprawdziłem według GUS mamy 949 szpitali ogólnych. Wydaje się, że zupełnie wystarczyłoby 1/3 tych placówek, by zapewnić pełne bezpieczeństwo naszym podopiecznym, a jednocześnie zapewnić lepsze finansowanie, tych które funkcjonują. W zakresie położnictwa i ginekologii mamy w Polsce ok. 400 oddziałów położniczych, które średnio przyjmują ok. 837 porodów rocznie, a bardzo wiele poniżej 500 porodów rocznie. Ta liczba jest poniżej jakiegokolwiek stanu opłacalności ekonomicznej, bo pamiętajmy, że w położnictwie i ginekologii, żeby zapewnić bezpieczeństwo pacjentkom i ich dzieciom trzeba stale mieć w gotowości trzy specjalności: położnictwo, neonatologię i anestezjologię. Na Mazowszu obecnie pracuje 50 bloków porodowych, z czego aż 22 poniżej średniej krajowej liczby porodów rocznie. Rozmawiamy regularnie, o konieczności ograniczenia liczby placówek, a tym samym poprawy warunków ekonomicznych pozostałych. Niestety cały czas się to nie udaje. Jeden z poprzednich Ministrów Zdrowia deklarował dzień po zaprzysiężeniu na to stanowisko, że zamknie połowę szpitali powiatowych. Niestety, dwa tygodnie później zmienił zdanie i stwierdził, że to politycznie jest niewykonalne. Mamy kilkanaście organów założycielskich dla szpitali i efekt umiarkowanej koordynacji w tym zakresie. Chcę także powiedzieć, że w 2021 r. spodziewamy się najmniejszej po wojnie liczby porodów, czyli około 335 tys. Przypomnijmy, że najwięcej po wojnie porodów odnotowano w 1955 r. – ok. 794 tys. W 1983 r. było ich ok. 724 tys., a potem już coraz mniej. W 2020 r. odnotowano ok. 354 tys. porodów.



W Polsce prowadzimy bardzo kosztowną opiekę nad kobietami w ciąży, jedną z najkosztowniejszych na świecie. Niekoniecznie równie efektywną i równie przyjazną dla pacjentek, ale chcę zauważyć, że zmienił się system. Ponad 20 lat temu położne zaczęły kończyć studia licencjackie, magisterskie, uzyskują doktoraty, a w praktyce niewiele się zmieniło w tym zakresie. Ciążę prowadzą niezwykle rzadko. Z przyczyn ekonomicznych 30 lat temu Amerykanie przenieśli opiekę nad kobietami w ciąży w

dużej części do położnych. W Szwecji z przyczyn ekonomicznych, ale także racjonalnych 80% kobiet w ogóle nie spotyka lekarza na swojej drodze w związku z ciążą, porodem i połogiem. Wszystko, łącznie z badaniami USG wykonują położne. Nasz system po 20 latach nadal nie zauważył tego, że mamy położne z wyższym wykształceniem, bardzo duża ich część kończy dodatkowo kursy specjalizacyjne. W szpitalu, którym kieruję, od 2012 r. funkcjonuje Dom Narodzin, czyli miejsce, w którym pacjentka może wybrać sobie mniej zmedykalizowaną opiekę w czasie porodu. Do 2020 r., aby pacjentkę mogła tam samodzielnie prowadzić położna musiał zatwierdzić to lekarz swoją pieczęcią. Dopiero po naszej interwencji u Wiceministra Zdrowia z rocznym poślizgiem NFZ zniósł taki rygor. To wszystko generuje straty pieniędzy. Duża część kobiet wybiera komercyjną opiekę lekarską w ciąży. W efekcie mogą wykonywać badania laboratoryjne oraz USG wyłącznie prywatnie. Nie mogą tego zrobić w systemie NFZ chyba, że chodzą do dwóch lekarzy równolegle.

Za bardzo skomplikowane operacje endometriozy, często porównywalne z najbardziej skomplikowanymi operacjami onkologicznymi NFZ nadal płaci tylko 3,5 tys. zł. Operacja raka tarczycy jest wyceniona przez NFZ na 23 tys. zł. Tak wygląda proporcja w kwestii motywacji placówek publicznych do tego, żeby zajmować się pacjentkami z endometriozą. Endometriozy nadal skutecznie w systemie publicznym nie leczymy.

Dr Urszula Tataj-Puzyna, Położna, Adiunkt badawczo-dydaktyczny Zakładu Położnictwa CMKP

Od ponad 35 lat, jako położna, towarzyszę kobietom podczas ciąży, przygotowuję je do porodu, prowadzę zajęcia dydaktyczne. Przyjmowałam porody w domach, pracowałam w kilku warszawskich szpitalach, w przyszpitalnym Domu Narodzin, realizując opiekę zgodnie z potrzebami i oczekiwaniami kobiet, zapewniając intymność i zaufanie, budując pozytywne emocje. To, w jaki sposób nasze dzieci przychodzą na świat, ma ogromne znaczenie dla jego przyszłości. To, w jaki sposób opiekujemy się kobietami w okresie ciąży, porodu i połogu wpływa na jakość ich macierzyńskiego doświadczenia. Obecnie opiekuję się kobietami, które po niekorzystnej diagnozie prenatalnej, mimo zdiagnozowanych wad letalnych (śmiertelnych) u dziecka/płodów, pragną kontynuować ciążę i urodzić swoje chore dziecko. To doświadczenie pokazało mi, jak wiele należy zrobić w tym obszarze i jak bardzo kobiety te potrzebują wsparcia i poczucia bezpieczeństwa zarówno na poziomie organizacyjnym, poprzez możliwość wizyt nie tylko u lekarza, ale również u położnej, która dzięki swoim umiejętnościom przygotowuje kobietę do porodu, zapewniając wszystkie potrzeby emocjonalne. Dla tych kobiet ta ciąża ma sens, bo śmiertelnie chore dziecko jest dla nich największą wartością i chcą mieć wokół siebie ludzi, którzy będą je wspierać w tej podjętej decyzji. Dodatkowo prowadząc badania naukowe dowiodłam, że ta grupa kobiet oczekuje szacunku dla ich decyzji, empatycznej profesjonalnej opieki nie tylko lekarza prowadzącego, ale również położnej, która z pełnym zrozumieniem i otwartością przeprowadzi kobietę przez okres trudnej i wymagającej ciąży. Dla wielu z nich ta ciąża jest jedynym doświadczeniem macierzyństwa, dlatego oczekują, że ich dziecko w fazie prenatalnej będzie traktowane z szacunkiem, że otrzyma status „dziecka” a nie „niekorzystnej diagnozy”. Poszukują wsparcia medycznego i akceptacji społecznej, chcą się przygotować do porodu jak inne matki, nie chcą by marginalizowano ich potrzeby tylko dlatego, że zdecydowały się urodzić śmiertelnie chore dziecko. Rodzina, która otrzymuje diagnozę, że ich poczęte dziecko posiada wady letalne przeżywa szok, niedowierzanie, niewyobrażalny ból.



To doświadczenie jest dla nich druzgocące ale pomimo tego, pragną kontynuować ciążę i urodzić wymarzone dziecko. Od postawy i empatycznej opieki lekarzy i położnych zależy komfort psychiczny kobiet/rodzin w tej tragicznej dla nich sytuacji. To co można zrobić od strony medycznej, to zapewnić profesjonalną opiekę, opartą na szacunku dla decyzji, zapewniając komfort i bezpieczeństwo dostosowane do potrzeb kobiety i jej rodziny.

W celu zapewnienia tym kobietom/rodzinom właściwego wsparcia należy dostosować istniejącą opiekę okołoporodową i opiekę hospicyjną do ich specyficznych potrzeb i oczekiwań. Dodatkowo z badań wynika a praktyka to potwierdza, że tym kobietom brakuje opieki położnej podczas trudnej ciąży oraz przygotowania do porodu, tak jak ma to miejsce u kobiet w ciążach rozwijanych się prawidłowo. Obecnie większość z tych kobiet może jedynie liczyć na kontakt z hospicjum lub lekarzem, co jednak nie jest w stanie zaspokoić potrzeb związanych z doświadczaniem macierzyństwa prenatalnego i przygotowaniem do porodu.

Położne są ważnym filarem opieki Perinatalnej Opieki Paliatywnej dlatego powinny mieć ugruntowaną prawnie pozycję w systemie oraz możliwość aktualizacji wiedzy i umiejętności wynikających z najnowszej wiedzy. Dzięki ich czasowej dostępności mają większą szansę na zbudowanie zaufania i relacji z kobietą/rodziną koniecznych do prawidłowego przejścia przez to trudne doświadczenie. Praktyka potwierdza, że empatyczne, profesjonalne towarzyszenie podczas ciąży, szacunek okazany kobiecie i rodzącemu się dziecku, czas pożegnania z dzieckiem, zebranie pamiątek, ułatwia kobietom przejść wszystkie etapy żałoby, niezbędne by wrócić do normalnego życia i kolejnych planów prokreacyjnych. Polskie położne podczas studiów I i II stopnia są przygotowywane, by opiekować się, wspierać w ramach profilaktyki zdrowia i edukacji kobiet na każdym etapie ich życia. Ich opieka jest dedykowana nie tylko kobietom w ciąży fizjologicznej, ale również w ciąży trudnej, powikłanej, zagrożonej. Pracując przez ostatnich dziesięć lat na Warszawskim Uniwersytecie Medycznym wraz z Zespołem doświadczonych położnych prowadziłam wykłady dotyczące sytuacji trudnych w ciąży, przygotowując adeptki zawodu do opieki nad tą grupą kobiet. Uwzględniając jednak, że omawiane zagadnienie jest bardzo trudne, wprowadzenie kształcenia na poziomie podyplomowym jest bardzo ważne i potrzebne. Wychodząc naprzeciw oczekiwaniom, uwzględniając obowiązującą sytuację, jak również informacje uzyskane od koleżanek sprawujących opiekę nad kobietami, które podjęły decyzję o kontynuowaniu ciąży, opracowałam kurs dokształcający *Perinatalna opieka paliatywna dla położnych*, który będzie realizowany w Warszawie. W programie kursu zostały zawarte treści kształcenia z zakresu sprawowania profesjonalnej opieki nad kobietą z niekorzystną diagnozą oraz zasad komunikacji i technik zapobiegania wypaleniu zawodowemu, co z pewnością podniesie jakość opieki nad tymi kobietami. Uwzględniając kwalifikacje położnych, jak również zaangażowanie w sprawowanie opieki nad tą grupą kobiet, ważnym jest wprowadzenie regulacji prawnych, dających położnym pełne możliwości pracy zapewniając aspekt prawny.

*Prof. Małgorzata Kołodziejczak, Prezes Polskiego Klubu
Koloproktologii Towarzystwo Naukowe, Kierownik
Warszawskiego Ośrodka Proktologii Szpitala św. Elżbiety w
Warszawie*

Powikłania okołoporodowe mogą powodować nietrzymanie gazów i stolca po porodzie. Nazywamy to „cichą chorobą”, bo kobiety o tym się wstydzą mówić, a my lekarze o to nie pytamy. Co więcej NFZ nie uwzględnia tej choroby w swoim katalogu. W rzeczywistości okazuje się, że 70% przypadków nietrzymania gazów i stolca dotyczy kobiet i jest związane z porodem. Jest to znaczne inwalidztwo, które w różnym stopniu może występować, a pacjentki nie mogą często wyjść z domu i nie mogą podjąć pracy zawodowej. Jest to tragedia w ich życiu seksualnym, zawodowym i rodzinnym. W Polsce nie ma dokładnych statystyk tego schorzenia, a dane



epidemiologiczne podają poniżej 1%. W Anglii nietrzymanie gazów i stolca po porodzie występuje u 6% kobiet, co wydaje mi się, że nie jest związane z niskim poziomem połoźnictwa w Wielkiej Brytanii, tylko raczej z dobrą rozpoznawalnością tego typu uszkodzeń. Dlaczego o tym mówię? Ponieważ wiadomo, że z różnych względów trzeba wykonać planowy zabieg rekonstrukcyjny dla zwieracza odbytu, odroczonego o kilka miesięcy. Funkcje zwieracza odbytu można przywrócić. Nie jest to łatwa operacja, przeciwnie, jest to trudna, specjalistyczna operacja, wymagająca doświadczenia operatora w wykonywaniu tego typu zabiegów. Takie doświadczenie zdobywa się latami, ja sama długo uczyłam się tych operacji, potykałam się o różne niepowodzenia, więc to nie jest zabieg, którego się od razu chirurg mógłby nauczyć. Nie wszyscy zdają sobie sprawę z tego, że operacja naprawcza zwieraczy nie znajduje się na liście refundowanych operacji przez NFZ. Tego typu operacje należy rozliczać, jako mały zabieg proktologiczny, którego wycena podobna jest do operacji hemoroidów (ok. 1,7 tys. zł), czy szczelin odbytu (ok. 500 zł). Ta niska refundacja operacji rekonstrukcji zwieraczy przez NFZ sprawia, że jest małe zainteresowanie na oddziałach chirurgicznych wykonywaniem tych operacji. Trudność zabiegu operacyjnego wymagającego dużego doświadczenia, a także możliwość powikłań powoduje, że zabiegi te niechętnie wykonuje się w sektorze prywatnym. Należy więc się zapytać, gdzie i do jakiego oddziału powinna się zgłosić pacjentka, która ma ciężkie kalectwo dotyczące uszkodzenia zwieraczy i która wymaga leczenia operacyjnego. Trzeba też mieć na uwadze, że niejednokrotnie te pacjentki w oczekiwaniu na planowy zabieg mają wylonioną stomię, a są to młode kobiety chcące wrócić do aktywności zawodowej, społecznej. Należy podkreślić wysokie koszty sprzętu stomijnego oraz długie czasy oczekiwania na zabieg, nie mówiąc już o społecznych kosztach izolacji społecznej i wykluczenia. Podsumowując, operacje rekonstrukcyjne na zwieraczach powinny być wykonywane przez doświadczonych proktologów, w kilku ośrodkach w Polsce. W tych ośrodkach mogliby się szkolić inni chirurdzy. Zabieg rekonstrukcji zwieraczy powinien znaleźć się na liście operacji refundowanych przez NFZ. Refundacja powinna być odpowiednia do poniesionych kosztów przez szpital i kompatybilna z trudnością operacji. Powinno się stworzyć sieć ośrodków rehabilitacyjnych dla pacjentek z inkontynencją, dostępnych również w ramach świadczeń NFZ.

*Prof. Paweł Bogdański, Kierownik Katedry i Zakładu
Leczenia Otyłości, Zaburzeń Metabolicznych oraz
Dietetyki Klinicznej UM w Poznaniu*



Chciałem zwrócić uwagę na ogromne zagrożenie otyłością dla zdrowia i życia kobiet, co niewątpliwie wpływa na bezpieczeństwo rodziny. Ten temat znakomicie wpisuje się w ramy dzisiejszej konferencji. Zacznę od tego, żeby Państwu pokazać, jaka jest skala i zagrożenie rozwoju tej przewlekłej poważnej choroby, bo tak o otyłości powinniśmy w świadomy sposób dzisiaj już mówić. Otyłość to przewlekła choroba. Dane z Narodowego Funduszu Zdrowia z 2019 r. mówiły o tym, że w Polsce 53% Polek ma nadmierną masę ciała. Dane pochodzące z CBOS z 2019 r. mówią już o 59 %. Polskie Towarzystwo Leczenia Otyłości, którego mam przyjemność być Prezesem podkreśla wzrost częstości występowania otyłości i nadwagi wśród dzieci i nastolatków - w tym zakresie Polska zajmuje piąte miejsce. Polskie dzieci należą do najszybciej tyjących w Europie. Szacuje się, że w Polsce każdego roku będzie przybywać ok. 400 tys. dzieci z nadwagą, a w tym aż 80 tys. dzieci z otyłością. To ogromne zagrożenie dla zdrowia i życia kobiet w naszym kraju. Epidemia otyłości przybrała na swoim wymiarze, również w czasie pandemii COVID-19. W ogromny sposób przyspieszyła powodując, że za moment będziemy borykać się z ogromnymi problemami. Prognozy nie napawają optymizmem. Z niepokojem obserwujemy fakt, że otyłość to choroba, która jest najbardziej zaniedbana, niediagnozowana i nieświadomiona. Dane z lutego 2021 r. pokazują, że ponad 80% Polaków nadal nie postrzega otyłości jako choroby, którą trzeba się zająć, diagnozować i leczyć. To choroba nieświadomiona, ale również niediagnozowana. Średni czas na postawienie diagnozy choroby otyłościowej wynosi ok. pięciu lat. Osoba chorująca na otyłość czeka pięć lat zanim lekarz powie: „choruje pani na bardzo poważną chorobę, którą musimy leczyć, chorobę, która ma swoje powikłania, chorobę która ma swoje standardy postępowania i leczenia, bo otyłość to przewlekła choroba. Choroba bez tendencji do samoistnego ustępowania, z tendencjami do nawrotów z licznymi konsekwencjami zdrowotnymi, medycznymi, konsekwencjami ekonomicznymi, społecznymi i psychologicznymi, z ogromną liczbą powikłań”. I my tak naprawdę dzisiaj stoimy w obliczu konieczności podjęcia działań, które będą zmierzały do zahamowania poważnych konsekwencji choroby otyłościowej. Chciałbym przedstawić kilka argumentów, dlaczego musimy podjąć dyskusję nad koniecznością zmian systemowych dotyczących poprawy dostępności i skuteczność zarówno profilaktyki, jak i leczenia choroby otyłościowej w naszym kraju. Bo to wyzwanie przed, którym naprawdę nie możemy zamykać oczu. Po pierwsze pacjentki chorujące na otyłość, już teraz, a za moment ustawią się kolejki do licznych specjalistów zajmujących się leczeniem powikłań otyłości. Ja nie znam żadnej innej, przewlekłej choroby o tak dużej liczbie potencjalnych powikłań, które może generować otyłość. Otyłość w dramatyczny sposób zwiększa ryzyko rozwoju cukrzycy typu 2. U kobiety z BMI powyżej 35, ryzyko rozwoju cukrzycy wzrasta 90 krotnie. Otyłość jest przyczyną rozwoju nadciśnienia tętniczego. Szacuje się, że blisko 50% wszystkich przypadków nadciśnienia tętniczego w naszym kraju, to skutki tylko i wyłącznie otyłości. Zgodnie ze standardami Polskiego Towarzystwa Nadciśnienia Tętniczego mówi się, że najskuteczniejszą metodą zapobiegania rozwojowi nadciśnienia tętniczego jest modyfikacja stylu życia, a zwłaszcza redukcja masy ciała. Ponad 10 milionów Polaków w naszym kraju choruje na nadciśnienie tętnicze. Otyłość jest niezależnym czynnikiem rozwoju miażdżycy i wszystkich jej klinicznych konsekwencji – udarów mózgu, zawałów oraz przedwczesnego zgonu sercowo-naczyniowego. Otyłość jest przyczyną rozwoju niealkoholowej,

stłuszczeniowej choroby wątrobowej. Otyłość prowadzi do niewydolności nerek oraz sprzyja rozwojowi choroby zwyrodnieniowej stawów. Choroba otyłościowa wpływa na zdrowie prokreacyjne kobiet, zmniejsza szanse na zajście w ciążę, powoduje, że przebieg ciąży jest dużo bardziej zagrożony, poród bardziej obciążony, co wpływa na dalsze losy dzieci urodzonych przez kobiety chorujące na otyłość. Otyłość jest niezależnym czynnikiem rozwoju chorób nowotworowych. Szacuje się, że w Unii Europejskiej ponad 100 tys. nowotworów rozpoznawanych co roku, to skutki tylko i wyłącznie otyłości. To rak jelita grubego, rak piersi, rak trzustki oraz rak nerki. Otyłość, tak jak każda inna przewlekła choroba, w momencie, kiedy postępowanie nefarmakologiczne jest nieskuteczne wymaga wykorzystania skutecznych nowoczesnych metod, którymi dzisiaj już dysponujemy. Pozostawienie pacjenta tylko i wyłącznie samemu sobie, z informacją, że „to tylko pani wina”, że „gdyby się pani tylko więcej ruszała, mniej jadła” jest nieetyczne i niezgodne z obowiązującymi standardami leczenia tej przewlekłej choroby. W każdej innej przewlekłej chorobie nadciśnieniu tętniczym, cukrzycy typu 2, hipercholesterolemii, w momencie kiedy nasze postępowanie nefarmakologiczne jest nieskuteczne i niewystarczające musimy wdrożyć nowoczesną farmakoterapię, którą dysponujemy, która uzyskała swoje miejsce w standardach postępowania i leczenia tej choroby. Mamy leki, które w istotny sposób pozwalają na skuteczne leczenie otyłości, a przy tym zapobieganiu ogromnej liczby jej powikłań. W związku z tym wykorzystanie nowoczesnej farmakoterapii jest naszym obowiązkiem. Mamy analogi GLP-1 - w tym momencie jest jeden lek dostępny w Polsce, a za chwilę będziemy mieli dwa analogi GLP-1 zarejestrowane do leczenia otyłości. To oczywiście ogromna szansa dla dużej ilości Polek chorujących w naszym kraju na otyłość.

Prof. Leszek Czupryniak, Kierownik Kliniki Diabetologii i Chorób Wewnętrznych, Warszawski Uniwersytet Medyczny

Wiemy, że w okresie przedmenopauzalnym choroby układu krążenia występują u kobiet rzadziej niż u mężczyzn. Natomiast w cukrzycy ta różnica między obydwojema płciami znika. Kobieta 40-50-letnia, a nawet 30-paroletnia, która choruje na cukrzycę może mieć chorobę wieńcową, co jest rzeczą rzadką u kobiety bez cukrzycy. Kobiety szczęśliwie bardziej dbają o swoje zdrowie. Dbają też o zdrowie swoich rodzin, co widać bardzo wyraźnie w naszych gabinetach. Zwykle to żona przyprowadza męża do lekarza, koordynuje jego leczenie i podaje leki.

W diabetologii szczególną uwagę przywiązuje się do okresu ciąży. Mamy tutaj dwie grupy pacjentek. Pierwsza z nich, to pacjentki z cukrzycą przedciążową, czyli najczęściej z cukrzycą typu 1 (ale i coraz częściej i typu 2), które zaszły w ciążę. W ich przypadku, dzięki nowoczesnym insulinom oraz systemom monitorowania glikemii, jesteśmy w stanie w cukrzycy typu 1 przeprowadzić ciążę bezpiecznie i doprowadzić do urodzenia zdrowego dziecka. Ten okres okołoporodowy może przebiec tak, jak u kobiety bez cukrzycy. To są ewidentne osiągnięcia ostatnich 2-3 dekad. Jeszcze w latach 90-tych śmiertelność wśród dzieci rodzonych przez matki z cukrzycą typu 1 sięgała nawet 20%, a w tej chwili jest minimalnie wyższa od śmiertelności całej ogólnej populacji. Drugą, zauważalną grupą pacjentek zachodzących w ciążę są pacjentki z cukrzycą typu 2. W tej chwili średni wiek rodzącej wynosi w Polsce prawie 30 lat. Mamy rosnącą, zwłaszcza po pandemii Covid-19, grupę kobiet, które wylądowały na pracy zdalnej, są to często osoby z wyższym wykształceniem, a w tej grupie okres przesunięcia



decyzji o posiadaniu dziecka przypada na czwartą dekadę życia, czyli są to osoby trzydziestoparoletnie. Te kobiety pracują zdalnie z domu, przytyły i rozwinęły cukrzycę typu 2. W ciąży stosujemy obydwie metody leczenia cukrzycy. Jest to postępowanie nefarmakologiczne polegające na utrzymaniu właściwego żywienia i stosowaniu umiarkowanego wysiłku fizycznego oraz farmakologiczne – przede wszystkim z zastosowaniem insuliny. W cukrzycy ciążyowej (czyli takiej, która typowo pojawia się pod koniec ciąży u kobiet z prawidłową gospodarką węglowodanową przed ciążą) generalnie wyrównanie cukrzycy nie jest tak trudne, jak uzyskanie tego dobrego wyrównania w cukrzycy typu 1. Przebycie cukrzycy ciążyowej jest silnym ryzykiem rozwoju cukrzycy w późniejszych latach. Połowa kobiet cukrzycą ciążyową w ciągu 6-8 lat rozwija cukrzycę typu 2, więc te pacjentki muszą regularnie monitorować glikemię, i dążyć do normalnej masy ciała, bo to jest jak najskuteczniejsza prewencja.

Problemem i wyzwaniem dla lekarzy i dla pacjenta w leczeniu cukrzycy typu 2, zwykle skojarzonej z nadwagą i otyłością są restrykcyjne kryteria refundacyjne analogów peptydu glukagonopodobnego 1 (GLP-1). Lek jest refundowany przy wskaźniku masy ciała BMI 35 kg/m² i więcej oraz wartości hemoglobiny glikowanej HbA1c wynoszącej co najmniej 8%. Te kryteria zostały wprowadzone w styczniu 2020 r. Bariera BMI 35 jest kłopotliwa, gdyż umożliwia leczenie refundowanym analogiem GLP-1 osób bardzo otyłych. W większości krajów refundacja publiczna możliwa jest od BMI 30 kg/m² czyli od progu rozpoznania otyłości. Z kolei HbA1c 8% to także jest za wysoko, bo celem ogólnym jest dążenie do wyrównania cukrzycy na poziomie poniżej 7%. Nie wątpię, że moment złagodzenia kryteriów refundacyjnych przyjdzie, im wcześniej, tym lepiej dla naszych chorych. Dwa lata praktyki refundacyjnej pokazały jak potrzebne są to leki i jak często je przepisujemy. Niestety w większości przypadków pacjenci otrzymują leki bez refundacji. Pacjenci, widząc korzyści, decydują się przynajmniej na kontynuację zainicjowanej terapii, ale bariera finansowa istnieje i po paru miesiącach przerywają leczenie, ponieważ nie są w stanie pokryć kosztów tych leków. I to jest fatalne, bo analogi GLP-1 są lekami, które należy stosować przewlekłe.

Prof. Artur Mamcarz, Kierownik III Kliniki Chorób Wewnętrznych i Kardiologii WUM

Związek między otyłością a ryzykiem poważnych powikłań sercowo-naczyniowych jest znany nie tylko u kobiet, lecz także u mężczyzn. Otyłość powinniśmy traktować, jako chorobę, a nie defekt estetyczny. Pacjentki z otyłością mają częściej kluczowe czynniki ryzyka z chorobą sercowo-naczyniową. To jest przede wszystkim nadciśnienie tętnicze, które występuje w ogromnej większości przypadków u kobiet otyłych. To jest także dyslipidemia, czyli zaburzenia gospodarki lipidowej. Te dwa główne ryzyka miażdżycy powodują wystąpienie klinicznych objawów tej choroby lub ostrych zespołów chorobowych - zawałów serca oraz udarów niedokrwiennych mózgu. To są dwa kliniczne zespoły, które skracają życie, a które jeśli pacjenci przeżyją, powodują pogorszenie jego jakości. To jest także zwiększone ryzyko arytmii serca, która wynika z wielu powodów, m.in. z tego, że osoby z otyłością mają częściej obturacyjny bezdech senny, czyli zaburzenia związane ze złą jakością snu. Determinuje to aktywację układu współczulnego, przez przyspieszenie rytmu, generując ryzyko wystąpienia arytmii komorowych, a także migotania przedsionków, a to jest głównym czynnikiem wystąpienia udarów mózgu. Błędne koło, które występuje z pojawieniem się nadwagi i otyłości determinują ryzyko bardzo wielu problemów z zakresu układu sercowo-naczyniowego. Dlatego my lekarze musimy to przerwać. Pandemia COVID-19 niczym katalizator przyspieszyła procesy zaburzenia metabolizmu, będziemy mieli



wysyp cukrzycy i związane z tym ryzyko metaboliczne. Dlatego musimy w końcu zatrzymać to błędne koło, na którymś etapie. Oczywiście jednym ze sposobów są analogi GLP-1. To jest absolutny przełom dla pacjentów z cukrzycą, ale także dla pacjentów z otyłością, a przy tym obniżenie ryzyka zgonu powodowanego chorobami sercowo-naczyniowymi. Drugą grupą leków są inhibitory SGLT2, stosowane w leczeniu cukrzycy typu 2 i przynoszące wymierne korzyści także w niewydolności serca. Pewnie w cukrzycy przyszłością będzie terapia skojarzona tymi dwoma typami leków, o kompletnie różnym mechanizmie działania. Dodatkowo te leki nie dają ryzyka hipoglikemii. Hipoglikemia z punktu widzenia kardiologicznego, jest ważnym markerem ryzyka. Hipoglikemie zwiększają ryzyko wystąpienia letalnych, śmiertelnych arytmii u pacjentów z cukrzycą. Dlatego wyeliminowanie tego niepożądanego działania to jest klucz do absolutnego sukcesu dla pacjentek i pacjentów z cukrzycą. W terapii nadciśnienia tętniczego od dawna wiemy o tym, że chcąc uzyskać wysoko postawione cele terapeutyczne trzeba zastosować dwa, a czasem trzy leki w terapii skojarzonej. W zaburzeniach gospodarki lipidowej często korzystamy z terapii skojarzonej - statyna i ezetymib.

Powikłania sercowo-naczyniowe to ciągle kluczowy problem epidemiologiczny. 50% wszystkich zgonów w Polsce to zgony wynikające z chorób układu sercowo-naczyniowego. W Polsce ok. 11-12 mln osób choruje na nadciśnienie tętnicze, a ok. 16-17 mln ma dyslipidemię, czyli podwyższone stężenie cholesterolu. Jeśli przyjmiemy, że połowa społeczeństwa to są kobiety, to myślę, że te liczby należy podzielić po połowie. Chciałbym również obalić pewien mit, że kobiety chorują na choroby układu sercowo-naczyniowego rzadziej. Kobiety nie chorują rzadziej na choroby sercowo-naczyniowe, ale chorują później. Hormony chronią je przed schorzeniami kardiologicznymi, ale kobiety z cukrzycą już nie są chronione. Innym ważnym czynnikiem ryzyka, który eliminuje okres ochronny jest palenie tytoniu. Jeśli mamy ok. 20% kobiet, które regularnie palą tytoń, to one nie są chronione przed zaburzeniami funkcji śródbłonna i u nich te czynniki ryzyka występują wcześniej. Pomijając fakt, że palenie tytoniu jest odrębnym, niezależnym czynnikiem ryzyka wystąpienia powikłań w układzie sercowo-naczyniowym. Kobiety chorują na schorzenia sercowo-naczyniowe nieco inaczej niż mężczyźni, zwłaszcza wówczas, kiedy problemy hormonalne występują u kobiet młodszych, przebieg choroby wieńcowej jest mniej typowy. Jeśli dodatkowo kobiety chorują na cukrzycę, to również przebieg chorób kardiologicznych jest nietypowy. Czasami występują niejasne dolegliwości, duszności, pogorszenie wyrównania metabolicznego i inne. Do tego, jeśli dojdą dodatkowe elementy ryzyka: cukrzyca, palenie tytoniu, otyłość, to powoduje, że trudność w rozpoznaniu pewnych problemów jest znacząco większa. Wobec tego myślę, że mówimy o pewnym działaniu prewencyjnym, czyli o życiu w dobrym stylu. Życie w dobrym stylu, to jest aktywność fizyczna, utrzymywanie należytnej masy ciała, właściwy model żywieniowy, niepalenie tytoniu, umiarkowane używanie alkoholu, szczepienie przeciwko grypie, przeciwko COVID-19 i pneumokokom. To jest także element zdrowego stylu życia, bo kobiety chorujące niezaszczepione mają większe ryzyko powikłań, także sercowo-naczyniowych. W sezonach, które są związane ze zwiększonym ryzykiem zachorowania na choroby infekcyjne, zarówno wirusowe, jak i bakteryjne zwiększa się ryzyko hospitalizacji z powodu chorób układu sercowo-naczyniowego. To jest dobra jakość snu, która u osób otyłych jest gorsza, występuje bezdech senny i bezsenność.

*Dr Małgorzata Gałązka-Sobotka, Dyrektor Instytutu
Zarządzania w Ochronie Zdrowia Uczelni Łazarskiego*

System ochrony zdrowia powinien charakteryzować się zarówno zasadami równości, dostępności, bezpieczeństwa i skuteczności, jak i efektywności ekonomicznej. W praktyce wyraża się ona przez zaspokojenie potrzeb zdrowotnych, co gwarantuje nam możliwość realizowania naszych funkcji społecznych i zawodowych. Zatem wszystkie niezaspokojone potrzeby zdrowotne kobiet, na barkach, których często leży zdrowie całej rodziny, przekładają się na zaburzenia funkcjonowania rodziny. Nie ma wątpliwości,



że z perspektywy realizatorów polityki zdrowotnej państwa, niezbędne jest mapowanie deficytów w zakresie zabezpieczenia zdrowotnego kobiet i ich skuteczne niwelowanie. Nasza dyskusja na pewno musi przejść na poziom zarówno Ministerstwa Zdrowia, czyli instytucji, która jest odpowiedzialna za koszyk świadczeń gwarantowanych oraz wyceny świadczeń, jak i płatnika publicznego - Narodowego Funduszu Zdrowia, odpowiedzialnego za gwarancję dostępności do opieki wysokiej jakości. Osobiście czuję się także zobowiązana, jako Wiceprzewodnicząca Rady NFZ, do zwrócenia uwagi na rozwiązania, które mogą zwiększać efektywność alokacji środków publicznych w zdrowie mieszkank naszego kraju. Korzyści płynące z inwestycji w zdrowie są niekwestionowane. Gwarantują utrzymanie produktywności i zdolności do wykonywania zadań zawodowych, od których zależy wartość osiąganego dochodu i płaconej składki zdrowotnej. Można powiedzieć, że system ochrony zdrowia funkcjonować będzie sprawnie i efektywnie oraz będzie również efektywnie zasilany środkami finansowymi, tylko wtedy, kiedy będziemy zdrowi lub choroby będą w ograniczony stopniu wpływać na jakość naszego życia. Ta generalna zasada odnosi się zarówno do zdrowia kobiet, jak i mężczyzn. Ale w kontekście poruszanej tematyki warto skupić się na problemach, które dotyczą Polek. Jednym z bardzo ważnych jest profilaktyka raka szyjki macicy oraz optymalna opieka nad kobietą w okresie ciąży. Obie te potrzeby łączy osoba jaką jest położna, która może i powinna odgrywać w życiu każdej kobiety bardzo ważną rolę, od okresu nastoletniego do późnej starości.

Na poziomie Rady NFZ po raz kolejny dokonaliśmy przeglądu efektów wdrażania programów opieki kompleksowej w tym Koordynowanej Opieki nad Kobieta w ciąży tzw. KOC. Niestety, jest to projekt, który nie spotkał się ani z entuzjazmem środowiska położników, ani z wielkim entuzjazmem samych pacjentek. W programie uczestniczyło w I połowie 2021 r. w sumie tylko 30 ośrodków, 19 zakwalifikowanych do II-go poziomu położnictwa, 11 działających na III poziomie. Przyczyn tego stanu rzeczy należy upatrywać w bardzo wielu zjawiskach, natomiast, to co bardzo niepokoi, to fakt, że cele, które postawiono przed tym programem, czyli zmniejszenie liczby porodów odbywających się poprzez cesarskie cięcie, ale również zwiększenie odsetka pacjentek rodzących ze znieczuleniem zewnątrzoponowym nie zostały osiągnięte, wręcz sukcesywnie pogarszają się. Odsetek cesarskich cięć wzrósł w 2021 r. do 50,8% w placówkach na II poziomie referencyjności z 42,2 w 2019 r., oraz do 51% w placówka na III poziomie z 50,5 w 2019 r. Odpowiednio odsetek rodzących siłami natury ze znieczuleniem ciągłym spadł z 28,3% w 2019 r. do 24,2% w 2021 r. na II poziomie referencyjności i odpowiednio z 11,7% do 8,96% na III poziomie referencyjności. Postanowiliśmy pochylić się nad tym zjawiskiem i spróbować poszukiwać odpowiedzi, dlaczego ten program nie działa. Najbardziej niepokojące jest przekonanie rodzących młodych kobiet, że cesarskie cięcie jest najbardziej racjonalnym i najbardziej bezpiecznym sposobem dla nich i ich dziecka. Dotychczasowe rozwiązania oparte na opiece lekarzy położników nie prowadzą do zmiany tego nastawienia. Brakuje zaufania

do systemu, przygotowania do porodu, a może matkami zawładnęła moda? Jednocześnie jesteśmy w systemie opieki zdrowotnej przed wielką akcją szczepienia dziewczynek przeciw HPV, być może warto przy tej okazji wzmocnić instytucję położnej i zainwestować w długotrwałą relację młodej dziewczynki z położną, która dzisiaj wyjaśni cel, znaczenie i rolę szczepień ochronnych, aby za kilka lat wykonać pierwszą cytologię i razem przejść przez okres oczekiwania na dziecko i porodu. Większość z nas, kobiet spotkała położną po raz pierwszy na sali porodowej. Okoliczność dłuższej rozmowy mamy zwykle dopiero podczas wizyty patronażowej. Jako mama dwóch córek jestem przekonana, że położna powinna pojawić się w moim życiu znacznie wcześniej, towarzyszyć nam kobietom od dziewczęcych lat. Być może, właśnie ten moment zaszczepienia na HPV, może być pierwszą okazją do tego, aby 12-letnia dziewczynka spotkała położną na swojej drodze edukacyjnej, której dzisiaj nie ma, a którą musielibyśmy dopiero stworzyć, żeby można było udzielić jej pełnej lekcji, jak ważne jest zdrowie kobiety, jakie postawy należy podjąć, aby o to zdrowie dbać od wczesnych lat. Być może, dzięki tej inwestycji, gdzieś w przyszłości udałoby nam się osiągnąć zdecydowanie wyższe zaufanie do położnej, jako do osoby, która może prowadzić kobietę przez całe życie w trosce o zdrowie, a w wyjątkowym okresie ciąży i porodu ofiarować spersonalizowane wsparcie. Być może wówczas uwierzemy, że cesarskie cięcie nie jest jedynym i optymalnym rozwiązaniem przyjścia na świat naszego dziecka. Być może również wtedy zmniejszymy przerażające statystyki związane z cesarskim cięciem czy nacięciem krocza, które plasują nas w ogonie Europy. Może właśnie w tej długotrwałej relacji z położną z naszej przychodni POZ zbudujemy świadomość, że cytologia to rutynowe badanie, które powinno być naszym stałym nawykiem, wykonywanym nie koniecznie w gabinecie ginekologa, tylko w naszej przychodni POZ. I w konsekwencji będziemy mogli zbudować świadomość i odpowiedzialność zdrowotną Polek znacznie wcześniej i lepiej niż to robimy dzisiaj. Innym problemem jest otyłość kobiet, która zwiększa ryzyko niepłodności oraz powikłań poporodowych oraz chorobowości dziecka. Rola położnej w edukacji zdrowotnej w tym obszarze jest nie do przecenienia. Mamy na tle innych krajów europejskich naprawdę dużą populację położnych. Wykorzystanie ich potencjału zwiększa szanse na dłuższe i zdrowsze życia każdej z nas, naszych córek i wnuczek. Oby kolejne pokolenia Polek mogły korzystać z kompetencji i wsparcia profesjonalnej opieki położniczej w całym cyklu życia, a nie tylko jego fragmentach.

Dr Roman Topór-Mądry, Prezes Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji

Pamiętam, jak w latach 90. kończyliśmy duży projekt „WHO MONICA”, w którym uczestniczyło ok. 50 ośrodków na świecie. Już wtedy, odnotowaliśmy różnice w diagnozie i w leczeniu chorób sercowo-naczyniowych, przede wszystkim zawałów serca, pomiędzy mężczyznami i kobietami. Dysponowaliśmy wtedy innymi sposobami diagnostyki, niż teraz. Obecnie nie musimy się posługiwać



w tak dużym stopniu EKG, które u kobiet jest mniej charakterystyczne. To jest przykład, jak technologie medyczne potrafią nam pomóc w tym, żebyśmy rozwiązywali problemy, które wydawały się być bardzo trudne do rozwiązania. W diagnostyce chorób sercowo-naczyniowych, ale przede wszystkim w diagnostyce nowotworów rozwój badań genetycznych jest ogromnym osiągnięciem, które pozwoliło nam lepiej diagnozować i lepiej adresować te problemy. Chciałbym zwrócić uwagę na opracowanie Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, która razem z Waszyngtońskim Institute of Health Metrics and Evaluation przygotowała analizę wskaźników zdrowotnych z ostatnich 30 lat. Te dane

zostały wykorzystane w Mapach Potrzeb Zdrowotnych. Znajdziecie w nich Państwo ok. 300 chorób i 80 czynników ryzyka, według grup wiekowych i według województw. Można na poziomie kraju obserwować średni przyrost długości życia kobiet o ok. 7 lat. Są też takie województwa, np. pomorskie i mazowieckie, w których ten przyrost był największy. I to jest też wniosek, że nie wszędzie udaje się przełożyć osiągnięcia technologiczne w medycynie na wydłużenie życia mieszkańców. Chciałem zwrócić również uwagę na to, że oprócz korzystnych zjawisk, mamy też zjawiska niekorzystne. Rak piersi, który kiedyś był na trzecim, czwartym miejscu, teraz zajmuje pierwsze miejsce, jeśli chodzi o obciążenie zdrowotne, odnotowując prawie 70% wzrostu. Dlaczego? Dlatego, że wzrosła ekspozycja kobiet na czynniki ryzyka – nadwaga i otyłość, cukrzyca, palenie tytoniu.

Jako AOTMiT ocenialiśmy profilaktyczną mastektomię, czy usunięcie jajników, kompleksowe rozwiązania organizacyjne, tzw. unity dla raka piersi, raka płuca, czy raka jelita grubego. Zrobiliśmy również opracowanie dla nowotworów ginekologicznych. Te elementy są sukcesywnie wdrażane do systemu ochrony zdrowia, ponieważ wymagają bardzo wielu zmian. Sam dokument nie zmienia jeszcze *status quo*, tylko następuje wdrożenie do systemu, a efekty będą postępować. Cały czas powinniśmy monitorować wprowadzane zmiany, żeby poprawiać procesy oraz jakość. Element poprawy jakości uwzględnia włączanie nowych rozwiązań technologicznych, nowych elementów, które AOTMiT ocenia. W tym celu, coraz nowsze technologie medyczne są implementowane w systemie, natomiast nie można zapomnieć, że najważniejsza jest profilaktyka. Profilaktyka rozpoczyna się od dbania o zdrowie, od regularnego poddawania się badaniom profilaktycznym, np. dostępnym w Programie 40 plus, badaniu mammograficznemu, cytologicznemu, gastrokopii i kolonoskopii. Jesteśmy w stanie w znaczący sposób poprawić wskaźniki zdrowotne, pod warunkiem masowego regularnego w nich uczestnictwa. A ciągle, to uczestnictwo jest niskie. Proszę zwrócić uwagę na to, że myślimy o nowych technologiach medycznych, a wygląda na to, że tego, co jest dostępne i skuteczne, nie zawsze jest wykorzystywane w sposób optymalny.

***Joanna Parkitna, Dyrektor Wydziału Oceny
Technologii Medycznych w Agencji Oceny
Technologii Medycznych i Taryfikacji***

Chciałabym przedstawić stan aktualnie prowadzonych przez AOTMiT prac, które bezpośrednio odnoszą się do zwiększenia bezpieczeństwa zdrowotnego kobiet, a które realizowaliśmy w ostatnich latach. Są to ciekawe i ważne projekty. W 2020 r. ocenialiśmy projekt „Cięża Plus”. Na potrzeby tego projektu analizowaliśmy ponad 400 leków w 14 wskazaniach. Aktualnie oceniamy leki stosowane w migrenie, nowotworach kobiecych oraz szczepienia przeciwko HPV. Jeśli chodzi o samorządowe programy polityki zdrowotnej kierowane do kobiet, oceniliśmy profilaktykę raka piersi, czyli propozycje samorządów na to w jaki sposób prowadzić badania przesiewowe na przykład przy użyciu mammografii. Sporo ocen Agencji dotyczyło programów obejmujących takie zagadnienia jak rak szyki macicy, cytologiczne badania przesiewowe, profilaktyka raka jajnika oraz szkoła rodzenia. Oceniliśmy prawie 40 programów polityki zdrowotnej, które skierowane były do kobiet w ciąży oraz ich partnerów, które zakładały edukację przedporodową. Były też programy polityki zdrowotnej w liczbie około 20-tu, dotyczące samej opieki okołoporodowej, na przykład stworzenia lepszych warunków porodu, organizowanie poradni laktacyjnych, czy koordynowanej opieki i wsparcia dla kobiet spodziewających się dzieci z wadami rozwojowymi. Przygotowaliśmy rekomendację dotyczącą profilaktyki osteoporozy, wobec tego samorządy mogą



realizować te programy już bez dodatkowych utrudnień. W 2020 r. opracowaliśmy rekomendację dotyczącą obrzęku limfatycznego po leczeniu raka piersi, depresji poporodowej, HPV, a obecnie jest w trakcie przygotowywana rekomendacja dotycząca profilaktyki raka piersi. W tej chwili pracujemy nad zleceniem Ministra Zdrowia dotyczącym wydłużenia limitu wieku kobiet w mammograficznych badaniach przesiewowych. W marcu 2022 r. powinny pojawić się pierwsze dokumenty, które będą stanowiły podstawę do dalszych decyzji Ministra Zdrowia.

Dr Beata Małecką-Libera, Senator RP, Przewodnicząca Senackiej Komisji Zdrowia

Szanowna Pani Rzecznik, uprzejmie dziękuję za otrzymane zaproszeniem na: Debatę inicjującą kampanię edukacyjno-systemową w tematyce bezpieczeństwa zdrowotnego kobiet pt. „Zdrowie Kobiety – Bezpieczeństwo Rodziny”. Niestety z powodu wcześniej zaplanowanych obowiązków nie będę mogła wziąć w niej udziału. Pragnę zapewnić, iż tematyka spotkania jest mi bliska i od lat jest jednym z kluczowych elementów mojej parlamentarnej pracy. Interesuję się kwestią zdrowia kobiet w różnych aspektach, ale przede wszystkim profilaktyką i edukacją. Promuję szczepienia przeciwko HPV od 10 lat, a teraz kiedy mamy już potwierdzone badaniami naukowymi ich działanie, to uważam, że warto wprowadzić szczepienia populacyjne. Niestety, to co proponuje Ministerstwo Zdrowia nie da efektu zdrowotnego i znamion profilaktyki populacyjnej. Zwracam się z prośbą, aby przygotowany dokument zawierający podsumowanie debaty został mi przesłany. Chętnie włączę się w działania edukacyjne i wsparcie legislacyjne.



Poseł Tomasz Latos, Przewodniczący Sejmowej Komisji Zdrowia

Ogromnie mnie zaniepokoiły przytaczane wartości wskaźników zdrowotnych, które niestety się pogarszają. W związku z powyższym chciałem zadeklarować, że niezależnie od działań podkomisji stałej komisji zdrowia, zajmującej się onkologią, na pewno w najbliższym czasie będę wnioskował na prezydium komisji, abyśmy zajęli się tą tematyką onkologiczną, a także na posiedzeniu stałej komisji, bo wydaje się, że rzeczywiście jest o czym rozmawiać. Z jednej strony dochodzą nowe terapie, możemy mówić o niewystarczającym tempie czy nowe leki, natomiast są takie a nie inne niestety bardzo niepokojące wskaźniki. Z pewnością kwestie organizacyjne czy refundacyjne mogą mieć ogromne znaczenie. Tym bardziej, że też przekazałem pewne niepokojące sygnały, które do mnie dotarły, dotyczące możliwości dalszej diagnostyki radiologicznej, rezonansu magnetycznego przede wszystkim u kobiet, które mają predyspozycje genetyczne do występowania nowotworu piersi. Zainteresowałem tym pana ministra i będę tego tematu dalej pilnował. Z punktu widzenia pacjentów nie jest najważniejsze, czy program realizuje Ministerstwo Zdrowia czy Narodowy Fundusz Zdrowia, ważne, aby była ciągłość realizacji. Musimy mieć pewność, że tutaj żadnej przerwy nie będzie.



Pamiętajmy, że pandemia w Polsce nie tylko spowodowało różnego rodzaju zaburzenia organizacyjne, które siłą rzeczy wystąpiły, jeżeli chodzi o funkcjonowanie ochrony zdrowia, ale również niestety wywołały określone reakcje pacjentów, którzy często zbyt późno zgłoszą się z różnymi problemami.

Dodatkowo dostęp w pewnym okresie nawet do lekarza rodzinnego był utrudniony. Oczywiście nie wszędzie jednakowy, bo to bardzo indywidualnie w poszczególnych placówkach ochrony zdrowia. Myślę, że my jako społeczeństwo wewnętrznie się różnimy w kwestii podejścia do szczepień, dostrzegam postawy dużej rezerwy wobec szczepień i to niestety dotyczy osób wykształconych, personelu medycznego.

Posel Barbara Dziuk, Przewodnicząca Podkomisji Stałej do spraw Onkologii oraz Zespołu ds. Chorób Rzadkich Sejm RP

Jest wiele programów adresowanych do kobiet, tylko zgłaszalność na nie przez pandemię COVID-19 niestety została zahamowana. Tak naprawdę od nas wszystkich zależy, jaka będzie skuteczność profilaktyki. Każda kobieta w ciąży, w pierwszym trymestrze powinna mieć obowiązkowo wykonane bezpłatne badanie USG piersi. Kobiety, w zależności od grupy wiekowej powinny brać udział w badaniach mammograficznych, cytologicznych oraz gastrologicznych - kolonoskopii. Warto również promować zdrową żywności zdrowy tryb życia. Namawiam zawsze do



współpracy, do rozmowy, jestem do dyspozycji, jeśli są jakiegokolwiek problemy. W ramach Podkomisji Stałej ds. Onkologii, Zespołu ds. Chorób Rzadkich oraz zespołu ds. podologii, pediatrii i kosmetyki Sejm RP jesteśmy po to, żeby rozmawiać i wypracowywać stanowiska dla dobra pacjenta.

Mec. Piotr Mierzejewski, Dyrektor Zespołu Prawa Administracyjnego Gospodarczego oraz Współprzewodniczący Komisji Ekspertów ds. Zdrowia przy Rzeczniku Praw Obywatelskich

Z perspektywy skarg wpływających do Rzecznika Praw Obywatelskich z zakresu zdrowia postanowiłem zasygnalizować problematykę: porodów i opieki poporodowej, brak empatii i właściwego postępowania wobec ofiar przemocy i osób z traumą oraz problem z refundacją leków w ramach Ratunkowego Dostępu do Technologii Lekowych. Jeżeli chodzi o porody i opiekę poporodową, to skargi, które Rzecznik dostaje i w nich interweniuje są bardzo liczne. Przykładowo jest to naruszanie godności pacjentek przez niezapewnienie im intymności, np. niezapowiedziana wizyta ordynatora ginekologii ze studentami w celu obserwacji nietypowego przypadku położniczego, połączona z badaniem i pokazywaniem studentom sfer intymnych, oczywiście bez zapytania o zgodę pacjentki, bez informacji, że taka zgoda może zostać nieudzielona. Kolejna kwestia to dostęp do znieczulenia w trakcie porodu. Tu dostrzegamy duże zróżnicowanie w poszczególnych województwach. Następne zagadnienia to nadużywanie cesarskiego cięcia przy porodzie, sytuacja chorych kobiet rodzących na AIDS, wymuszanie zgody na dodatkowe świadczenie w trakcie akcji porodowej, czy też stosowanie zgód blankietowych. W czasie pandemii COVID-19 notowano duży wpływ skarg kobiet na brak możliwości odbywania porodów rodzinnych i pobieranie wysokich opłat na test przeciwko COVID-19 dla ojców. Wskazywano na brak możliwości odwiedzin w szpitalach, gdzie dochodzi do sytuacji, że szpital w praktyce uniemożliwia osobom niezaszczepionym dostęp do hospitalizowanych bliskich. Stawia warunki, że wizyta może się odbyć wtedy, gdy zdrowie chorego gwałtownie się pogarsza oraz wprowadza wyłączenia, co do możliwości odwiedzin pacjenta jedynie przez jedną osobę wskazaną, bądź upoważnioną przez pacjenta w dokumentacji medycznej. Do Rzecznika zwróciła się kobieta w zaawansowanej ciąży i w związku ze zbliżającym się terminem



porodu podjęła poszukiwania podmiotu medycznego, w którym zapewniono by jej realizację świadczeń w zakresie opieki okołoporodowej wyłącznie przez personel żeński. Z uwagi na swoje traumatyczne przeżycia, nie dopuszcza możliwości, aby opiekę sprawował nad nią lekarz mężczyzna. Jak wynika z podjętych przez nią działań żaden z kilkudziesięciu podmiotów leczniczych do którego się zgłaszała nie może zagwarantować jej ze wszystkie świadczenia okołoporodowe będą wykonywane wyłącznie przez personel żeński. Zwróciliśmy się do Pomorskiego Oddziału NFZ, niestety nie mamy żadnego sygnału. Druga sprawa dotyczy traumy powypadkowej. To nieempatyczne potraktowanie pacjentki w klinice psychiatrii stresu pourazowego i psycho-traumatologii. Skarżąca była w złej formie psychicznej związanej z wypadkiem samochodowym, w którym zginął jej mały syn, a zgon nastąpił na rękach matki. Kobieta nie mogła skorzystać z fachowej pomocy w klinice psychiatrii stresu pourazowego i psycho-traumatologii oraz nie mogła uzyskać informacji o procedurach związanych z przyjęciem na oddział. Po interwencji Rzecznika pacjentka została przeproszona, a personel uczulony na konieczność okazywania empatii w kontaktach z pacjentami. Odpowiednie przygotowanie przedstawicieli ochrony zdrowia do pracy z pacjentem po doświadczeniu przemocy domowej, czy przestępstwa jest zobowiązaniem prawnym Polski wynikającym z Konwencji w sprawie likwidacji wszelkich form dyskryminacji kobiet, nazywana również międzynarodową kartą praw kobiet lub Konwencją CEDAW. Także Konwencja Stambulska nakłada na Polskę obowiązki w zakresie zapewnienia prawidłowej pomocy osobom doświadczającym przemocy domowej. Rzecznik zawsze podkreśla ogromną rolę pracowników ochrony zdrowia w zwalczaniu przemocy domowej. System ten nadal wymaga wielu korekt i nieustannego rozwijania mechanizmu prewencji, kontroli i wsparcia osób jej doświadczających. To, co należy podkreślić, przedstawiciele ochrony zdrowia, jako podmioty są włączone w realizację procedury identyfikacji. W tej perspektywie niepokojący jest relatywnie niski udział pracowników zdrowia w inicjowaniu procedury niebieskiej karty. Jak wynika ze sprawozdania z 2019 roku z Krajowego Programu Przeciwdziałania Przemocy Domowej, na łączną liczbę 94 tys. wypełnionych formularzy pracownicy ochrony zdrowia wypełnili zaledwie 371 formularzy. Dużym problemem pozostaje właściwe postępowanie personelu medycznego w procesie terapii gwałtów głównie kobiet i dzieci oraz udzielanie im świadczeń zdrowotnych. Te kwestie zostały przedstawione przez Rzecznika w wystąpieniu do ministra zdrowia.

Kolejna kwestia to brak refundacji niraparybu w leczeniu raka jajnika. Jak wiemy, lek ten należy do inhibitorów PARP i ma przełomowe znaczenie dla chorych w leczeniu raka jajnika. Przedłuża czas do progresji choroby. Dotychczas lek ten był refundowany dla pacjentek w ramach procedury RDTL. Ten przykład uwydatnia problem w dostępie do leczenia dla pacjentów onkologicznych w ramach procedury RDTL. Generalnie problemy w dostępie do leczenia pacjentów onkologicznych w tym kobiet w ramach Ratunkowego Dostępu do Technologii Lekowych były przedmiotem szeregu wystąpień Rzecznika do Ministra Zdrowia. Przy tej okazji Rzecznik przypominał, że wniosek o sfinansowanie leczenia pacjenta w ramach tej procedury może złożyć wyłącznie świadczeniodawca, natomiast sam pacjent nie może wnioskować o zlecenie w swoim imieniu. Niepokojące jest to, że pacjent nie jest stroną postępowania podczas wnioskowania o tą procedurę. Pacjent nie ma możliwości odwołania się w przypadku niesfinansowania terapii w ramach procedury RDTL. Nie jest zatem traktowany jako

podmiot – strona postępowania, lecz w sposób przedmiotowy. Przedmiotem skarg do Rzecznika są również dostępność do aborcji, antykoncepcji oraz in vitro.

Ks. Władysław Duda, Dyrektor Archidiecezjalnego Zespołu Domowej Opieki Paliatywnej

Oczekiwana długość życia kobiet się wydłuża. W hospicjum dostrzegam, że to kobieta bierze na siebie ciężar opieki chorą rodziną, a w wieku sędziwym opiekuje się najczęściej mężem, nawet wtedy, kiedy sama jest chora. Mamy teraz w hospicjum kilka takich małżeństw, gdzie oboje małżonkowie są chorzy na chorobę nowotworową, ale ciężar tej opieki spoczywa na kobiecie. Często tak się zdarza, że mąż wcześniej umiera i kobieta zostaje sama. To jest bardzo częsta sytuacja. W moim hospicjum pracuję 25 lat i doświadczenie jest właściwie takie samo, że kobieta zostaje sama po opiece nad mężem. To, co obserwuję, to fakt że kobiety zostają same bez opieki. W rodzinie jest przekonanie, że mama, czy babcia jest silna i da sobie radę. Owszem robi co może, stara się pokazać rodzinie, że jest zaradna. Ale my, patrząc z boku na tę sytuację widzimy, jak ta kobieta jest niezaradna. Kiedy brakuje jej i zdrowia i sił, żeby sprostać roli, w jakiej została po śmierci męża. Dobrze że te Panie są czasem pod naszą opieką. Często nieformalna grupa wsparcia, wolontariusze starają się jakoś jej pomóc, pokierować, umówić wizytę u lekarza. Jeżeli bierzemy pod uwagę liczbę osób starszych i samotnych w Polsce, to kobiety na pewno tu przeważają. Oczywiście, to jest zadanie również dla Kościoła. Jesteśmy w momencie dla Kościoła ogromnie ważnym, gdzie został ogłoszony przez Papieża Franciszka synod, który ma zmienić wszystko, co możliwe do zmiany na dobre w Kościele. W tym synodzie według zaleceń Papieża Franciszka ogromną rolę mają odegrać świeccy. Myślę, że to jest ten moment. Ja już organizuję grupę synodalną środowiska medycznego w Warszawie. Tych wszystkich z Państwa, którzy chcą się włączyć w grupę synodalną bardzo zapraszam. Myślę, że wypracowanie wniosków i kierunków w grupie synodalnej może być bardzo cenne dla kierunku, w jakim będzie szedł Kościół. W społeczeństwie bardzo ważna jest rola Kościoła w zakresie opieki medycznej. Na podstawie debaty widzimy, jak istotna jest opieka medyczna nad kobietą. Jest to zadanie dla Kościoła.



Dr Jakub Gierczyński, Ekspert systemu ochrony zdrowia

Przez wiele ostatnich debat Medycznej Racji Stanu dotykaliśmy tematu zdrowia kobiet. Każda debata miała ten aspekt. Natomiast chyba po raz pierwszy zobaczyliśmy, jak dużo się zadziało w ostatnich kilku latach. Często zapominamy, że kobiety to 52 proc. naszej populacji, tj. prawie 20 mln obywateli. W wieku prokreacyjnym jest aktualnie ok. 9 mln kobiet. To przekłada się na przyszłość demograficzną kraju. Najważniejsze wartości, którymi kierują się kobiety w Polsce, to zdrowie i rodzina. A więc temat dzisiejszej konferencji jest bardzo aktualny. Wszystkie respondentki w licznych badaniach społecznych przyznają, że nie do końca dbają o swoje zdrowie. Często bardziej dbają o zdrowie swoich dzieci i swoich partnerów, niż o swoje. W ostatnich 30 latach wzrosła oczekiwana długość życia kobiet w Polsce prawie o 7 lat. To jest sukces zmiany stylu życia na bardziej prozdrowotny oraz dostępu



do skutecznych technologii medycznych – zarówno szczepień, leków i wyrobów medycznych. Musimy to na każdym kroku podkreślać, bo to nie stało się samo z siebie. Oczekiwana długość życia kobiety w Polsce - czyli ok. 82 lata życia jest niestety krótsza o 2 lata od średniej oczekiwanej długości życia kobiet w Unii Europejskiej, która wynosi 84 lata. Powinniśmy wszystko zrobić, aby to zmienić. Inną kwestia, to oczekiwane lata życia w zdrowiu. Skoro kobiety w Polsce żyją średnio 82 lata, ale żyją w zdrowiu 64 lat, to znaczy, że 18 lat kobieta żyje z chorobą i niepełnosprawnością. Czyli 80% długości życia statystyczna Polka żyje w zdrowiu, a pozostałe 20% życia żyje z jakimś stanem chorobowym, czy też z niepełnosprawnością. Na koniec chciałbym w wspomnieć, że wg danych GUS tylko 26 proc. kobiet powyżej 65 r.ż. jest aktywna zawodowo. Musimy sobie zadać pytanie, czy to jest wybór kobiety, że jest nieaktywna zawodowo, czy jest to konsekwencja jej pogarszającego się stanu zdrowia.

Magdalena Władysiuk, Prezes Stowarzyszenia CEESTAHC

Wyzwania w opiece onkologicznej kobiet w Polsce – nowotwory ginekologiczne i rak piersi

Choroby nowotworowe stanowią od wielu lat wyzwanie w polityce zdrowotnej czy lekowej Państwa. Są one priorytetem w kształtowaniu i podejmowaniu decyzji dotyczącym nie tylko w dostępie do świadczeń, lecz także w dostępie do leków. Zmiany epidemiologiczne dotyczące chorobowości i zachorowalności wskazują na rosnące potrzeby zdrowotne kobiet w onkologii w obszarze onkologii, do których typowe dla kobiet poza rakiem piersi należą nowotwory ginekologiczne, czyli nowotwory żeńskich narządów płciowych: rak szyjki macicy, rak jajnika, jajowodu, rak trzonu macicy (endometrium), ale także występujące rzadziej: rak sromu, pochwy oraz pozostałych żeńskich narządów płciowych. W Polsce żyje ok. 400 tys. kobiet z nowotworami. Od końca lat 90-tych przyrost liczby mężczyzn z rakiem jest większy niż wśród kobiet i obecnie z diagnozą nowotworu żyje ok. 325 tys. mężczyzn.



Wśród wszystkich chorób występujących u kobiet nowotwory stanowią ok. 20% obciążenia społecznego wyrażonego w DALY (lata życia skorygowane o niepełnosprawności). W 2019 roku oznaczało to roczną stratę ponad 350 tysięcy lat w zdrowiu z powodu przedwczesnych zgonów czy niepełnosprawności z powodu tych nowotworów. Niestety dla raka endometrium macicy oraz raka jajnika rok do roku obserwuje się wzrost DALY. Wzrost obciążenia społeczeństwa z powodu raka piersi został w ostatnich kilku latach zatrzymany, zaś w przypadku raka szyjki macicy obserwowany jest spadek tej wartości.

Zagrożenie nowotworami wśród polskich kobiet będzie rosnąć wraz ze zmianami demograficznymi i cywilizacyjnymi. Wzrasta przeciętna długość życia i obecnie wskaźniki przeciętnego trwania życia w 2019 roku wynosiła 81,8 lat dla kobiet oraz 74,1 lat dla mężczyzn. Współczynnik feminizacji, czyli liczba kobiet przypadających na 100 mężczyzn, wynosi 111 kobiet w miastach oraz 101 na wsi i wraz z pandemią wzrósł. Rośnie on wraz z wiekiem – do 49. roku życia na 100 mężczyzn przypada 97 kobiet, ale już po 50. roku życia wskaźnik feminizacji wynosi 126, a po 75. roku życia – 195. Choć średnia długość życia kobiet ogólnie rośnie, to w zakresie czynników ryzyka rozwoju nowotworów kobiecych widzimy rosnące lub utrzymujące się niekorzystne wskaźniki związane ze stylem życia m.in. otyłość, brak aktywności fizycznej, nikotynizm. Nakładają się na to aspekty dotyczące spadku wskaźników

dietności – z 2,3 w 1980 roku do 1,44 w 2018 roku, ponadto obecnie co czwarta kobieta nie ma dzieci, tymczasem rodzenie i karmienie piersią dzieci jest czynnikiem zmniejszającym ryzyko wystąpienia nowotworów u kobiet.

Analiza danych o długości życia i umieralności mieszkańców Polski wskazuje, że stan zdrowia ludności stopniowo poprawia się, ale na tle ogółu krajów Unii Europejskiej sytuację należy uznać za jeszcze wciąż niezbyt niezadowolającą. Główne problemy związane z nowotworami ginekologicznymi i rakiem piersi u kobiet w Polsce obok rosnącej populacji chorych, oraz mniejszych szans wieloletniego przeżycia niż w innych państwach Europy. Największe szanse wieloletniego przeżycia mają pacjentki z rakiem piersi i rakiem trzonu macicy – współczynnik przeżycia względnego w tej grupie to ok. 75%- 80%. W przypadku rozpoznanego raka szyjki macicy wynosi on ponad 55%, natomiast w przypadku raka jajnika – tylko ok. 40%. W przypadku raka szyjki macicy obserwuje się wprawdzie malejące trendy zachorowalności i umieralności, ale Polska nadal pozostaje krajem wysokiego ryzyka zgonu na tle innych państw europejskich. Jednakże w świetle pandemii musimy mierzyć się z nowymi wyzwaniami dotyczącymi zmian demograficznych związanych z nadmiarowymi zgonami, także wśród pacjentów onkologicznych. „Raport o zgonach w Polsce w 2020 r.” wskazuje, że zmarło łącznie 485,3 tys. z czego ok. 67,1 tys. zgonów ogółem to nadmiarowe w stosunku do prognoz.. Dane dotyczące opóźnienia dostępności pacjentów zarówno z podejrzeniem raka i obecnie leczonych są trudne do oszacowania.

W dokumencie pt. „Zdrowa przyszłość. Ramy strategiczne rozwoju systemu ochrony zdrowia na lata 2021-2027, z perspektywą do 2030 r.” podsumowano najważniejsze aspekty dotyczące strategicznych zmian i kolejnych kierunków. To co istotne w Polsce poprzez wprowadzanie kolejnych zmian będzie wiązało się z zwiększeniem nakładów finansowych na onkologię, nie tylko z powodów epidemiologicznych, lecz sama inwestycja w transformację systemu z modelu zaopatrzeniowego na model skoordynowany będzie wymagała uwzględnienia czynników demograficznych, zmian socjologicznych także w przebiegu pandemii. Wprowadzenie Narodowej Strategii Onkologicznej na lata 2020-2030 jest odpowiedzią na zarysowane ramy strategiczne jako kompleksowe. Od 2020 roku wdrożono także założenia Funduszu Medycznego, którego głównym zadaniem jest dalsza poprawa do opieki obok opieki pediatrycznej, w tym także dostęp do leków w onkologii i chorobach rzadkich oraz ratunkowego dostępu do technologii lekowych.

Wydatki publiczne na onkologię rosną w ostatnich latach w Polsce o blisko 50% szybciej, niż wydatki ogółem na ochronę zdrowia. Wyższa dynamika wzrostu wydatków na onkologię w porównaniu do wydatków w opiece zdrowotnej jest odzwierciedleniem zarówno koncepcyjnych założeń o priorytetach w służbie zdrowia, jak i wprowadzania konkretnych rozwiązań, w tym w szczególności – zwiększania zakresu refundacji innowacyjnych terapii onkologicznych w ramach programów lekowych. Wartość refundacji leków dostępnych w programach lekowych pomiędzy 2012 i 2018 rokiem wzrosła czterokrotnie. Na początku 2022 r. w Polsce główne wyzwania w opiece onkologicznej kobiet dotyczą:

- niskiej świadomości pacjentek w zakresie profilaktyki pierwotnej oraz wtórnej. Niska zgłaszalność na badania przesiewowe, czy szczepienia HPV.
- Późna zgłaszalność kobiet z podejrzeniem nowotworów do lekarzy POZ czy specjalistów.
- Brak szybkich ścieżek dla pacjentek z gorszym rokowaniem w ramach DiLO.
- Brak szerokiego dostępu do części badań genetycznych.
- Ograniczenie dostępu do najnowocześniejszych metod farmakologicznych leczenia, w tym zawężanie wskazań w ramach programów lekowych.

- Ograniczona współpraca pomiędzy zespołami onkologicznymi z lekarzami POZ, która powinna mieć na celu wsparcie POZ w leczeniu pacjentek z powikłaniami wynikającymi z leczenia (np. leczenie przeciwwymiotne, przeciwgrzybicze).
- Brak koordynacji opieki wielospecjalistycznej i ciągłości opieki pomiędzy ośrodkami, szczególnie wyraźny w przypadku nowotworów ginekologicznych.
- Wolne tempo tworzenia jednolitego systemu zbierania danych w ramach HIS (Szpitalny System Informacyjny) oraz wprowadzania rejestrów narządowych jak również wskaźników jakości procesu i efektu leczenia w poszczególnych ośrodkach.

Istnieje szereg metod z zakresu profilaktyki pierwotnej takich jak zdrowa dieta, aktywność fizyczna, ograniczenie stresu, ograniczenie spożycia alkoholu i palenia tytoniu, karmienie piersią, ograniczenie do niezbędnego minimum stosowania menopauzalnej terapii hormonalnej. W zakresie profilaktyki wtórnej kluczowe jest wprowadzanie badań przesiewowych i/lub innych metod wczesnej diagnostyki, dzięki którym można istotnie zmniejszyć ryzyko rozwinięcia się zaawansowanych postaci raka. W Polsce nadal jako niewystarczające ocenić można również działania profilaktyczne, także w zakresie nowotworów kobiecych – zgłaszalność do programów wczesnego rozpoznania raka piersi czy szyjki macicy jest bardzo niska. W zakresie profilaktyki konieczne jest wzmocnienie działań edukacyjnej, lecz ukierunkowanych na poszukiwanie przez kobiety konkretnych wiarygodnych informacji na temat chorób, szczegółów alternatywnych metod postępowania. Szczególnie w zakresie szczepień HPV, które są refundowane od 2021 w ramach leczenia otwartego dla chłopców i dziewcząt. Utrzymanie odpowiedniej wagi, czy poziomu aktywności fizycznej obok wszystkich innych czynników dotyczących stylu życia w tym kwestii nikotynizmu czy spożycia alkoholu powinny być wprowadzone do POZ, jako gwarantujący utrzymanie stałego monitorowania populacji chorych, lecz przede wszystkim zdrowej jako prewencji chorób cywilizacyjnych (układu krążenia czy onkologicznych).

W zakresie opieki nad zdiagnozowanymi chorymi widoczny jest rozdźwięk pomiędzy ambitnymi celami nakreślonymi w strategicznych dokumentach, a realizacją standardów leczenia w praktyce. Zakres dostępnych rozwiązań diagnostyczno-terapeutycznych - pomimo licznych zmian w systemie, w tym poszerzenia dostępu do leków refundowanych w onkologii w ostatnich latach także należy uznać za nierównomierny. Poprawa dostępu do terapii dla pacjentek z rakiem piersi w okresie ostatnich 20 lat zmieniła charakter tej choroby na przewlekły. Zupełnie odmienna sytuacja jest w zakresie dostępu do terapii dla raka jajnika, raka trzonu macicy, czy raka szyjki macicy. Oprócz nakładów inwestycyjnych, konieczna jest przede wszystkim reorganizacja opieki w ramach modelu kompleksowego na poziomie koordynacji pomiędzy świadczeniodawcami oraz w ramach ich wewnętrznych procedur. Jak wskazały wyniki programu pilotażowego, uporządkowanie etapów opieki nawet w krótkim okresie może przynieść wymierną poprawę jakości świadczeń. Stworzenie opieki koordynowanej, planowane zarówno na poziomie krajowym jak i lokalnym, poza wymiernymi wskaźnikami jakościowymi dotyczącymi procesu (np. czas oczekiwania na wyniki badań czy świadczenia), musi mieć też wymiar otwarcia się na komunikację z pacjentem czy lokalną społecznością. W wypowiedziach chorych wybrzmiewa, jak wielkim ciężarem jest samodzielne poszukiwanie informacji i dostępnych opcji na poszczególnych etapach terapii i jak znaczącą ulgę i dużą zmianę jakościową stanowi kompleksowy i jasny plan leczenia. Wśród relatywnie niedrogich inwestycji wymienić należy również opiekę psychologiczną – w wypowiedziach pacjentek wartość specjalistycznego wsparcia w tym zakresie jest bardzo mocno podkreślana.

W przypadku terapii raka piersi nadal wprowadzane są kluczowe rozwiązania w zakresie realizacji świadczeń, tj. wdrożono system opieki w ramach Breast Cancer Units. W ostatnich kilkunastu latach

objęto ponadto refundacją szereg innowacyjnych leków przeznaczonych dla pacjentek z rakiem piersi, co znacznie poprawiło rokowanie tej grupy chorych, a w konsekwencji zmieniło charakter tej choroby na przewlekły. W pozostałych typach nowotworów kobiecych sytuacja wygląda już mniej optymistycznie. Pomimo działań prowadzonych w kierunku wdrożenia kompleksowej opieki w zakresie ginekologii onkologicznej (zapewnienie kompleksowego podejścia zostało do systemu wprowadzone wraz z DILO oraz Narodową Strategią Onkologiczną), występują opóźnienia we wdrażaniu ośrodków specjalizujących się w leczeniu nowotworów narządowych (cancer units). Pierwsze rozwiązania testowane są w Pilotażu Krajowej Sieci Onkologicznej poprzez wprowadzenie standardów opieki i oceny wskaźników jakości opieki, między innymi czasu oczekiwania na wyniki badań czy świadczeń.

Większe wyzwanie ekonomiczne wiąże się z udostępnieniem pacjentkom nowych technologii – nowoczesnych badań i indywidualnie dobieranych terapii. Chore w Polsce nie mają dostępu do wielu zalecanych w wytycznych leków onkologicznych – brak nowych leków w terapii raka endometrium, brak jest refundacji rukaparybu w terapii zgodnie z wskazaniami w raku jajnika i bewacyzumabu w raku szyjki macicy. Względnie szeroki wachlarz interwencji udostępnionych pacjentkom z rakiem piersi również nie zawiera wielu rekomendowanych terapii, a znaczna część leków refundowana jest w bardzo ograniczonych wskazaniach.

Wydatki płatnika na leczenie pacjentek z rakiem piersi wynosiły w latach 2010–2014 ok. 500 mln zł rocznie, natomiast wartość środków finansowych wypłacanych na terapię pacjentek z rakiem jajnika i trzonu macicy wynosiła w tym okresie odpowiednio ok. 90 mln zł rocznie i 54 mln zł rocznie. Wydatki na onkologię rosły dynamicznie w ostatnich latach i można oczekiwać, że również w przypadku rozważanych nowotworów środki przeznaczane na leczenie znacząco wzrosły. W szczególności – w ostatnich latach rozszerzany był program leczenia raka piersi i wprowadzono program w leczeniu nawrotowego raka jajnika u wybranej grupy pacjentek, co pozwoliło na zwiększenie dostępności nowoczesnych leków w terapii nowotworów kobiecych i wiązało się z kosztem 470-480 mln zł rocznie w latach 2018-2019. Łączne koszty ponoszone w związku z terapią nowotworów kobiecych mogą się wydawać wysokie, jednak w zestawieniu z liczebnością populacji pacjentek, które otrzymały te świadczenia wskazują, że jednostkowy koszt leczenia pacjentki w stosunku do pacjentów w innych programach nie jest wysoki. W roku 2014 wartość świadczeń na jedną chorą z nowotworem kobiecym (rak piersi, jajnika lub trzonu macicy) wyniosła jedynie ok. 3 100 zł.

Nowotwory kobiece odpowiadają za niemal 20% absencji z powodu wszystkich nowotworów i stanowią 3,6% utraty produktywności dla wszystkich przyczyn. W 2019 koszty utraconej produktywności tylko z tego tytułu absencji wyniosły ponad 700 mln zł dla wszystkich nowotworów ginekologicznych i raka piersi przy ponad 3,5 mld zł w przypadku wszystkich nowotworów (oszacowania własne w oparciu o dane ZUS). W rzeczywistości koszty utraconej produktywności są wielokrotnie wyższe, obejmują bowiem przedwczesne zgony, zmniejszenie wydajności pracy pacjentek i ograniczenia produktywności ich opiekunów

Należy jednocześnie zwrócić uwagę, że szacunki kosztów pośrednich często ograniczają się do wyceny utraconej produktywności w obszarze pracy płatnej. W przypadku kobiet szczególnie ważne jest jednak podkreślenie, że wymierne straty ponoszone są również w związku z redukcją niezarobkowych aktywności. W zbliżonej liczebnością do Polski populacji Hiszpanii szacowane roczne koszty pośrednie oceniane metodą kapitału ludzkiego wynoszą ok. 60 mln EUR w przypadku raka szyjki macicy, ok. 380 mln EUR w przypadku raka piersi i ponad 100 mln EUR w przypadku raka jajnika. Zarówno w przypadku raka szyjki macicy, jak i raka jajnika przedwczesne zgony odpowiadają za ok. 50% kosztów utraconej

produktywności i przeważają nad łącznymi kosztami absencji i stałej niezdolności do pracy. W przypadku raka piersi udział przedwczesnych zgonów w strukturze kosztów z perspektywy społecznej jest mniejszy niż absenteizm i trwała niezdolność do pracy, co wskazuje na zmianę charakteru diagnozy z choroby śmiertelnej na chorobę przewlekłą.

Materiał został opracowany na podstawie raportu „Władysiuk M, Kostrzevska K, Jakubiak R, Sękwicz J, Wójcik G, Plisko R, Chudecka A, Łacko A, Nowakowski A. Nowotwory kobiece – wyzwania społeczne, wyzwania terapeutyczne. Warszawa 2021.”

4. Wnioski i Rekomendacje

Wnioski	Rekomendacje
Kobiety stanowią połowę polskiego społeczeństwa, odgrywając kluczowe role społeczne. Wg badań kobiety na pierwszym miejscu spośród wartości wymieniają swoje zdrowie, ale tylko połowa z nich bada się regularnie i dba o swój stan zdrowia.	Zdrowie kobiety powinno być traktowane priorytetowo w polskim systemie ochrony zdrowia.
W przypadku kobiet nadmieralność w Polsce dotyczy przede wszystkim chorób układu krążenia oraz nowotworów.	Choroby układu krążenia oraz nowotwory – rak piersi i jajnika powinny być traktowane priorytetowo w profilaktyce, diagnostyce, terapii i rehabilitacji w populacji kobiet w Polsce.
Spośród chorób przewlekłych kobiety cierpią głównie na choroby autoimmunologiczne. Dotykają one kobiet aż 2-3 razy częściej niż mężczyzn. Pojawiają się przed 30. rokiem życia.	Choroby autoimmunologiczne – takie jak choroby reumatyczne, nieswoiste zapalenia jelit, stwardnienie rozsiane, łuszczyca powinny być traktowane priorytetowo w profilaktyce, diagnostyce, terapii i rehabilitacji w populacji kobiet w Polsce.
HPV to wirus wywołujący raka szyjki macicy oraz inne nowotwory, a także choroby HPV-zależne, które przez WHO uznawane są za jeden z globalnych problemów zdrowia publicznego. W ramach eliminacji zachorowań na raka szyjki macicy wiele krajów w Europie wprowadziło bezpłatne szczepienia przeciwko HPV, a Europejski Plan Zwalczenia Raka zakłada zaszczepienie co najmniej 90% populacji docelowej dziewcząt oraz znaczne zwiększenie liczby szczepień chłopców do 2030 roku.	Rekomendowane są bezpłatne szczepienia przeciwko HPV wśród dziewcząt i chłopców w Polsce. Doprowadzi to do eliminacji raka szyjki macicy u kobiet.

<p>Według danych z KRN w 2017 roku w Polsce stwierdzono 18 529 nowych zachorowań na raka piersi, a z jego powodu zmarło 6 670 kobiet. Szczyt zachorowań występuje w wieku 50-69 lat. 1 na 8 kobiet zachoruje na ten nowotwór w ciągu swojego życia.</p>	<p>Rekomendowana jest refundacja publiczna leku sacituzumab govitecan w terapii potrójnie ujemnego raka piersi.</p>
<p>Co roku w Polsce na raka jajnika zachorowuje ok. 3,7 tys. kobiet w Polsce, umiera aż 2,7 tys.</p>	<p>Rekomendowana jest refundacja publiczna leku niraparyb* zarówno u pacjentek we wznowie, jak i po pierwszej linii leczenia raka jajnika.</p>
<p>Rak endometrium to najczęstszy nowotwór żeńskich narządów rodnych. W 2020 roku odnotowano 9869 nowych przypadków zachorowalności i 2195 zgonów tej choroby, zajmując odpowiednio 4. oraz 6. miejsce na liście nowotworów u kobiet w Polsce.</p>	<p>Rekomendowana jest refundacja publiczna leku dostarlimab w leczeniu nawrotowego lub zaawansowanego raka endometrium u kobiet, które wcześniej były leczone nieskutecznie.</p>
<p>Migrena jest jedną z najbardziej uciążliwych i najczęściej występujących dolegliwości bólowych. Szacuje się, że w Polsce dotyka ona ok. 10% społeczeństwa, ale aż w 75% dotyczy ona kobiet. Gdy przyjmuje formę przewlekłą, w istotny sposób wpływa na niemal na całe życie prowadząc wręcz do niepełnosprawności.</p>	<p>Rekomendowana jest refundacja publiczna leków: toksyna botulinowa oraz galkanezumab w leczeniu migreny przewlekłej.</p>
<p>Cukrzyca typu 2 oraz związana z nią otyłość i powikłania sercowo-naczyniowe stanowią poważny problem zdrowotny kobiet.</p>	<p>Rekomendowane jest poszerzenie wskazań refundacyjnych dla semaglutydu we wskazaniu: cukrzyca typu 2, u pacjentów stosujących co najmniej dwa doustne leki hipoglikemizujące lub insulinę bazową w skojarzeniu z co najmniej jednym doustnym lekiem hipoglikemizującym, z HbA1c \geq 8%, z otyłością definiowaną jako BMI \geq 30 kg/m² oraz z bardzo wysokim ryzykiem sercowo naczyniowym.</p> <p>Rekomendowane jest poszerzenie wskazań refundacyjnych dla systemu ciągłego pomiaru glikemii metodą skanowania (isCGM) w terapii cukrzycy u kobiet z cukrzycą ciążową i przedciążową.</p>
<p>Nietrzymanie gazów i stolca jest schorzeniem znacznie upośledzającym jakość życia pacjenta w sferze osobistej, zawodowej i społecznej. Najczęstszą przyczyną inkontynencji (prawie 70%) jest</p>	<p>Zabieg rekonstrukcji zwieraczy powinien znaleźć się na liście operacji refundowanych przez NFZ. Refundacja powinna być odpowiednia do</p>

uszkodzenie zwieraczy w trakcie porodu u kobiet.	poniesionych kosztów przez szpital i kompatybilna z trudnością operacji. Należy stworzyć ośrodki szkoleniowe w zakresie rekonstrukcji zwieraczy oraz sieć ośrodków rehabilitacyjnych dla pacjentów z inkontynencją, dostępnych w ramach świadczeń NFZ. Ze względu na trudność zabiegów operacje powinny być wykonywane w dedykowanych, referencyjnych ośrodkach przez wykwalifikowaną kadrę specjalistów.
Bezpieczeństwo lekowe powinno opierać się na produkcji przez krajowych wytwórców i API produkowanym w Polsce lub w krajach UE.	Polski rząd powinien wprowadzić mechanizmy zachęcające przemysł do zwiększenia produkcji leków i substancji potrzebnych do ich wytwarzania w Polsce, zapewniając w ten sposób ciągłość dostaw, a w konsekwencji bezpieczeństwo lekowe polskich pacjentów. Krajowi producenci leków nie oczekują wiele – apelują o utrzymanie dotychczasowych cen urzędowych, a nie ciągłe ich obniżanie.

*Terapia refundowana od 1 stycznia 2022.

5. Przykładowe problemy zdrowotne z zakresu zdrowia kobiety

Poniżej opisano przykładowe problemy zdrowotne z zakresu zdrowia kobiety.

Szczepienia przeciwko HPV w efektywnej profilaktyce raka szyjki macicy

Ministerstwo Zdrowia deklaruje dwutorowe podejście do wdrażania szczepień przeciwko HPV, które ma opierać się na wprowadzeniu programu profilaktyki zdrowotnej powszechnych i bezpłatnych szczepień przeciwko HPV od stycznia 2022 r. dla danej populacji dziewcząt, uzupełnionego o refundację apteczną szczepionki dla pozostałych roczników. Od 1 listopada 2021 roku jedna z dostępnych na rynku szczepionek przeciwko HPV będzie dostępna w ramach 50% refundacji aptecznej, to dobry początek, jednak Ministerstwo nie powinno ustawać w swoim wysiłku nad wdrażaniem programu profilaktyki zdrowotnej szczepień przeciwko HPV, który powinien być podstawą profilaktyki raka szyjki macicy. Tylko bezpłatny i powszechny dostęp do szczepień w ramach programu zdrowotnego może zagwarantować wyszczepialność na poziomie 60%, a taki poziom jest celem zapisanym w Narodowej Strategii Onkologicznej (NSO). Projekt programu zdrowotnego został opracowany przez organizacje pacjentów i przedstawiony Ministerstwu Zdrowia. Niezbędne jest stworzenie finalnej jego wersji, a także wprowadzenie odpowiednich zapisów legislacyjnych, które umożliwią zakup przez Ministerstwo Zdrowia szczepionek zalecanych, dla potrzeb realizacji programu.

HPV to wirus wywołujący raka szyjki macicy oraz inne nowotwory i choroby HPV-zależne, które przez Światową Organizację Zdrowia uznawane są za jeden z globalnych problemów zdrowia publicznego. W ramach eliminacji zachorowań na raka szyjki macicy wiele krajów w Europie i na świecie wprowadziło bezpłatne szczepienia przeciwko HPV, a Europejski Plan Zwalczania Raka zakłada zaszczepienie co najmniej 90% populacji docelowej dziewcząt w UE oraz znaczne zwiększenie liczby

szczepień chłopców do 2030 roku. Polska jest jedynym krajem w Unii Europejskiej, w którym narodowy program zdrowotny dotyczący szczepień przeciwko HPV jeszcze nie istnieje. Wprowadzenie szczepionki przeciwko HPV do 50% refundacji aptecznej i dalsze deklaracje Ministerstwa Zdrowia dotyczące wprowadzenia od stycznia 2022 roku programu bezpłatnych, nieobowiązkowych szczepień przeciwko HPV dla 12-latek to dobry fundament do stworzenia rozwiązania, które zapewni efektywną profilaktykę raka szyjki macicy.

O efektywności szczepień ochronnych, nie tylko przeciwko HPV, możemy mówić wtedy, gdy zostanie osiągnięta tzw. odporność zbiorowa, a więc zaszczepionych będzie co najmniej 60% populacji, a w niektórych chorobach zakaźnych ta liczba powinna być jeszcze większa. Tylko wtedy rozprzestrzenianie się wirusa można skutecznie zahamować. Doświadczenia innych krajów pokazują, że jedynie bezpłatne programy zdrowotne mogą zapewnić wymagany poziom wyszczepialności. Zaproponowany program profilaktyki zdrowotnej obejmie dziewczynki i chłopców w określonym wieku, a refundacja apteczna będzie dobrym uzupełnieniem możliwości szczepień dla osób, które chciałyby się zabezpieczyć przed wirusem HPV, a które do programu się nie zakwalifikują.

Program profilaktyki zdrowotnej dotyczący szczepień przeciwko HPV powinien umożliwić rodzicom dostęp do bezpłatnej szczepionki w gabinetach pediatrycznych lub gabinetach POZ. Rodzice powinni móc, po rozmowie z lekarzem, wybrać preparat, który według nich będzie najlepszy dla ich dziecka.

W Polsce rośnie liczba rodziców, którzy nie decydują się na szczepienie swoich dzieci. Dotyczy to szczepień obowiązkowych, a więc wdrażanie szczepień przeciwko HPV, które będą nieobowiązkowe, a jedynie zalecane powinno być poprzedzone szeroko zakrojoną kampanią edukacyjną, która będzie kontynuowana w trakcie realizacji programu profilaktyki zdrowotnej. Niezbędna jest edukacja młodzieży, a także ich opiekunów nie tylko w zakresie wirusa HPV, ale także w zakresie raka szyjki macicy i możliwości jego zapobiegania. Młodzież powinna wiedzieć co to jest wirus HPV, gdzie występuje, jak można się nim zakazić, jakie choroby może wywołać i co zrobić, aby się przed nim uchronić. Rak szyjki macicy to nowotwór, którego występowanie można znacznie ograniczyć dzięki szczepieniom profilaktycznym. Szczepienie przeciwko HPV daje wymierne korzyści zdrowotne. To najskuteczniejszy sposób zapobiegania chorobom HPV-zależnym.

Badania obserwacyjne przeprowadzone w 14 krajach, w których stosowane są powszechne szczepienia przeciwko HPV potwierdzają ich skuteczność w zmniejszaniu zachorowalności, a dzięki temu śmiertelności z powodu raka szyjki macicy. Szczepienia przeciwko HPV wpłynęły na zmniejszenie liczby przypadków neoplazji nabłonkowej szyjki macicy (CIN), brodawek płciowych i zakażenia onkogennymi podtypami wirusa HPV (16, 18, 31, 33 i 45) u kobiet. W Australii, gdzie szczepienia populacyjne są prowadzone od ponad 10 lat bliskie jest wyeliminowanie zachorowań na raka szyjki macicy.

W Polsce niezbędne jest jak najszybsze wdrożenie rozwiązań, które pozwolą chronić polską młodzież przed wirusem HPV. Tylko takie działania mogą wpłynąć na znaczne zmniejszenie zachorowalności i śmiertelności na raka szyjki macicy i inne nowotwory HPV-zależne.

Sacituzumab govitecan w terapii potrójnie ujemnego raka piersi (TNBC, triple-negative breast cancer)

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 roku 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 estrogenu 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. szczególne 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 pojawią 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 (zarejestrowany przez FDA w dniu 10.04.2021 r.) lub w przypadku braku jego dostępności (terapia w trakcie procesu rejestracyjnego EMA) - 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.

Niraparyb w terapii raka jajnika*

Co roku w Polsce na raka jajnika zachorowuje ok. 3,7 tys. kobiet w Polsce, umiera aż 2,7 tys. Przyczyną dużej śmiertelności jest brak skutecznych metod profilaktycznych i możliwości badań skринingowych, a także brak specyficznych objawów, co powoduje, że w ok. 80 proc. przypadkach rak jajnika jest wykrywany w 3. i 4. stopniu zaawansowania. Dziś jednak leczymy go coraz skuteczniej, a gdy będziemy mieć lepsze narzędzia, leczenie stanie się jeszcze bardziej efektywne. W ostatnich latach widać przełom w leczeniu tego nowotworu. Od 2004 r. „złotym standardem” było stosowanie chemioterapii (paklitaksel plus karboplatyna) w leczeniu uzupełniającym, po operacji chirurgicznej. Przełomem stała się nowa koncepcja: leczenia podtrzymującego remisję. Superbohaterami leczenia podtrzymującego okazały się inhibitory PARP, które znacząco wpłynęły na rokowanie. Niestety, mimo zaleceń towarzystw naukowych, nie wszystkie z nich są dostępne w Polsce i nie dla wszystkich pacjentek. Inhibitory PARP stosuje się u pacjentek z platynowrażliwym zaawansowanym rakiem jajnika; leczenie ma na celu wydłużenie okresu remisji, co ma wpływ nie tylko na poprawę jakości życia, ale też na czas całkowitego przeżycia. W Polsce jest dostępny wyłącznie jeden inhibitor PARP, dla pacjentek z mutacjami BRCA1, BRCA2. To ok. 20 proc. wszystkich chorych, a dodatkowym problemem jest to, że zaledwie 30–40 proc. kobiet z rakiem jajnika ma wykonywane badania w kierunku obecności mutacji.

Badanie NOVA, przeprowadzane u pacjentek po drugiej lub kolejnych wznowach raka jajnika, wykazało skuteczność innego inhibitora PARP: niraparybu u pacjentek platynowrażliwych; zarówno u tych, które mają mutacje w genach BRCA1, BRCA2, jak również u tych, które miały inne zaburzenia naprawy uszkodzeń DNA. Dzięki leczeniu niraparybem zyskiwały również pacjentki, które nie miały zaburzeń molekularnych. We wszystkich grupach widać było skuteczność stosowania niraparybu, choć największą u pacjentek, które miały mutacje w genach BRCA1, 2 lub inne zaburzenia genetyczne. Jeszcze lepsze efekty są widoczne w przypadku zastosowania niraparybu w pierwszej linii leczenia. Im szybciej stosujemy skuteczne terapie, tym efekty są bardziej spektakularne. Badanie PRIMA u kobiet z nowo rozpoznany zaawansowany rak jajnika wykazało, że podawanie niraparybu wydłuża czas do progresji choroby o 5,6 miesiąca u wszystkich pacjentek, a u tych, które miały zaburzenia mechanizmu naprawy DNA, o ponad 11 miesięcy. Największe korzyści ze stosowania inhibitorów PARP zyskują kobiety z mutacjami w genach BRCA1, 2, jednak korzyści uzyskują też pacjentki bez mutacji. Biorąc pod uwagę nawracający charakter raka jajnika oraz fakt, że okresy między kolejnymi wznowami są coraz krótsze, ważne jest, by jak najbardziej opóźnić kolejny rzut choroby. Jeśli nie stosujemy inhibitorów PARP, to pacjentka ma coraz krótsze okresy bez objawu choroby, coraz częściej musimy stosować kolejne cykle chemioterapii. Dzięki inhibitorom PARP czas wolny od choroby wydłuża się, a przy tym jest to terapia bezpieczna, w formie tabletek, tak więc kobieta nie musi być często hospitalizowana.

NCCN (National Comprehensive Cancer Network) rekomenduje stosowanie niraparybu zarówno u pacjentek we wznowie, jak po pierwszej linii leczenia.¹³ Jest on już refundowany w większości krajów Europy: we wznowie choroby w 19 krajach (w tym m. in. na Słowenii, Łotwie, w Grecji); w pierwszej linii w 11 krajach Europy. Ekspertki podkreślają, że konieczne są też zmiany organizacyjne, by poprawić wyniki leczenia raka jajnika w Polsce i zbliżyć się do najlepszych wyników w Europie i na świecie.

¹³ <https://www.nccn.org/patients/guidelines/content/PDF/ovarian-patient.pdf>

Leczenie w Polsce jest bardzo rozproszone, są ośrodki, które rocznie zajmują się tylko kilkoma przypadkami tego nowotworu, co przekłada się na gorszą skuteczność, ale też wyższe koszty, gdyż nie ma możliwości, by leczyć dobrze, nie mając odpowiedniego doświadczenia. Rekomendowane jest stworzenie „sieci” ośrodków zajmujących się leczeniem raka jajnika w Polsce, centrów referencyjnych i centrów kompetencji, tzw. *ovarian cancer units*, współpracy ośrodków o różnych poziomach referencyjności.

*terapia refundowana od 1 stycznia 2022.

Dostarlimab w terapii raka endometrium (trzonu macicy)

Rak endometrium to najczęstszy nowotwór żeńskich narządów rodnych. W 2020 roku odnotowano 9869 nowych przypadków zachorowalności i 2195 zgonów tej choroby zajmując odpowiednio 4 oraz 6 miejsce na liście nowotworów u kobiet w Polsce. Oznacza, że dziennie 16 kobiet dowiaduje się, że ma ten typ nowotworu. Liczba zachorowań rośnie, co jest związane z procesami demograficznymi, w tym starzeniem się populacji i spadkiem dzietności.

Rak endometrium zwykle rozwija się u kobiet powyżej 45. roku życia, głównie po menopauzie. Rokowania są zazwyczaj dobre, ponieważ najczęściej choroba zostaje zdiagnozowana we wczesnych stadiach, gdyż pierwsze objawy są bardzo charakterystyczne: nieprawidłowe krwawienia z dróg rodnych. Skłania to kobietę do szybkiego zgłoszenia się do lekarza. Niestety, w ok. 10–15 proc. przypadków następuje wznowa, a u ok. 10–15 proc. pacjentek jest on wykrywany już w formie zaawansowanej. Te przypadki są trudne do leczenia: 5-letnie przeżycia nie przekraczają 19–20 proc. Wymaga to nowego podejścia do terapii.

Nadzieją na leczenie trudnych przypadków okazało się wykrycie w tych guzach defektu genów naprawy niedopasowań (dMMR) i niestabilności mikrosatelitarnej (MSI). – Okazuje się, że aż 30 proc. raków endometrium ma cechy niestabilności mikrosatelitarnej. W UE i USA rekomendowane jest wykonywanie badań w kierunku niestabilności mikrosatelitarnej u wszystkich chorych z rakiem endometrium. Leczeniem z wyboru dla tych chorych jest immunoterapia, a przede wszystkim tzw. inhibitory punktów kontrolnych. To leki, które odwracają hamowanie odpowiedzi immunologicznej. Pozwalają układowi immunologicznemu znów „zobaczyć” komórkę nowotworową i ją zwalczać. Nie daje się on już „oszukać” nowotworowi. U chorych z rakiem endometrium takim lekiem zarejestrowanym w Polsce jest dostarlimab. W badaniu GARNET prowadzonym u pacjentek z rakiem endometrium z cechami niestabilności mikrosatelitarnej aż 42 proc. chorych z nawrotami choroby lub zaawansowanym nowotworem uzyskało odpowiedź na leczenie, a u 58 proc. uzyskano kontrolę choroby. Wyniki tego badania są jednoznacznie pozytywne, a lek jest bardzo dobrze tolerowany.¹⁴ Dostarlimab to pierwsze przeciwciało anty-PD-1 dopuszczone w kwietniu 2021 r. przez Komisję Europejską do stosowania w leczeniu nawrotowego lub zaawansowanego raka endometrium u kobiet, które wcześniej były leczone nieskutecznie.¹⁵ Niestabilność mikrosatelitarna powoduje oporność na chemioterapię, za to wrażliwość na leki immunologiczne (inhibitory punktów kontrolnych). To leczenie jest skuteczne u kobiet, których guzy mają właśnie tę cechę.

¹⁴ <https://jamanetwork.com/journals/jamaoncology/fullarticle/2771011>

¹⁵ <https://ec.europa.eu/health/documents/community-register/html/h1538.htm>

Toksyna botulinowa w terapii migreny przewlekłej

Migrena jest jedną z najbardziej uciążliwych i najczęściej występujących dolegliwości bólowych. Szacuje się, że w Polsce dotyka ona ok. 10% społeczeństwa, ale aż w 75% dotyczy ona kobiet. Gdy przyjmuje formę przewlekłą, w istotny sposób wpływa na niemal na całe życie prowadząc wręcz do niepełnosprawności. Światowa Organizacja Zdrowia uznała migrenę za jedną z wiodących przyczyn lat utraconych z powodu niepełnosprawności na świecie¹⁶. Dziś głównymi wyzwaniem w tym obszarze jest wczesna i prawidłowa diagnoza choroby oraz dostęp do refundowanego skutecznego leczenia najbardziej dotkliwego stadium migreny, czyli migreny przewlekłej. Migrena to schorzenie neurologiczne charakteryzujące się silnym, pulsującym, jednostronnym bólem głowy, któremu mogą towarzyszyć m.in. nudności, światłowstręt, fonofobia i wymioty. Przyczyny jej występowania nie są do końca znane. Prawdopodobnie są one kombinacją predyspozycji genetycznych, czynników środowiskowych oraz zwiększonej wrażliwości mózgu na bodźce. U niektórych osób przed atakiem pojawia się charakterystyczna aura, mrowienie, drętwienie połowicze, niedowład, zaburzenia mowy, a nawet zaburzenia równowagi. W migrenowych bólach głowy wyróżnia się migrenę epizodyczną, w której ból głowy występuje rzadziej niż 15 dni w miesiącu oraz migrenę przewlekłą. Tą drugą rozpoznaje się u osób, u których bóle głowy występują przez co najmniej 15 dni w miesiącu, przez okres dłuższy niż trzy kolejne miesiące, przy czym przez co najmniej 8 dni w miesiącu są to bóle migrenowe. Rozpowszechnienie migreny przewlekłej jest znacznie rzadsze niż migreny epizodycznej, szacuje się bowiem, że migrena przewlekła stanowi około 7–8% wszystkich migren. Szacuje się, że w zależności od regionu geograficznego rozpowszechnienie migreny w populacji wynosi 4–20%. W Polsce przyjmuje się, że na migrenę cierpi około 10% społeczeństwa, ale aż 75% osób cierpiących na migreny stanowią kobiety i aż 85% cierpi z powodu migreny przewlekłej¹⁷.

Polscy eksperci w dziedzinie leczenia migreny przewlekłej wskazują, że chorobowość migreny przewlekłej w populacji polskiej kształtuje się raczej na poziomie 0,9% niż 2,2%. W oparciu o powyższe dane można oszacować, że w populacji dorosłych Polaków (31,4 mln) ok. 3,1 mln osób choruje na migrenę, z czego liczba osób z migreną przewlekłą to ok. 280 tys. Schorzenie to może występować u osób w każdym wieku, przy czym szczyt chorobowości przypada pomiędzy 30. a 50. rokiem życia wykluczając chorego (głównie kobiety) z życia zawodowego i prywatnego i powodując m.in. spadek samooceny, czy chęć całkowitej izolacji. W populacji kobiet w wieku aktywności zawodowej częstość choroby sięga 30%. Napady migrenowe zaczynają występować już w okresie pokwitania (13-15. rok życia), zarówno u dziewcząt jak i chłopców. Choroba słabnie w okresie przekwitania (50-65. rok życia), choć czasem utrzymuje się także u osób starszych. Warto podkreślić, że u pacjentów z migreną przewlekłą istnieje sześciokrotnie wyższe ryzyko wystąpienia depresji, która finalnie dotyka ok. 11% z nich.

Neurologi podkreślają, w oparciu o dostępne dane epidemiologiczne, że w grupie pacjentów z migreną przewlekłą prawidłowo postawione rozpoznanie ma około 60%, z czego mniej niż 38% podejmuje leczenie profilaktyczne. Z tego wynika, że w Polsce może być ok. 170 tys. chorych z prawidłowo zdiagnozowaną migreną przewlekłą, spośród których profilaktycznie leczonych jest jedynie ok. 61 tys. Zgodnie z rekomendacjami ekspertów, leczenie profilaktyczne migreny przewlekłej prowadzone jest topiramatem, kwasem walproinowym, amitryptyliną. W przypadku braku skuteczności lub nietolerancji co najmniej 3 terapii profilaktycznych, należy rozważyć wdrożenie innego leczenia np. toksyną botulinową. Z toksyny botulinowej medycyna korzysta już od niemal 30 lat.

¹⁶ <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/headache-disorders> dostęp: 06.11.2021r.

¹⁷ <https://migraineresearchfoundation.org/about-migraine/migraine-facts/> dostęp 06.11.2021 r.

Powszechnie znana jest z medycyny estetycznej, ale stosowana jest przede wszystkim w leczeniu poważnych schorzeń w okulistyce, urologii i neurologii, a w profilaktyce migreny przewlekłej jest stosowana na świecie od ponad 10 lat. W wielu krajach europejskich jest w tym wskazaniu dostępna dla pacjentów w ramach refundacji. W dniu 7.06.2021 r. Rada Przejrzystości AOTMiT uznała za zasadne objęcie refundacją toksyny botulinowej typu A, w ramach programu lekowego „Leczenie migreny przewlekłej z wykorzystaniem toksyny botulinowej (ICD-10 G43)”, w ramach istniejącej grupy limitowej i wydawanie go bezpłatnie. W dniu 10.06.2021 r. Prezes AOTMiT wydał pozytywną rekomendację dla refundacji publicznej toksyny botulinowej w ramach nowego programu lekowego.¹⁸ Program lekowy powinien uwzględniać konieczność prowadzenia leczenia przez specjalistę w ośrodkach mających duże doświadczenie w leczeniu bólów głowy toksyną botulinową oraz mających dostęp do technik detoksykacji przed lub w trakcie terapii. We wszystkich aktualnych zaleceniach zagranicznej i polskiej praktyki klinicznej opublikowanych po 2018 roku, w przedmiotowej populacji docelowej, tj. u osób dorosłych z migreną przewlekłą po co najmniej 2 lub 3 terapiach innymi lekami wykorzystywanymi w profilaktyce migreny, rekomendowane jest stosowanie toksyny botulinowej typu A. Zaznacza się również, że na skuteczność i utrzymanie skutków terapii profilaktycznej toksyną botulinową typu A wpływ ma ograniczenie spożycia leków przeciwbólowych oraz detoksykacja. Eksperci, jako kluczowe przyczyny, dla których wnioskowana technologia powinna być finansowana ze środków publicznych, wskazują głównie na: wysoką skuteczność zastosowania toksyny botulinowej typu A w leczeniu migreny przewlekłej, udowodnioną w randomizowanych badaniach i rzeczywistej praktyce klinicznej, poprawę jakości życia i produktywności/aktywności społecznej pacjentów poddanych terapii, zmniejszenie kosztów bezpośrednich i pośrednich ponoszonych w związku z ciężkimi stanami migrenowymi, bezpieczeństwo technologii w przypadku stosowania u kobiet planujących posiadanie dzieci. W populacji ogólnej badań PREEMPT stosowanie toksyny botulinowej wiązało się z istotnym statystycznie zmniejszeniem względem wartości początkowej liczby dni ze stosowaniem leków przeciwbólowych oraz częstości przyjmowania tryptanów. W badaniach Andreou 2018 i Stark 2019 zaobserwowano istotnie statystycznie zmniejszenie liczby dni z bólem głowy, migreną oraz ciężkim bólem głowy w miesiącu względem wartości początkowej.¹⁹

Galkanezumab w terapii migreny przewlekłej

Galkanezumab jest rekombinowanym humanizowanym przeciwciałem monoklonalnym zarejestrowanym w Unii Europejskiej w dniu 14.11.2018 r. we wskazaniu: profilaktyka migreny u dorosłych, u których migrenowe bóle głowy występują co najmniej przez 4 dni w miesiącu.²⁰ Nowe leki stosowane w profilaktyce działają z różną szybkością. Galkanezumab działa od razu po podaniu dawki nasycającej, dzięki czemu pacjenci szybciej osiągają rezultaty. Początkowo podawana dawka nasycająca galkanezumabu znacząco zmniejsza liczbę dni z migrenowymi bólami głowy już w pierwszym miesiącu, począwszy od 1. tygodnia. Skuteczność przeciwciał monoklonalnych jest bardzo zadowalająca. Potwierdzają to badania kliniczne 3 fazy. Średnio galkanezumab obniża o 50% liczbę dni z migrenowymi bólami głowy i utrzymuje ten efekt do 12 miesięcy.

Znaczenie obciążenia chorobą między napadami potwierdziły różne organy regulacyjne, takie jak Narodowy Instytut Zdrowia i Doskonalenia Opieki Klinicznej (ang. NICE). W wytycznych wydanych niedawno przez NICE stwierdzono: „w przypadku migreny nieodpowiadającej na co najmniej trzy leki

¹⁸ https://bipold.aotm.gov.pl/assets/files/zlecenia_mz/2021/053/REK/BP_RP_66_2021_Botox_czarna_REOPTR.pdf

¹⁹ https://bipold.aotm.gov.pl/assets/files/zlecenia_mz/2021/053/SRP/U_24_138_07062021_s_66_Botox_toximum_%20botulinicum_w_ref_zacz_REOPTR.pdf

²⁰ https://www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/emgality-epar-product-information_pl.pdf

stosowane profilaktycznie dane z badań klinicznych wskazują, że galkanezumab działa lepiej niż najlepsze leczenie objawowe zarówno w migrenie epizodycznej, jak i przewlekłej”, jest też opłacalny i zalecany jako jedna z możliwości w tej grupie pacjentów. Dzięki zmniejszeniu częstotliwości i intensywności napadów migreny lek stosowany w profilaktyce przeciwmigrenowej może zminimalizować obciążenie chorobą między napadami. Galkanezumab jest pierwszym antagonistą CGRP zalecanym przez NICE dla pacjentów, u których występują, co najmniej cztery napady migreny w miesiącu i u których nie powiodło się leczenie, co najmniej trzema lekami stosowanymi w profilaktyce - zarówno w migrenie epizodycznej, jak i w przewlekłej. Galkanezumab wiąże się z ligandem receptora peptydu zależnego od genu kalcytoniny (ang. Calcitonin gene-related peptide, CGRP), uniemożliwiając interakcję CGRP z jego receptorem i tym samym zapoczątkowanie napadu migreny. W przypadku galkanezumabu głównie raportowanymi działaniami niepożądanymi są ból i odczyn w miejscu wstrzyknięcia, zawroty głowy, zaparcia, świąd. Bardzo niski odsetek pacjentów przerywało leczenie z powodu działań niepożądanych. Mniej niż 2,5% pacjentów przerwało leczenie galkanezumabem z powodu działań niepożądanych związanych z leczeniem, mniej niż 0,5% pacjentów przerwało leczenie z powodu bólu lub reakcji w miejscu wstrzyknięcia. 96% pacjentów potwierdziło, że wstrzykiwacz dla galkanezumabu jest „łatwy w użyciu” a 95% pacjentów było przekonanych, że „potrafi używać wstrzykiwacza i prawidłowo podać sobie dawkę leku”.

Semaglutyd we wskazaniu: cukrzyca typu 2, u pacjentów stosujących co najmniej dwa doustne leki hipoglikemizujące lub insulinę bazową w skojarzeniu z co najmniej jednym doustnym lekiem hipoglikemizującym, z HbA1c \geq 8%, z otyłością definiowaną jako BMI \geq 30 kg/m² oraz z bardzo wysokim ryzykiem sercowo naczyniowym

W Rekomendacji nr 14/2021 z dnia 12 lutego 2021 r. Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w sprawie oceny leku semaglutyd we wskazaniu: cukrzyca typu 2, u pacjentów stosujących co najmniej dwa doustne leki hipoglikemizujące lub insulinę bazową w skojarzeniu z co najmniej jednym doustnym lekiem hipoglikemizującym, z HbA1c \geq 8%, z otyłością definiowaną jako BMI \geq 30 kg/m² oraz z bardzo wysokim ryzykiem sercowo naczyniowym zdefiniowanym jako: potwierdzona choroba sercowo-naczyniowa lub uszkodzenie innych narządów objawiające się poprzez: białkomocz lub przerost lewej komory, lub retinopatię, lub 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 Prezes Agencji rekomenduje objęcie refundacją tego produktu leczniczego.²¹ Wskazanie, którego dotyczy zlecenie zawiera się we wskazaniu rejestracyjnym produktu leczniczego semaglutyd, jednocześnie lek ten znajduje się aktualnie na liście leków refundowanych i jest finansowany (w węższej niż wnioskowana) populacji chorych z cukrzycą typu 2 przed włączeniem insuliny, leczonych co najmniej dwoma doustnymi lekami hipoglikemizującymi od co najmniej 6 miesięcy, z HbA1c \geq 8 %, z otyłością definiowaną jako BMI \geq 35 kg/m² oraz bardzo wysokim ryzykiem

²¹ Rekomendacja nr 14/2021 z dnia 12 lutego 2021 r. Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w sprawie oceny leku Ozempic (semaglutyd) we wskazaniu: cukrzyca typu 2, u pacjentów stosujących co najmniej dwa doustne leki hipoglikemizujące lub insulinę bazową w skojarzeniu z co najmniej jednym doustnym lekiem hipoglikemizującym, z HbA1c \geq 8%, z otyłością definiowaną jako BMI \geq 30 kg/m² oraz z bardzo wysokim ryzykiem sercowo naczyniowym zdefiniowanym jako: potwierdzona choroba sercowo-naczyniowa lub uszkodzenie innych narządów objawiające się poprzez: białkomocz lub przerost lewej komory, lub retinopatię, lub 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 https://bipold.aotm.gov.pl/assets/files/zlecenia_mz/2020/298/REK/Rekomendacja_nr%2014_2021_Ozempic.pdf

sercowo-naczyniowym. Pod uwagę wzięto także wyniki analizy klinicznej, które wskazują, iż stosowanie semaglutynu u pacjentów z cukrzycą typu 2 istotnie wpływa na redukcję poziomu HbA1c i masy ciała w porównaniu zarówno do placebo, stosowanych razem z insuliną i metforminą, jak i inhibitorów SGLT-2. W opinii ujęto również, że większość odnalezionych wytycznych klinicznych zaleca zastosowanie agonistów receptora GLP-1 przy otyłości pacjentów, a także w przypadku współwystępującej choroby sercowo-naczyniowej lub ryzyku wystąpienia takich chorób. Agoniści receptora GLP-1 w odnalezionych zaleceniach znajdują miejsce także na dalszych etapach leczenia: w terapii dwulekowej, trójlekowej oraz insulinoterapii prostej i złożonej.

Semaglutyn, 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) semaglutyn 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

System ciągłego pomiaru glikemii metodą skanowania (isCGM) w terapii cukrzycy u kobiet z cukrzycą ciężową i przedciężową

W 2018 roku blisko 3 miliony dorosłych Polaków było chorych na cukrzycę. Jak wskazują szacunki, jeśli obecna dynamika zachorowań nie ulegnie zmianie, to w 2030 roku w systemie NFZ będzie około 4,2 mln osób z cukrzycą (łącznie około 5,25 mln z osobami niezdiagnozowanymi). Według Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego, całkowite koszty leczenia cukrzycy, rozumiane jako suma leczenia samej choroby i jej powikłań, wyniosły tylko w samym 2017 roku ponad 6 mld zł. Zaś według wyliczeń Instytutu Ochrony Zdrowia, aż 50% kosztów cukrzycy w naszym kraju to koszty leczenia powikłań – prawie 70% z nich związanych jest z układem sercowo-naczyniowym. Dodatkowo - w 2020 r. karetki pogotowia ratunkowego wyjeżdżały do osób chorych na cukrzycę 23 745 razy, co oznacza, że średnio w Polsce, co około 20 minut jedna osoba z cukrzycą wymaga interwencji zespołu ratunkowego.

Ostatnie lata przyniosły wiele zmian dla osób z cukrzycą, które w znaczącym stopniu wpływają na ograniczenie rozwoju powikłań tej choroby. Nowe grupy leków przeciwcukrzycowych, kolejne generacje insuliny pozwalają na istotną redukcję ryzyka występowania hipoglikemii oraz skuteczną

kontrolę stężenia cukru glikemii, co wpływa w istotny sposób na prewencję poważnych zdarzeń kardiologicznych, okulistycznych, nefrologicznych, często wymagających hospitalizacji i poważnego leczenia. Bez wątplenia jednak najistotniejsza zmiana życia pacjentów z cukrzycą stała się możliwa dzięki coraz powszechniejszemu stosowaniu nowoczesnych rozwiązań technologicznych, takich jak systemy ciągłego monitorowania glikemii. System do ciągłego pomiaru glikemii metodą skanowania (isCGM) - FreeStyle Libre – umożliwia pacjentowi uzyskanie informacji o stężeniu glukozy i zmienności glikemii w ciągu doby. Sensor gromadzi co minutę informacje dotyczące poziomu glukozy w płynie śródtkankowym a dane mogą być czytane z niego przy pomocy czytnika lub smartfona z odpowiednią aplikacją.

W Polsce system ciągłego monitorowania glikemii metodą skanowania jest refundowany dla dzieci i młodzieży z cukrzycą typu 1 do 18. roku życia. Na refundację czekają kolejne grupy chorych, także dorosłych, w tym kobiety w ciąży. W ostatnich dniach ukazało się Rozporządzenie Ministra Zdrowia, które umożliwia stosowanie systemu również u pacjentów pediatryczną z cukrzycą typu 3 (cukrzyca wtórna, pojawia się wskutek istnienia u pacjenta innych schorzeń). Przyczyną cukrzycy typu 3 może być wiele różnorodnych patologii, takich jak np.: mukowiscydoza, choroby trzustki, różne zaburzenia endokrynologiczne, choroby nowotworowe lub schorzenia metaboliczne. W sierpniu 2021 r. ukazał się raport pt. „System ciągłego monitorowania glikemii metodą skanowania 2021. Dostępność w Polsce – stan obecny i konieczne kierunki zmian” wskazujący, jak wiele MZ już zrobiło oraz w jakim kierunku warto, aby zmiany szły dalej.²² Autorzy raportu – klinicyści i eksperci systemowi, podkreślają rolę i znaczenie monitorowania glikemii dla zdrowia i bezpieczeństwa pacjentów. Wskazane jest poszerzenie grupy pacjentów, którzy mają dostęp do systemu w ramach refundacji o pacjentów z cukrzycą leczonych metodą intensywnej insulinoterapii – w pierwszej kolejności przynajmniej poprzez złagodzenie kryterium wiekowego (rozszerzenia dostępu o pacjentów z typem 1 do 26. roku życia) oraz o kobiety w ciąży z cukrzycą ciążową i przedciążową. Problem cukrzycy ciążowej dotyczy około 5-8% kobiet, czyli około 20-30 tys. pacjentek rocznie. Spośród tych pacjentek około 25%, czyli w przybliżeniu 7 tys. kwalifikuje się do leczenia insuliną. U części pacjentek jest to zdiagnozowana w trakcie ciąży „ukryta” cukrzyca typu 2, której objawy nie są zahamowane po porodzie. Ponadto około 2-3 tys. pacjentek z typem 1 cukrzycy (zdiagnozowanym przed ciążą), wymaga intensywnej insulinoterapii, czyli wielokrotnych wstrzyknięć w ciągu dnia. Konsekwencje cukrzycy ciążowej dotyczą zarówno płodu jak i ciężarnej. Najgroźniejsze konsekwencje dla płodu to: makrosomia, zaburzenia oddychania (u ok. 10-15% noworodków ze zdiagnozowaną cukrzycą u matki), hiperbilirubinemia, opóźnienie dojrzewania płodu – niedojrzałości płuc i wątroby, przebudowa struktury mięśnia sercowego, niedotlenienie wewnątrzmaciczne, zaburzenia krążenia, hipoglikemia i urazy okołoporodowe. Z kolei najczęstsze powikłania u ciężarnej to: nadciśnienie, rzucawka, która prowadzić może do śpiączki i być bezpośrednią przyczyną zgonu oraz konieczność porodu drogą cięcia cesarskiego.

Nowoczesne metody monitorowania cukrzycy metodą skanowania dostarczają pacjentowi i lekarzowi dodatkowych narzędzi wspomagających proces terapeutyczny. Dzięki specjalnemu systemowi (LibreView) lekarz może mieć na bieżąco dostęp do wyników pomiarów poziomu glukozy wykonywanych przez pacjenta i ocenić nie tylko poziom glikemii, ale także jej zmienność. Najbardziej przekonujących dowodów na zasadność ich szerokiego stosowania dostarczają nam doświadczenia z trwającego nadal okresu pandemii COVID-19. Jak szybko wykazały obserwacje kliniczne zakażenia koronawirusem u osób z cukrzycą wiązały się ze znacząco wyższym ryzykiem ciężkiego przebiegu

²² <https://diabetyk.org.pl/wp-content/uploads/2021/06/Raport-glikemia-final.pdf>

choroby, hospitalizacji na oddziałach intensywnej terapii, a także zgonu. Dzięki tym danym lekarz ma możliwość podejmowania niemal wszystkich decyzji dotyczących utrzymania obecnej terapii lub jej modyfikacji na odległość. Tym samym znaczna część wizyt u diabetologa może z powodzeniem zostać zastąpiona przez kontakt zdalny. Poza aspektem epidemiologicznym, szersze stosowanie rozwiązań telemedycznych może mieć istotne znaczenie dla systemu opieki zdrowotnej poprzez skrócenie czasu wizyty, skutkujące skróceniem kolejek do specjalisty. Tym samym poprawi to współpracę pacjenta z lekarzem w leczeniu choroby przewlekłej. Dodatkowe środki przeznaczone na refundację systemu ciągłego pomiaru glikemii metodą skanowania pochodzić mogą z planowanego podatku cukrowego. Szersze udostępnienie nowoczesnych metod monitorowania wpisuje się w politykę skutecznej profilaktyki i leczenia cukrzycy.

Systemy monitorowania mają udowodnioną skuteczność i bezpieczeństwo – przeprowadzono szereg badań klinicznych, które podkreślają ich wartość w praktyce klinicznej. Opublikowana w 2021 roku pierwsza kompleksowa analiza danych RWE (ang. Real World Evidence), obejmująca populację polskich pacjentów z cukrzycą, jednoznacznie potwierdza, iż pacjenci w Polsce zdecydowanie pełniej wykorzystują możliwości jakie daje ciągłe monitorowanie glikemii niż populacja ogólnoswiatowa – skanują się częściej (21,4 skany vs 13,4 skany w ciągu doby) dzięki czemu uzyskują lepszą kontrolę glikemii niż w populacji światowej. Nowoczesne technologie i telemedycyna w diabetologii to rozwiązania gotowe do zastosowania i efektywne kosztowo. Wyniki opublikowanego w czerwcu br. dużego retrospektywnego badania RELIEF, opartego na francuskich danych rejestrowych, jednoznacznie wskazują, iż u pacjentów wykorzystujących systemy monitorowania nastąpiła znamienna redukcja liczby ich hospitalizacji, w tym związanych m.in. z ostrymi powikłaniami cukrzycy (redukcja w cukrzycy typu 1 o 49 %, a w cukrzycy typu 2 o 39,4 %), kwasimą ketonową czy śpiączką cukrzycową.

Bezpieczeństwo lekowe w Polsce – podstawowe leki w terapii kobiety

Podczas konferencji dotyczących leków rozmawiamy zazwyczaj o innowacyjnych produktach, o których refundację zabiegają chorzy. Tymczasem na listach refundacyjnych jest kilka tysięcy leków, z których korzystają miliony Polaków. Wiele z tych podstawowych leków to ratujące życie. Dziś w aptece i szpitalu zawsze możemy otrzymać potrzebne medykamenty i nawet nie wyobrażamy sobie, że mogłoby ich zabraknąć. Dla wielu ludzi, ale też urzędników dostęp do podstawowych leków jest tak oczywisty jak woda w kranie. Prawie połowę z tych leków dostarcza krajowy przemysł farmaceutyczny, czyli firmy polskie i zagraniczne, które w Polsce posiadają fabryki produkujące leki. Niestety, udział krajowych leków w polskim rynku spada. Tymczasem import podstawowych leków mogą zatrzymać nie tylko pandemie, ale i kryzysy ekonomiczne i energetyczne, konflikty zbrojne i geopolityczne, a nawet wybuch wulkanu, tsunami czy trzęsienie ziemi. Wówczas wszystkie kraje wprowadzają zakaz wywozu leków, a fabryki produkują wyłącznie na wewnętrzne potrzeby państwa. Brak leków to takie samo zagrożenie, jak wojna, kataklizm czy klęski żywiołowe. W trakcie pandemii wiele krajów, które nie posiadają własnego przemysłu farmaceutycznego borykało się z problemem zapewnienia ciągłości ich dostaw. Polacy nie mieli tego problemu, bo rodzimi wytwórcy dostosowywali produkcję do najpilniejszych potrzeb. A choć wszyscy mówili wówczas tylko o szczepionkach, w szpitalach wzrosło dramatycznie zapotrzebowanie na sterydy, antybiotyki czy leki anestetyczne niezbędne do zastosowania mechanicznego wspomaganie oddychania. Poza tym pomimo pandemii choroby przewlekłe nie zniknęły. Wyobraźmy sobie kolejny kryzys, zamknięcie granic i szczątkową produkcję leków w Polsce - życie prawie 3 milionów cukrzyków byłoby zagrożone, 4 milionów astmatyków i wielu innych chorych, dla których już dwutygodniowe braki leków mogą skończyć się śmiercią, jak choćby

brak diuretyków niezbędnych pacjentom z przewlekłą niewydolnością serca, brak antybiotyków, nie wspominając o lekach stosowanych w chorobach onkologicznych. Dlatego większość krajów UE robi wszystko, aby relokować produkcję farmaceutyczną u siebie. Polski rząd również powinien wprowadzić mechanizmy zachęcające do zwiększenia produkcji leków i substancji do ich wytwarzania w Polsce. W ten sposób zapewnimy ciągłość dostaw podstawowych leków, a więc bezpieczeństwo lekowe Polek i ich rodzin. Rodzimi producenci leków nie oczekują wiele – apelują o utrzymanie dotychczasowych cen urzędowych a nie zmuszanie ciągłego ich obniżania. To niewiele dla zapewnienia bezpieczeństwa lekowego w Polsce.

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

Nietrzymanie gazów i stolca jest inwalidztwem, znacznie upośledzającym jakość życia pacjenta w sferze osobistej, zawodowej i społecznej. Na nietrzymanie gazów i stolca cierpi od kilkunastu do nawet kilkudziesięciu procent populacji (odsetek ten wzrasta w grupie pacjentów w wieku podeszłym). W Polsce dokładne dane epidemiologiczne są nieznanne, nie mówi się publicznie o inkontynencji, jest to „cicha choroba”. Pacjenci wstydzą się mówić o problemie, a lekarze rzadko aktywnie pytają o tę dolegliwość w trakcie wizyty. Najczęstszą przyczyną inkontynencji (prawie 70%) jest uszkodzenie zwieraczy w trakcie porodu. W Polsce nie ma dokładnych danych co do częstości tych uszkodzeń. W Anglii w ostatnich latach częstość uszkodzeń zwieraczy zwiększyła się 3-krotnie i dochodzi do prawie 6% porodów siłami natury. Wydaje się, że dane te nie świadczą o niskim poziomie położnictwa w tym kraju, a wręcz przeciwnie, świadczą to o bardzo dobrej wykrywalności i raportowaniu tego typu uszkodzeń zwieraczy. Przykładowo w innych krajach europejskich odsetek ten wynosi :w Danii 3,6%, w Norwegii 4,1%,w Szwecji 4,2%. Doraźne, prawidłowe zaopatrzenie uszkodzenia zwieraczy po porodzie sprawia, że u pacjentki nie występują powikłania czynnościowe w postaci inkontynencji gazów i stolca. Jednak z różnych powodów zdarza się, że trzeba wykonać planowy zabieg rekonstrukcyjny odroczony o kilka miesięcy. Zwieracze można „naprawić”, jest to trudna operacja specjalistyczna, wymagająca doświadczenia w wykonywaniu tego typu zabiegów, doświadczenia, które zdobywa się latami. Nie wszyscy zdają sobie sprawę, że operacja naprawcza zwieraczy odbytu nie znajduje się na liście operacji refundowanych przez NFZ, czyli nie ma takiej choroby! Dla NFZ taka choroba nie istnieje! Należy ją zgłaszać jako „mały zabieg proktologiczny”, którego wycena jest podobna do wyceny operacji hemoroidów czy szczeliny odbytu (uwaga! Szczelina k62.8/49.04 – 500 złotych, guzki krwawnicze i84.5/49.46 – 1 738 złotych). Ta niska wycena refundacji operacji rekonstrukcji zwieraczy przez Narodowy Fundusz Zdrowia sprawia, że małe jest zainteresowanie w oddziałach chirurgicznych wykonywaniem operacji naprawczych zwieraczy, a trudność zabiegu operacyjnego wymagającego dużego doświadczenia, a także możliwość powikłań po tej operacji powoduje, że zabiegi te również niechętnie wykonuje się w sektorze prywatnym. Należy się zapytać: gdzie, do jakiego oddziału powinna się zgłosić pacjentka, która ma ciężkie kalectwo dotyczące uszkodzenia zwieraczy i która wymaga leczenia operacyjnego? Trzeba mieć na uwadze, że niejednokrotnie pacjentki te w oczekiwaniu na planowy zabieg rekonstrukcyjny mają wyłonioną stomię. Są to młode kobiety, młode matki, chcące jak najszybciej wrócić do aktywności społecznej zawodowej i rodzinnej. Wysokie koszty sprzętu stomijnego oraz absencji w pracy związanej z długim oczekiwaniem na zabieg ponosi Państwo, nie mówiąc o kosztach społecznych izolacji pacjentek wyłączonych ze społeczeństwa na czas kalectwa i czasu leczenia. Drugim problemem jest rehabilitacja tych pacjentek. Proszę wskazać w Polsce miejsca, gdzie w ramach NFZ pacjentki i pacjenci z niewydolnością zwieraczy mogą uzyskać stały dostęp do rehabilitacji. Panowie decydenci -

wyobraźcie sobie, że ta kobieta to wasza siostra, żona czy córka. Naprawdę, zmienia się wtedy punkt widzenia problemu. „Krzywa uczenia” zabiegów rekonstrukcyjnych jest długa, sama dochodziłam do biegłości w tym temacie przez wiele lat, nie zawsze mając sukcesy terapeutyczne, czasem bywały też powikłania (na których zresztą, jak każdy chirurg, najwięcej się nauczyłam). Wydaje się, że operacje rekonstrukcyjne na zwieraczkach powinny być wykonywane były przez doświadczonych koloproktologów w kilku ośrodkach w Polsce, w których mogliby szkolić się jednocześnie inni chirurdzy i do tych zabiegów szpitale nie powinny „dopłacać”. Jako obecny Prezes Polskiego Klubu Koloproktologii – Towarzystwo Naukowe postanowiłam nagłośnić problem nier refundowania leczenia inkontynencji w Polsce. Co można poprawić?

1. Zabieg rekonstrukcji zwieraczy powinien znaleźć się na liście operacji refundowanych przez NFZ (dlaczego pacjentki z inkontynencją są stygmatyzowane, znalazły się nie tylko poza nawiasem społecznym, ale poza nawiasem publicznej służby zdrowia?).
2. Refundacja powinna być odpowiednia do poniesionych kosztów przez szpital i kompatybilna z trudnością operacji.
3. Powinny być ośrodki szkoleniowe w zakresie rekonstrukcji zwieraczy. Przykładowo wspólnie z moim zespołem prowadzimy kursy na modelach zwierzęcych, należałoby taką edukację rozpowszechnić wśród kolegów chirurgów i ginekologów.
4. Powinno się stworzyć sieć ośrodków rehabilitacyjnych dla pacjentów z inkontynencją, dostępnych w ramach świadczeń NFZ.
5. Ze względu na trudność zabiegów operacje rekonstrukcyjne na zwieraczkach nie powinny być wykonywane w każdym szpitalu, a w dedykowanych, referencyjnych ośrodkach przez wykwalifikowaną kadrę specjalistów.

Mam nadzieję, że ta ciężka choroba przestanie być „cichą chorobą”, a uszkodzenia zwieraczy będą w Polsce traktowane na równi z innymi chorobami.

Prof. dr n. med. Małgorzata Kołodziejczak, Prezes Polskiego Klubu Koloproktologii Towarzystwo Naukowe, Kierownik Warszawskiego Ośrodka Proktologii Szpitala św. Elżbiety w Warszawie.

6. Tezy dla Zdrowia Medycznej Racji Stanu

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

1. PRZYJĘCIE ZASADY „ZDROWIE W POLITYCE”

ZDROWIE znajduje się na pierwszej pozycji naszych potrzeb. Nie stało się jednak priorytetem programu żadnej partii. Proponujemy zapisanie w regulaminie Sejmu zasady dorocznego expose Premiera odnoszącego się także do wyzwań wiązanych 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 redukować 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 przykładąć do profilaktyki nowotworów, których czynniki sprawcze zostały dobrze poznane, a dzięki wczesnemu wykryciu mogą być skutecznie eliminowane; np. wdrożenie badań przesiewowych w kierunku zakażeń HCV, których dostępne już w Polsce, skuteczne leczenie zapobiega rakowi wątroby. Proponujemy, wzorem rozwiązań brytyjskich skupienie się na podobnych działaniach i powołanie na 10 lat Funduszu Walki z Rakiem zasilanego przez państwo z akcyzy na papierosy i alkohol, która powinna wzrosnąć oraz z kar nakładanych na przemytników i nielegalnych producentów papierosów

i alkoholu. Wsparciem Funduszu mogłaby być również nadwyżka finansowa uzyskana z polisy dobrowolnych ubezpieczeń komplementarnych.

10. POWOŁANIE FUNDUSZU NA RZECZ CHORÓB RZADKICH I ULTRARZADKICH

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

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

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

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

Fundamentem promocji zdrowia powinno być wprowadzenie do szkół przedmiotu pod nazwą „Podstawy zdrowego życia” będącego elementem Krajowego Programu Promocji Zdrowia realizowanego we współpracy Rządu z Kościołem. Aktywny udział w programie i poprawa parametrów zdrowotnych powinny być premiowane zmniejszeniem obciążeń podatkowych, zmniejszeniem składki zdrowotnej lub ułatwieniem w dostępie do określonych świadczeń opieki zdrowotnej. Realizację Tezy 11 i 12 wspierałoby opodatkowanie żywności o wysokiej gęstości kalorycznej (dużo kalorii w małej objętości) i zakaz reklamy takich produktów, a także powszechne wprowadzenie zasady informowania o kaloryczności produktów i posiłków.

13. POSTAWIENIE NA POZ I STWORZENIE PROGRAMU WSPARCIA OPIEKI ŚRODOWISKOWEJ

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

14. POWOŁANIE EUROPEJSKIEJ UNII ZDROWIA

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

refundowanych na całym terenie UE a także wspólna strategia dawania odporu ruchom antyszczepionkowym.

15. UTRZYMANIE ZASADY OBOWIĄZKOWOŚCI SZCZEPIEŃ OCHRONNYCH W POLSCE

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

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

16. PROMOCJA POLSKI PRZEZ ZDROWIE

Dotychczasowe doświadczenia projektów z zakresu zdrowia promujących Polskę wskazują na dużą efektywność tego typu działań, szczególnie w państwach biedniejszych (Afryka, Azja Środkowa). Proponujemy, by w ramach promocji Polski za granicą, jako stały element, oprócz działań w zakresie kultury i nauki, włączyć działania prozdrowotne promujące polskie przedsięwzięcia w dziedzinie medycyny (leczenie słuchu, kardiologia, kształcenie 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 bierz wywiad lekarski w sposób zwięzły i taktowny, komunikując się językiem zrozumiałym dla swojego rozmówcy i dochowując tajemnicy lekarskiej oraz innych praw pacjenta.
3. Poproś pacjenta o rozebranie się z zachowaniem jego prawa do wolności, godności i intymności, a następnie, mając jego przyzwolenie, dokładnie zbadaj jego ciało w całości.
4. Na każdym etapie diagnozy i leczenia wyobrażaj sobie, że to ty jesteś na miejscu pacjenta i pomyśl, czy chciałbyś być tak samo traktowany.
5. Zważaj na każde wypowiedziane do pacjenta słowa i nigdy nie odbieraj mu nadziei, mając przede wszystkim pokorę do własnej wiedzy niezależnie od stopnia swoich kwalifikacji, zajmowanego stanowiska czy też posiadanego tytułu naukowego.
6. Pełniąc swoją niełatwą misję lekarską, bądź cierpliwy, nie zapominaj o dobrych i ciepłych słowach, nie obrażaj się i nie gniewaj na pacjenta, a swoją postawą i działaniem zaświadczaj o zbieżności swoich celów z celami pacjenta stosownie do jego potrzeb, oczekiwań i życzeń oraz zgodnie z jego wolą, światopoglądem i filozofią życia.
7. Traktuj zawsze pacjenta podmiotowo w sposób holistyczny, nie oddzielając jego części fizycznej od psychicznej i duchowej, bowiem stanowią one jedną nierozdzielalną całość.

KONTAKT:

Anna Jasińska – Rzecznik Medycznej Racji Stanu, tel. +48 734 439 122, e-mail: jasinska@greencomm.pl

Anna Kowalska – PR&Digital Coordinator, tel. +48 734 460 791, e-mail: kowalska@greencomm.pl

PARTNERZY MEDIALNI:



PATRONAT PACJENCKI:



PARTNERZY:

