



**RAPORT:
SPRAWDZAM-
WYGRYWAM.
DIAGNOSTYKA
I LECZENIE
WIRUSOWEGO
ZAPALENIA WĄTROBY
TYPU C W POLSCE**

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
2 grudnia 2021 r.

Raport pt. Sprawdzam-Wygrywam. Diagnostyka i leczenie wirusowego zapalenia wątroby typu C w Polsce, Warszawa, Grudzień 2021

ISBN: 978-83-961477-4-5

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

Autorzy w kolejności alfabetycznej:

1. Prof. Robert Flisiak, Prezes Polskiego Towarzystwa Epidemiologów i Lekarzy Chorób Zakaźnych, Członek Rady Medycznej ds. Covid-19 przy Prezesie Rady Ministrów
2. Dr Jakub Gierczyński, Ekspert systemu ochrony zdrowia
3. Dr Leszek Kraj, Klinika Chorób Wewnętrznych, Hematologii i Onkologii Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego
4. Prof. Piotr Małkowski, Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej i Transplantacyjnej Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego
5. Dr Janusz Meder, Prezes Polskiej Unii Onkologii, NIO-PIB w Warszawie
6. Barbara Pepke, Prezes Fundacji Gwiazda Nadziei, Lider Koalicji Hepatologicznej
7. Prof. Anna Piekarska, Kierownik Katedry i Kliniki Chorób Zakaźnych i Hepatologii UM w Łodzi, Członkini Rady Medycznej ds. Covid-19 przy Prezesie Rady Ministrów
8. Prof. Jarosław Reguła, Konsultant Krajowy w dziedzinie Gastroenterologii, Kierownik Kliniki Gastroenterologii Onkologicznej w Narodowym Instytucie Onkologii
9. Dr Michał Sutkowski, Członek Narodowej Rady ds. Ochrony Zdrowia przy Prezydencie RP, Rzecznik Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce
10. Prof. Krzysztof Tomasiewicz, Kierownik Katedry i Kliniki Chorób Zakaźnych, Uniwersytet Medyczny w Lublinie, członek Rady Medycznej ds. Covid-19 przy Prezesie Rady Ministrów
11. Krystyna Wechmann, Członkini Narodowej Rady ds. Ochrony Zdrowia przy Prezydencie RP, Prezes Polskiej Koalicji Pacjentów Onkologicznych

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

Wykorzystanie treści raportu pod warunkiem podania źródła: *Raport pt. Sprawdzam-Wygrywam. Diagnostyka i leczenie wirusowego zapalenia wątroby typu C w Polsce. Spotkanie Rady Ekspertów Medycznej Racji Stanu. Medyczna Racja Stanu, Warszawa, Grudzień 2021*

Spis treści

1. Medyczna Racja Stanu – misja i działania	3
2. Wprowadzenie, Anna Jasińska, Grażyna Mierzejewska, Medyczna Racja Stanu	9
3. Stanowiska ekspertów przedstawione w trakcie spotkania.....	10
Dr Michał Sutkowski, Członek Narodowej Rady Rozwoju ds. Ochrony Zdrowia przy Prezydencie RP, Rzecznik Kolegium Lekarzy Rodzinnych, MRS	10
Dr Jakub Gierczyński, Ekspert systemu ochrony zdrowia	11
Prof. Robert Flisiak, Prezes Polskiego Towarzystwa Epidemiologów i Lekarzy Chorób Zakaźnych ..	12
Prof. Anna Piekarska, Kierownik Katedry i Kliniki Chorób Zakaźnych i Hepatologii UM w Łodzi, członkini Rady Medycznej ds. Covid-19 przy Prezesie Rady Ministrów	14
Prof. Krzysztof Tomaszewicz, Kierownik Katedry i Kliniki Chorób Zakaźnych, Uniwersytet Medyczny w Lublinie, członek Rady Medycznej ds. Covid-19 przy Prezesie Rady Ministrów	14
Prof. Jarosław Reguła, Konsultant Krajowy w dziedzinie Gastroenterologii, Kierownik Kliniki Gastroenterologii Onkologicznej w Narodowym Instytucie Onkologii	15
Prof. Piotr Małkowski, Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej i Transplantacyjnej WUM	16
Dr Janusz Meder, Prezes Polskiej Unii Onkologii, Narodowy Instytut Onkologii w Warszawie, MRS17	
Dr Leszek Kraj, Klinika Chorób Wewnętrznych, Hematologii i Onkologii Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego	18
Krystyna Wechmann, Członkini Narodowej Rady ds. Ochrony Zdrowia przy Prezydencie RP, Prezes Polskiej Koalicji Pacjentów Onkologicznych	19
Barbara Pepke, Prezes Fundacji Gwiazda Nadziei, Lider Koalicji Hepatologicznej	19
4. Wnioski i Rekomendacje	19
5. Rada Ekspertów ds. Chorób Zakaźnych Medycznej Racji Stanu.....	21
6. Tezy dla Zdrowia.....	21
7. Siedem Zasad Doktora Janusza Medera - jak zadbać o wzajemne dobre relacje z pacjentem.....	25

1. Medyczna Racja Stanu – misja i działania

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

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

Jako współtwórca Medycznej Racji Stanu bardzo cieszę się z faktu, że ochrona zdrowia stała się jednym z głównych tematów kampanii politycznej, dlatego że w demokratycznych społeczeństwach to jest najlepszy sposób, żeby załatwić jakąś sprawę. Bo niezależnie od wyniku wyborów - każdy będzie musiał



coś z tym zrobić. Ochrona zdrowia musi skoncentrować na sobie uwagę szerszych grup społecznych, a także polityków. A to jest najważniejsze, bo na końcu to politycy decydują. O to nam chodziło, by zainteresować polityków i to wszystkich partii. Zrozumiałem, że jeżeli tym tematem będą zajmowali się tylko eksperci od ochrony zdrowia, lekarze, nawet menadżerowie ochrony zdrowia, to zawsze temat ten będzie pozostawał w zamkniętym kręgu, ważnym, ale jednak zamkniętym kręgu specjalistów, i że trzeba rozmawiać o tym inaczej, prostszym językiem, zrozumiałym dla ludzi, którzy na co dzień nie zajmują się ochroną zdrowia, nie leczą, nie kierują szpitalami, ale którym zależy, bo widzą, że jest to najważniejszy program społeczny. I moim zdaniem, jedynym sposobem, by rozwiązać nabrzmiały problem społeczny, jest otwarcie go na inne środowiska, tak żeby zainteresować nim osoby, którym wcześniej nawet do głowy nie przyszłoby zajmować się tym tematem.

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

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



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

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

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



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

Jako inicjator działalności Medycznej Racji Stanu chciałbym, aby wspólnie zdefiniować optymalny kształt systemu ochrony zdrowia w Polsce. Ochrona zdrowia powinna stanowić taki obszar, którego konieczności rozwoju się nie kwestionuje, bo jest on kluczowy dla każdego obywatela. W tym ujęciu staje się racją stanu, mającą charakter ponadpartyjny, ponad środowiskowy i w jakimś sensie ponadczasowy. Gdybyśmy uznali, że zdrowie ma swoją rację stanu, wówczas zmieniające się ekipy rządowe, bez względu na swoją jakość kompetencyjną czy intelektualną, realizowałyby długofalowy plan rozwoju ochrony zdrowia. Inwestycje w tym obszarze muszą być najwyższej jakości i mieć charakter długofalowy. Na początku tego wieku koncentrowano się na tych dziedzinach medycyny, których reforma przynosi szybko zauważalne zmiany — kardiologia inwazyjna, medycyna ratunkowa. Teraz zaś największym wyzwaniem są choroby przewlekłe, cywilizacyjne, a w ich przypadku horyzont działań i strategii musi znacznie przekraczać cztery lata jednej kadencji parlamentarnej. Nie jest możliwe prowadzenie spójnej i racjonalnej polityki w tym zakresie bez zgody na to, co najważniejsze, czyli właśnie bez podejścia rozumianego jako racja stanu. Mówiąc o medycznej racji stanu, mamy na myśli określenie bardzo konkretnych obszarów, które w przewidywalnej przyszłości, na najbliższe 20-30 lat, będą zawsze rozwijane przez kolejne rządy, bez względu na ich barwy polityczne.



W 2019 r. powołane zostały przy Medycznej Racji Stanu: Rada Ekspertów do spraw Chorób Rzadkich oraz Rada Ekspertów ds. Chorób Metabolicznych i Przeciwdziałania Otyłości. W 2020 r. ukonstytuowała się Rada Ekspertów ds. Onkologii. W 2021 r. powołano Radę Ekspertów ds. Chorób Autoimmunologicznych. W latach 2016-2021 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.



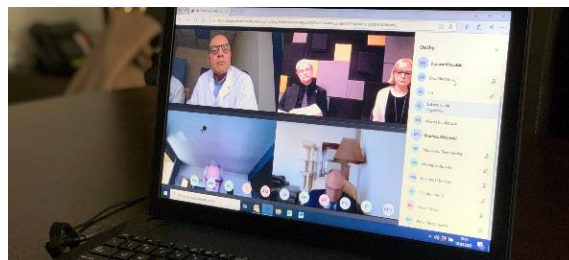
10 października 2019 r. „Czas w Onkologii” - apel o świadomość ryzyka nowotworu każdego z obywateli, czujność onkologiczną lekarzy pierwszego kontaktu, szybki dostęp do nowoczesnej diagnostyki i optymalnych metod terapii.

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.



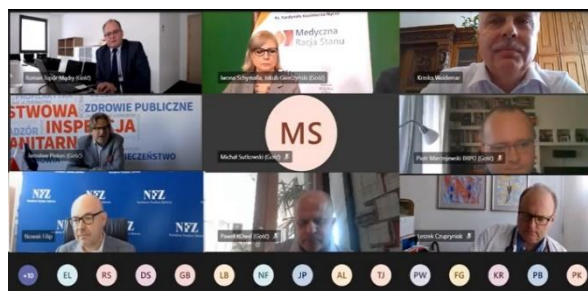
13 maja 2020 r. – III Spotkanie Rady Ekspertów ds. Chorób Rzadkich Medycznej Racji Stanu online – chorzy na choroby rzadkie wymagają szczególnej opieki w dobie pandemii oraz oczekują na Narodowy Plan dla Chorób Rzadkich.

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.

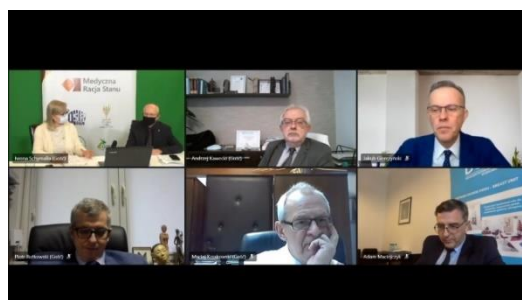
25 września 2020 r. - Wartości w medycynie - czego uczy nas światowy kryzys zdrowia. Zdrowie jest jedną z największych wartości człowieka i społeczeństwa. Kluczowe jest budowanie świadomości wartości zdrowia oraz inwestycja w system ochrony zdrowia.





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.

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



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.

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

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.

2 grudnia 2021 r. - Sprawdzam-Wygrywam. Diagnostyka i leczenie wirusowego zapalenia wątroby typu C w Polsce. Wirusowe zapalenie wątroby typu C jest jednym z kluczowych wyzwań polityki zdrowotnej w Polsce. Dzięki szybkiej diagnostyce i skutecznemu leczeniu może być wyeliminowane do 2030 r.



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

Dokładnie 5 lat temu w siedzibie Polskiej Akademii Nauk Medyczna Racja Stanu powołała pierwszą debatę pt. Zdrowie i Bezpieczeństwo Narodowe. Wtedy połączenie tych dwóch pojęć budziło gorącą dyskusję. Gdy doświadczyliśmy pandemii Covid-19 współzależność między tymi wartościami nie budzi już niczych wątpliwości. Dzisiaj poprosiliśmy Państwa o spotkanie dotyczące diagnostyki wirusa HCV i terapii wirusowego zapalenia wątroby typu C. Mamy do dyspozycji znakomite leki, które prawie w 100 proc. mogą wyleczyć chorobę. Pytanie - skoro jest tak dobrze, to dlaczego jest tak źle? Temu chcemy poświęcić dzisiejsze spotkanie. Upominamy się o to od dłuższego już czasu. Podczas debaty „Ja Pacjent” poruszaliśmy kwestię konieczności wdrożenia przesiewu w kierunku HCV. Później podczas debaty poświęconej postępowi w medycynie akcentowaliśmy fakt dostępności terapii bezinterferonowych w Polsce i podkreślaliśmy, że stwarza to szansę całkowitej eradykacji wirusa HCV do 2030 r. Do tego tematu powracaliśmy podczas Rady Ekspertów MRS ds. Chorób Zakaźnych i aż trzech Rad Ekspertów ds. Onkologii. Liczymy na to, że Państwa autorytet i wiedza pozwolą nam dzisiaj w gronie interdyscyplinarnym – zakaźników, onkologów, transplantologów, hepatologów, gastroenterologów, lekarzy rodzinnych, przedstawicieli organizacji pacjentów i ekspertów systemowych sformułować wnioski i rekomendacje. Pragniemy wdrożyć, jak najszybciej w życie Narodowy Program Eliminacji HCV w Polsce.

3. Stanowiska ekspertów przedstawione w trakcie spotkania

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

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



Jako jeden z założycieli MRS oceniam sytuację pacjentów zakażonych tym wirusem, z perspektywy lekarza POZ, jako bardzo poważną i wymagającą szybkich zmian w kierunku powstania Narodowego Programu Eliminacji HCV w Polsce. Chciałbym opowiedzieć Państwu, o dramatycznym przypadku chorego na wirusowe zapalenie wątroby typu C. Poznałem tego człowieka, kiedy był już chory. Odpowiedział w 2005 r. na apel Europejskiej Fundacji Honorowych Dawców Krwi i Akcji Krewniacy - poszedł oddać krew. Miał wtedy 47 lat. Po otrzymaniu pozytywnego wyniku testu przesiewowego w kierunku HCV był zdziwiony i przerażony, ale przede wszystkim towarzyszyło mu ogromne zaskoczenie, bo według własnej opinii był zdrowy. Dwa tygodnie wcześniej został wybrany piłkarzem meczu artyści z dziennikarzami. W życiu był zawsze bardzo aktywny, choć także był człowiekiem, któremu różnie się wiodło. Epizodycznie był bezdomnym, siedział w więzieniu. To nie jest złamanie tajemnicy lekarskiej, bo są to szczegóły biografii aktora Mariusza Kozłowskiego, bo o nim mowa. Pięć lat po otrzymaniu diagnozy WZW typu C, a miesiąc po katastrofie smoleńskiej, w nocy z 10 na 11 maja 2010 r. w szpitalu na Banacha zmarł na raka wątrobowokomórkowego. Dzisiaj mógłby żyć. Dzisiaj wielu takich Maćków Kozłowskich chodzi po polskich ulicach, pewnie 120, a może nawet 150 tysięcy. Te osoby nie wiedzą, że są chore, pewnie w 90-ciu procentach. Powinniśmy zrobić wszystko, żeby ich znaleźć, zdiagnozować i wyleczyć. My, świadomi lekarze rodzinni oraz koledzy zakaźnicy, onkolodzy, gastroenterolodzy i wielu innych chcemy to zmienić. Mówimy o testach przesiewowych anty-HCV na poziomie lekarza POZ. Im bardziej będzie powszechny ten test, tym lepiej. Testy, również te, które byłyby w niskich cenach, jak te ze śliny na poziomie lekarzy rodzinnych powinny być szeroko dostępne. Sposób w jaki należy przeprowadzić program wydaje się nie taki trudny. Jednym z nich jest włożenie testów do koszyka świadczeń, które są w diagnostyce lekarza POZ. Drugi, prostszy sposób, który nie wymaga tak naprawdę wielkiego nakładu czy pewnej troski o finanse, to program, który mógłby działać trochę na podobnej zasadzie jak jest zlecana gastroscopia czy kolonoskopia. To wpisywałoby się w schemat koordynacji, którą zaczęliśmy od 1 października 2021 r. Do różnego rodzaju programów terapeutycznych, takich jak nadciśnienie, cukrzyca, można by było włączyć program przesiewowy w kierunku HCV pod tytułem: testujemy – wygrywamy czy sprawdzamy – wygrywamy. Myślę, że kontekst testowania i pandemii Covid-19 jest wielką szansą na zrozumienie konieczności programu diagnostyki i leczenia wirusa WZW typu C. Wydaje mi się, że edukacja nakierowana na pacjenta, lekarza POZ, dziennikarza, jest tutaj fundamentalna.

Jesteśmy już zdeterminowani, żeby zrobić, to, co trzeba, czyli wprowadzić Narodowy Program Eliminacji HCV w Polsce zgodnie ze stanowiskiem Polskiego Towarzystwa Epidemiologów i Lekarzy Chorób Zakaźnych, Polskiego Towarzystwa Hepatologicznego i Polskiego Towarzystwa Medycyny Rodzinnej. Deklaruję Państwu, że osobiście przedstawię projekt powstania Narodowego Programu

Eliminacji HCV w Polsce pod obrady Rady ds. Zdrowia przy Panu Prezydencie RP. Mam nadzieję, że może ktoś podejmie tę rękawicę. Poproszę też zespół POZ, który będzie rozmawiał z Ministerstwem Zdrowia, żeby taki program jak najszybciej wprowadzić. W imieniu Narodowej Rady ds. Ochrony Zdrowia chciałbym serdecznie Państwa zaprosić do wsparcia tego głosu, który tutaj wybrzmiał.

Dr Jakub Gierczyński, Ekspert systemu ochrony zdrowia

Wg Stanowiska Polskiego Towarzystwa Epidemiologów i Lekarzy Chorób Zakaźnych, Polskiego Towarzystwa Hepatologicznego i Polskiego Towarzystwa Medycyny Rodzinnej w zakresie diagnostyki zakażeń HCV w ramach podstawowej opieki zdrowotnej: *Analiza przeprowadzona dla Polski w 2018 r. wykazała jednoznacznie, że aby osiągnąć cele WHO w zakresie eliminacji WZW C do 2030 konieczne jest leczenie ok. 12 tys. osób rocznie. Założenie to wiąże się z koniecznością uruchomienia w trybie pilnym ogólnopolskiego programu powszechnych badań przesiewowych które umożliwiłyby testowanie ok. 2 do 2,5 mln osób rocznie.*¹



Niestety w świetle aktualnych analiz bez uruchomienia Narodowego Programu Eliminacji HCV Polska osiągnie zakładane cele przez WHO dopiero po roku 2050. Czyli za 28 lat. Polska, wspólnie ze 193 innymi państwami, przyjęła na Światowym Zgromadzeniu Zdrowia WHO w 2016 r. globalną strategię dotyczącą wirusowego zapalenia wątroby na lata 2016–2021. Celem tej inicjatywy jest eliminacja wirusowego zapalenia wątroby typu B i C do roku 2030.² Celem testowania planu działania w zakresie zapalenia wątroby w regionie Europy Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) na 2020 r. jest zdiagnozowanie i przeleczenie 50% osób żyjących z przewlekłym wirusowym zapaleniem wątroby typu B (HBV) i C (HCV). Zgłoszone dane z 2017 r. pokazują, że region Europy jest daleki od osiągnięcia tego celu – do tej pory zdiagnozowano około 1 na 5 osób żyjących z HBV (20,3%) i 1 na 4 osoby żyjące HCV (26,8%). Polska z 24,9% zdiagnozowanych zakażonych chorych plasuje się niestety wśród krajów, które nie osiągnęły minimalnego progu 50% do roku 2020.³ Raport WHO pt. „Accelerating access to hepatitis C diagnostics and treatment. Overcoming barriers in low and middle-income countries. Global progress report 2020” stwierdza, że dostęp do coraz tańszych terapii bezinterferonowych stwarza szanse dla chorych na WZW C na wyeliminowanie wirusa pod warunkiem dostępu do diagnostyki HCV.⁴ W Polsce w ramach programu lekowego B.71 Leczenia przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu C terapią bezinterferonową w 2017 r. było leczonych ok. 12 tys. pacjentów, a w 2020 r. tylko ok. 4 tys. pacjentów. Program lekowy B.71 realizowany w 74 ośrodkach klinicznych gwarantuje chorym

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

² https://www.who.int/hepatitis/news-events/07_towards-elimination-Dr-Gottfried-Hirnschall.pdf?ua=1

³ Monitoring the responses to hepatitis B and C epidemics in the EU/EEA Member States, 2019 <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/monitoring-responses-hepatitis-b-and-c-epidemics-eueea-member-states-2019>

⁴ <https://www.who.int/publications/i/item/9789240019003>

rzeczywisty, dobry dostęp do skutecznej terapii. Koszt terapii bezinterferonowej obniżył się kilkukrotnie od 2016 r. – do ok. 20 tys. zł za terapię jednego chorego w 2021 r.⁵

***Prof. Robert Flisiak, Prezes Polskiego Towarzystwa
Epidemiologów i Lekarzy Chorób Zakaźnych***



Mamy w Polsce najskuteczniejsze terapie przeciwko HCV, których w pełni nie wykorzystujemy, aby zgodnie z wytycznymi WHO wyeliminować HCV do 2030 r. Podobnie jak Dr Michał Sutkowski rozpocznę od przytoczenia rzeczywistego przypadku klinicznego. Chorą spotkałem w 2012 r. Zgłosiła się, bo słyszała że w kierowanej przeze mnie klinice może liczyć na terapię w ramach badań klinicznych. Przez całe lata była kardiologiem inwazyjnym oraz przez pewien czas zastępcą dyrektora szpitala. Podejmowała próby leczenia zakażenia HCV przynajmniej dwukrotnie, przechodziła je bardzo trudno. Kiedy się pojawiła mieliśmy możliwość przeprowadzenia u niej terapii trójlekowej z boceprewirem, interferonem i rybawiryną, którą bardzo źle znosiła w poprzednich terapiach, ale mimo to zdecydowała się na leczenie. Chora była bardzo zdesperowana, ponieważ już miała rozpoznaną marskość, chociaż klinicznie nie było tego jeszcze widać. Nie było powikłań, następstw czy objawów dekompensacji. Kobieta przeszła tę terapię, ale nie odpowiedziała na leczenie, co nie wpłynęło dobrze na psychikę i stan kliniczny pacjentki. W kolejnym roku rozwinął się stan dekompensacji w postaci niewielkiego wodobrzusza, żylaki przełyku, pojawiło się zapalenie śródpiersia oraz inne powikłania. W 2014 r. była jedną z pierwszych, o ile nie pierwszą pacjentką, która otrzymała terapię bezinterferonową. Zniosła ją bardzo dobrze. Wyleczyła się. Jestem z nią w stałym kontakcie na komunikatorze, przesyła mi fotografie ze swoich podróży. Widzę, jak ta kobieta odmłodziła. Cieszy się życiem i rodziną. I to jest ten przeciwstawny przykład, do którego powinniśmy dążyć. Jednocześnie jej historia ilustruje to, o czym miałem mówić - dostępności leczenia. My klinicyści w tej chwili nie mamy problemu z dostępem do leków. Refundacja terapii bezinterferonowej w ramach programu lekowego B.71 jest bezproblemowa, a koszt terapii znacząco się obniżył. Na początku terapii bezinterferonowe były bardzo drogie. Wtedy znalazły się środki – nawet rządu 400 mln zł rocznie. W tej chwili Państwo wydaje cztery razy mniej. A jednocześnie żałuje wydania wg naszych szacunków ok. 30 mln zł rocznie na program przesiewowy, testujący ok. 3 mln osób rocznie, aby zdiagnozować ok. 12 tys. a wg moich szacunków 13 tys. osób i je przeleczyć. Czy te 3 mln osób do przetestowania rocznie to jest dużo? Proszę Państwa, ile my rocznie testujemy w kierunku Covid-19? To jest nieporównywalna liczba chorych. Jeżeli jesteśmy w stanie testować w kierunku Covid-19, a testy na przeciwciała anty-HCV są tak samo proste (to również są testy kasetkowe o bardzo wysokiej czułości i swoistości) to w ciągu paru lat jesteśmy w stanie przetestować całą populację i przeleczyć te prawdopodobne 140 tys. osób, które ma ukryte zakażenie HCV. To jest mój postulat. Wykorzystajmy nasze doświadczenia, które mamy z Covid-19 w celu wykrycia zakażeń HCV. Testy kasetkowe kosztują kilka złotych za sztukę, a przy zakontraktowaniu ich przez NFZ cena byłaby znacząco niższa. Drugie tyle albo więcej mogłoby pójść na obsługę tego programu, bo przecież ktoś musi testy zrobić, zinterpretować, skierować. Dwa lata temu Polskie Towarzystwo Epidemiologów i Lekarzy Chorób Zakaźnych złożyło do NFZ projekt testowania w kierunku HCV w SOR-ach oraz izbach przyjęć największych szpitali, które prowadzą programy terapeutyczne. Uważaliśmy, że to jest sposób,

⁵ <https://statystyki.nfz.gov.pl/DrugPrograms>

aby od czegoś zacząć, skoro nie udaje się zacząć od testowań na szeroką skalę. Ten projekt spotkał się z dużym zainteresowaniem ówczesnego prezesa NFZ, czyli aktualnego ministra zdrowia. Niestety po zmianie prezesa - NFZ straciło zainteresowanie tym programem. Umawiane i odwoływane kolejne spotkania tłumaczono pandemią Covid-19. Można to było zorganizować przecież online. No i w końcu przestano odpowiadać na moje zapytania odnośnie do tego projektu. On był najprostszy i najtańszy. Obawiam się, że całkowite negowanie celowości testowania w kierunku HCV w Polsce wynika z tego, co obserwujemy w przypadku pandemii Covid-19. Czyli, jest to działanie na przeczekanie. Pamiętajmy, że osoby zakażone HCV to są młodzi ludzie. Większość leczonych przez nas pacjentów ma ok 40 lat. Oni wcześniej odejdą z aktywnego życia i przestaną płacić podatki. To są kolejne straty dla Państwa, już nie mówiąc o kosztach, które trzeba będzie poświęcić na leczenie powikłań zakażenia HCV. Mamy obecnie Program 40 plus, a w ramach niego oceniane są poziomy aminotransferaz. Wcześniej apelowaliśmy, żeby włączyć przeciwciała anti-HCV do tego panelu - niestety nie posłuchano. Polskie Towarzystwo Epidemiologów i Lekarzy Chorób Zakaźnych prowadzi od pięciu lat rejestr EpiTer, w którym są rejestrowani pacjenci rozpoczynający leczenie HCV. Obecnie w rejestrze jest 13 tys. pacjentów. Przeanalizowałem, jakie poziomy aminotransferaz mieli pacjenci, których kwalifikowaliśmy do terapii. Mniej więcej połowa spośród nich miała podwyższone aktywności aminotransferaz, a pozostała połowa w normie. W związku z tym, nie jest to czułe ani swoiste narzędzie. Oczywiście przeciwciała anti-HCV też nie zapewniają czułości w odniesieniu do rozpoznania aktywnego zakażenia, ale mają wysoką swoistość, wykrywaną przez testy. Jeżeli pacjent przy okazji oczekiwania na wizytę u lekarza podstawowej opieki zdrowotnej będzie miał wykonany test ze śliny czy z krwi włośniczkowej, to w ciągu 10 minut może pozbyć się lęku o to, czy jest zakażony czy nie. Jeżeli test da wynik negatywny wręcz czuje się bezpieczny, bo testy są już zwalidowane. Firmy, które je produkują zapewniły blisko stuprocentową czułość i swoistość. Co się dzieje dalej z pacjentem? Pamiętajmy oczywiście, że sam dodatni wynik w kierunku przeciwciał nie oznacza zakażenia i wtedy wystarczy to powiedzieć albo dać ulotkę informującą o tym, że to jest około 50% ryzyka. Tego lęku pacjent się pozbędzie, gdy wykona już u specjalisty chorób zakaźnych w poradni specjalistycznej badanie w kierunku HCV-RNA. W przypadku wyniku dodatniego pacjent będzie miał wytłumaczone, że można tego zakażenia się pozbyć w 100%. Pacjent zostanie zakwalifikowany do terapii bezinterferonowej w jednym z ok. 70 ośrodków klinicznych w Polsce. Terapii wysoce skutecznej i dobrze tolerowanej. Wiemy, że terapia bezinterferonowa jest dobrze tolerowana, trwa stosunkowo krótko, w związku z tym praktycznie nie powoduje to żadnej szkody u pacjenta. Ze względów logistycznych, stoimy na stanowisku, aby testować dorosłych powyżej 18 roku życia. Górna granica jest praktycznie granicą biologicznego poczucia rokowania co do możliwości przeżycia. Generalnie jest zasada niepodejmowania leczenia zakażeń HCV wtedy, kiedy nie ma potencjału życiowego pacjenta. Zatem dopóki jest potencjał życiowy warto wykrywać i leczyć zakażenie HCV. Takie jest stanowisko Europejskiego Towarzystwa Badań nad Chorobami Wątroby i w naszych rekomendacjach Polskiej Grupy Ekspertów HCV też takie przyjęliśmy. Jeżeli płatnik wymagałby górnej granicy, mimo wszystko, to bym ją ustawił na przykład na 70 r.ż., wychodząc z założenia, że w tym momencie jeżeli nawet zdiagnozowany będzie zaawansowany proces nowotworowy, to on się już toczy bardzo wolno. Pytanie, ile razy mamy testować? Myślę, że na tym etapie, na którym jesteśmy, walki o program badań przesiewowych, skoncentrujemy się na jednorazowej ocenie. Jednorazowa ocena pozwoli wykryć te wszystkie zakażenia, które dokonały się w przeszłości. Większość zdiagnozowanych i rozpoczynających leczenie zakażenia HCV pacjentów to są ci, którzy ulegli zakażeniu w przeszłości. Oczywiście, jeżeli uda się nam wprowadzić jednorazowy przesiew, wtedy możemy sięgnąć po wykonywanie badań po szczególnie obciążających ryzykiem zakażenia procedurach czy zdarzeniach życiowych.

***Prof. Anna Piekarska, Kierownik Katedry i Kliniki
Chorób Zakaźnych i Hepatologii UM w Łodzi,
członkini Rady Medycznej ds. Covid-19 przy
Prezesie Rady Ministrów***



Według szacunków z 2017 r. z 45 krajów o wysokim dochodzie narodowym aż 30 nie osiągnie celu erydykacyjnego do roku 2050. W tej grupie jest oczywiście Polska. Najbliżej osiągnięcia tych celów jest Hiszpania, Francja, Włochy, Islandia, być może Wielka Brytania. Ale tak, jak mówię to są szacunki z 2017 r. W tej chwili widać, że pandemia Covid-19 oddaliła te cele, nie wiadomo jak znacznie. Na pewno możemy doskonale wykorzystać doświadczenia testowania w kierunku Covid-19 do testowania w kierunku HCV. W przypadku uruchomienia śladem innych krajów Narodowego Programu Eliminacji HCV celowe byłoby przyjęcie strategii testowania przynajmniej raz w życiu każdej osoby dorosłej. Należałoby też uwzględnić dodatkowe testowanie wszystkich osób, u których wystąpiło realne i uprawdopodobnione ryzyko znalezienia się w sytuacji stwarzającej istotne zagrożenie zakażeniem HCV, a także cykliczne testowanie (np. co 12 miesięcy) osób z tzw. grup podwyższonego ryzyka nabycia zakażenia.

***Prof. Krzysztof Tomaszewicz, Kierownik Katedry i Kliniki
Chorób Zakaźnych, Uniwersytet Medyczny w Lublinie,
członek Rady Medycznej ds. Covid-19 przy Prezesie Rady
Ministrów***



Mam wrażenie, że dzisiejsza dyskusja toczy się głównie wokół testowania, a nie wokół leczenia HCV. Ponieważ leczenie w tej chwili nie stanowi najmniejszego problemu. Są leki, kontrakty NFZ - nic tylko leczyć. Dzisiaj jest spotkanie Europejskiego Towarzystwa Badań nad Chorobami Wątroby z redakcją Lancet, z udziałem Przewodniczącej Komisji Europejskiej, na którym będzie omówiony temat prognoz i stanu epidemiologicznego związanego z chorobami wątroby. Mam wrażenie, że tu o problemie HCV nie będzie za wiele mówione, dlatego że ten problem w większości krajów europejskich jest rozwiązany z sukcesem. Jesteśmy jednym z nielicznych krajów, gdzie nie ma narodowego planu walki z HCV. To pokazuje, że jesteśmy co najmniej parę lat za krajami cywilizowanymi, które już z HCV sobie poradziły. Można zadać pytanie - skoro są leki, testy, to w czym problem? Czy są dobre testy? Są dostępne bardzo dobre testy, które pozwalają nam na szybką diagnostykę HCV. Gdyby wziąć pod uwagę budżet, który jest wydawany na inne rzeczy w opiece medycznej, testy kosztują grosze. Dzięki firmom farmaceutycznym byliśmy w stanie przetestować kilkaset tysięcy ludzi. A więc akcje przeprowadzone przez wsparcie tych firm dały do tej pory największy możliwy zarejestrowany proces testowania w kierunku HCV. Niestety ciągle w Polsce nie ma narodowego planu testowania w kierunku HCV finansowanego publicznie. Niestety testy anty-HCV nie znajdują się w koszyku świadczeń lekarza POZ. Bez wprowadzenia powszechnego testowania nie jesteśmy w stanie dołączyć do grupy krajów, które sobie już z tym problemem poradziły. Wiele mówiliśmy na temat wskazań do testowania. Na tym etapie, na którym jesteśmy dzisiaj powinniśmy mówić o powszechnym testowaniu osób nie tylko z grup ryzyka. One są ważne, ale my powinniśmy przetestować wszystkich obywateli naszego kraju, bo tak jak obserwujemy w naszej

praktyce klinicznej na HCV chorują ludzie, którzy nie mają za sobą ryzykownych zachowań. Ostatnio miałem kilku pacjentów którzy mówią: „nie wiem, gdzie się zakażłem HCV”. Często nie jesteśmy w stanie dotrzeć do informacji, gdzie pacjent został zakażony. Reasumując, mamy dostępne na rynku testy akceptowane na całym świecie, a także mechanizmy weryfikacji stanu zakażenia, bo testy anty-HCV to jest pierwszy krok, a testy HCV-RNA, to jest krok drugi. Ja powiem tak, że niech nasze państwo wprowadzi powszechne testy anty-HCV, a my sobie poradzimy z HCV-RNA w poradniach specjalistycznych. Bardzo ważnym aspektem jest kwestia akceptacji społecznej tych wszystkich działań. Do tej pory jawiło się nam to, jako niezasadne myślenie, natomiast to, co się dzieje w kontekście chociażby szczepień przeciwko Covid-19 musimy wziąć to pod uwagę. Myślę, że wprowadzenie badań przesiewowych przeciwko HCV wymagałoby powszechnej akcji edukacyjnej, by zyskać akceptację społeczną. Pandemia Covid-19 nauczyła nas, że przemawianie różnymi głosami przez różnych specjalistów medycznych rozmywa przekaz do społeczeństwa. Apeluję, abyśmy wypracowywali wspólne stanowiska i żeby to stanowisko w sposób jednolity docierało do społeczeństwa oraz do decydentów.

*Prof. Jarosław Reguła, Konsultant Krajowy w dziedzinie
Gastroenterologii, Kierownik Kliniki Gastroenterologii
Onkologicznej w Narodowym Instytucie Onkologii*

Konsekwencje zakażenia HCV nie ograniczają się wyłącznie do marskości wątroby i raka wątrobowokomórkowego, ale również powodują schorzenia i objawy wskazujące na pozawątrobową manifestacje HCV: hematologiczne, ogólnoustrojowe, reumatologiczne, dermatologiczne, zaburzenia czynności narządów np. cukrzyca typu 2., kardiomiopatia, idiopatyczne wóknienie płuc, zapalenie nerek. Jestem całkowicie za wprowadzaniem metod diagnozowania zakażenia HCV, ale może łatwiej byłoby to przeprowadzić, gdybyśmy powtórzyli sobie podstawy dotyczące przesiewu. Chcę przypomnieć, że są zalecenia WHO dotyczące kwestii, kiedy wprowadzać badania przesiewowe w kierunku danej choroby. Testowana choroba musi stanowić istotny problem epidemiologiczny, a test przesiewowy musi być prosty, bezpieczny i zwalidowany. Test przesiewowy musi być także zaakceptowany przez społeczeństwo. Myślę, że pobranie śliny czy krwi jest akceptowalne. Musi istnieć wczesna forma choroby z lepszym rokowaniem, gdy jest wykryta i leczona wcześniej - w odniesieniu na przykład do następstwa zakażenia w postaci zapalenia wątroby czy raka. Korzyści muszą przeważać możliwe szkody. Najczęściej przy screeningach o tych szkodach się nie mówi, ale trzeba to uwzględnić. Wierzę w to, że korzyści badań przesiewowych w kierunku wykrycia zakażenia HCV przeważają nad szkodami, ale musimy pamiętać, że analiza szkód powinna być też przeprowadzona. Ostatni punkt z zaleceń WHO, które są sprzed wielu lat, stanowi o tym, że muszą istnieć dowody naukowe wysokiej jakości, że screening obniża umieralność i zapadalność na tę chorobę, którą zwalczamy. Wydaje mi się, że w przypadku zakażenia HCV są spełnione wszystkie zalecenia WHO dotyczące wprowadzania screeningu. Warto tę analizę zawsze przeprowadzić. Do tych uwag generalnych przy badaniach przesiewowych konieczne jest zdefiniowanie populacji i sposobu testowania. Musimy wiedzieć, czy jest to jednorazowy test, czy na przykład po każdej wizycie u dentysty, po każdej operacji, czy wielokrotnie, a jeśli wielokrotnie, to jak często i kiedy zaczynać, żeby nie za wcześnie, bo przecież ryzyko zakażenia może wystąpić w dowolnym wieku. Trzeba w tych analizach kosztów wziąć pod uwagę wielorazowe testowanie. Ostatnie zagadnienie, które trzeba omówić zgodnie z zasadami screeningu – należy zdecydować, czy to ma być program oportunistyczny,



tn. ludzie czytając gazety, dowiadują się o możliwości wykonania takiego testu i zgłaszają się sami. Czy ich lekarz rodzinny mówi przy okazji np. wizyty z powodu objawów grypy o problemie zakażenia HCV i pacjent dostaje skierowanie na test. Czy ma to być testowanie wszystkich, czyli screening populacyjny, czyli wszystkich obywateli aktywnie zapraszamy. Może to przebiegać za pomocą zaproszeń albo przez Internetowe Konto Pacjenta. Zgłaszalność i akceptowalność tego testu nie będzie wtedy stuprocentowa. Na podstawie szczepionek przeciwko Covid-19 można sądzić, że społeczeństwo nie za bardzo akceptuje to, co organizatorzy ochrony zdrowia proponują. Na koniec trzeba powiedzieć, że mamy fantastyczne leczenie zakażenia HCV, którego wyniki są takie, że właściwie nie ma takich terapii w medycynie, żeby były w blisko 100% skuteczne. Mając taką sytuację, mając dostępność do takiego leczenia, które jest finansowane publicznie przez NFZ w ramach programu lekowego powinniśmy je wykorzystać. Powinniśmy znaleźć ludzi, którzy mają zakażenie HCV, które w sporym odsetku przypadków jest bezobjawowe albo objawy są na tyle niecharakterystyczne w przypadku przewlekłego zapalenia wątroby typu C, że interniści często się głowią, dlaczego dana osoba ma jakąś chorobę autoimmunologiczną. Wiadomo, że jak ma się przewlekłe zapalenie to stymuluje ono układ immunologiczny, co może prowadzić do całej gamy chorób autoimmunologicznych, właściwie każdego narządu. Ci pacjenci z nierozpoznanym albo bezobjawowym, albo objawowym, ale takim nietypowym symptomem tego zakażenia, który powoduje choroby autoimmunologiczne, chodzą po świecie i dla nich jest dostępna fantastyczna terapia, a my nie możemy wprowadzić tego, żeby ich wykryć i wyleczyć.

Prof. Piotr Małkowski, Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej i Transplantacyjnej WUM

Problemy powikłań u pacjentów z HCV z punktu widzenia transplantologa to przede wszystkim kwalifikacja do przeszczepu wątroby. Onkogeneza jest niekiedy krótka i nie trzeba czekać na pojawienie się marskości wątroby już w momencie zakażenia wirusem WZW typu C. Często operujemy chorych bez marskości, ale z przewlekłym WZW typu C, u których rozpoznajemy raka wątrobowokomórkowego. Dwie dekady temu wykonywano ok. 8% przeszczepień wątroby u chorych z rakiem wątrobowokomórkowym, teraz przekraczamy 25%, a w Azji rak wątrobowokomórkowy stanowi wskazanie w ponad 50% przeszczepień. W Polsce diagnozuje się rocznie ok. 3 tys. nowych przypadków raka wątrobowokomórkowego. W Europie około 30% stanowią pacjenci, którzy mogą być leczeni z intencją wyleczenia. W Polsce stanowią oni jedynie od 5 do 10%. To znaczy, że ci pacjenci mogą być zakwalifikowani do przeszczepienia wątroby, resekcji wątroby, termoablacji czy do chemoembolizacji. Pozostałe przypadki to jest rozpoznanie raka w bardzo zaawansowanej postaci. Niektóre z tych przypadków kwalifikowałyby się do leczenia, ale brak jest w tej chwili nowych, bardziej skutecznych leków niż sorafenib. W Polsce wykonujemy ok. 300 przeszczepień wątroby rocznie. Mniej więcej 25% tych przeszczepień, to są przeszczepienia z powodu raka wątrobowokomórkowego, któremu najczęściej towarzyszy różnie zaawansowana postać marskości wątroby. Uważa się, że jeżeli marskość nie jest bardzo zaawansowana, to pacjent powinien być przeleczony terapią bezinterferonową przed przeszczepieniem. Natomiast w sytuacji, kiedy marskość jest zaawansowana, to bezpieczniej jest szybciej zrobić przeszczepienie, a leczyć przeciwwirusowo w okresie potransplantacyjnym.



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

Skalę problemu zakażenia HCV i wynikających z tego powikłań znam z racji wykonywanego zawodu, ale też z osobistych doświadczeń. Nie minął jeszcze rok, jak pożegnałem mojego przyjaciela, którego znałem dziesiątki lat. Był to bardzo mądry ksiądz, który szerzył edukację pośród swoich parafian. Bardzo chętnie przystępował do naszej corocznej kampanii związanej z obchodami Światowego Dnia Walki z Rakiem 4 lutego, kiedy nie omieszkął swoim parafianom przypomnieć zasad Europejskiego Kodeksu Walki z Rakiem. Czynił to zresztą przy wszystkich innych okazjach, mając kontakty ze swoimi parafianami. Dlaczego o tym mówię? Jego los zdecydował się przez brak właściwej komunikacji pomiędzy ochroną zdrowia a pacjentem. O tym, że ma raka wątroby dowiedział się, gdy dostał masywnego krwotoku z żyłaków przetyku, związanego z marskością wątroby. O chorobie nie miał pojęcia, mimo, że chodził na okresowe badania do lekarza rodzinnego. Najbardziej dramatyczne jest to, że będąc młodym księdzem chciał zostać honorowym krwiodawcą, jednak otrzymał informację, że nie ma takiej możliwości, a nie uzyskał informacji - dlaczego. Przez dziesiątki lat, bo tyle trwa proces marskości i nowotworzenia nie miał świadomości, że jest zakażony HCV. Stracił więc swoje życie przez brak informacji o fakcie zakażenia wirusem WZW typu C.



Jak wielki jest problem? Są kraje, w których od 20 do 30% wszystkich zachorowań na nowotwory związanych jest z zakażeniami z patogenami bakteryjno-wirusowymi. W tej chwili mniej więcej 10% wszystkich nowotworów związanych jest z tymi patogenami. W przypadku infekcji bakteryjnych jest to *Helicobacter pylori* i rozwój raka żołądka, gdzie mamy terapię przyczynową, jeżeli tylko nastąpi wykrycie tej choroby. Drugim nowotworem jest rak wątroby, związany z wirusowym zapaleniem wątroby typu B i C. Trzeci nowotwór, a w zasadzie grupa nowotworów, jest związana z wirusem brodawczaka ludzkiego (HPV), których można by uniknąć dzięki szczepieniu młodzieży przed inicjacją seksualną. Szacuje się, że na świecie jest ok. 70 milionów ludzi, którzy są zainfekowani wirusowym zapaleniem wątroby typu C. Na raka wątroby zachorowuje ok. 1 mln populacji na świecie, co stanowi 5% wszystkich nowotworów. Rak wątroby to szósty w rankingu nowotwór pod względem częstości zachorowań. Jeżeli spojrzymy na zgony z powodu raka wątroby, to co roku umiera na świecie ok. 850 tys. osób, co stanowi przeszło 8% wszystkich nowotworów. Pasuje to raka wątroby na trzecim miejscu na świecie, jeśli chodzi o śmiertelność spośród wszystkich nowotworów. Trzeba również spojrzeć, jakie koszty związane z zakażeniem HCV i jego powikłaniami ponosimy jako społeczeństwo. Spójrzmy na koszty pośrednie, ilu ludzi traci życie, a to wpływa na gospodarkę i finanse państwa. Wczesne wykrycie zakażenia HCV ma kolosalne znaczenie. Żyjemy w erze wielkiego postępu, mamy leki ukierunkowane na cele molekularne, nowoczesną immunoterapię. W tej chwili cały świat idzie w tym kierunku, żeby już w pierwszej linii leczenia stosować tego typu leczenie. Oddzielnym zagadnieniem, o którym pewnie dzisiaj jeszcze będziemy mówili jest dostęp do tych nowoczesnych terapii, bo takie leczenie jest bardzo kosztowne. Mamy ciągle bardzo późne rozpoznania, nowotwór przez dziesiątki lat rozwija się skrycie i w zasadzie ci pacjenci, którzy docierają do onkologa i mają już postawioną diagnozę nawet nie mogą skorzystać z tych najbardziej skutecznych nowoczesnych metod leczenia, ponieważ już nie bardzo kwalifikują się do terapii, która przecież też nie jest wolna od działań niepożądanych. Chciałbym bardzo podkreślić, że widzę tu wielką rolę edukacji, „godziny dla zdrowia” zapisanej w Narodowej Strategii Onkologicznej. Na pewno w procesie testowania należy skorzystać z instytucji lekarza POZ. Musimy

skorzystać z wielkiego potencjału, jakim są absolwenci zdrowia publicznego, którzy w znakomity sposób mogliby tę rolę wypełniać i współpracować. Mamy opiekę farmaceutyczną, chcielibyśmy, żeby w bardziej aktywny sposób również farmaceuci wkroczyli do możliwości takich działań na poziomie prewencji, profilaktyki, szczepień i nic nie stoi na przeszkodzie, żeby takie testy mogły być wykonywane na poziomie aptek. Nie powiedzieliśmy dzisiaj, że jest wielki potencjał również u lekarzy medycyny pracy, którzy mogliby zwrócić uwagę na ten problem i też zlecać testy w kierunku HCV. Mamy świetną infrastrukturę, doszliśmy do takiego momentu, kiedy jest zielone światło do patrzenia na jakość diagnozy i leczenia. Nie widzę powodu, żeby decydenci w oparciu o opinię Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, patrząc na doświadczenia światowe bez minuty zwłoki nie wprowadzili wreszcie powszechnego programu badań przesiewowych w kierunku HCV w Polsce. Myślę, że nasze dzisiejsze spotkanie powinno się skończyć wyraźnym apelem do decydentów i tutaj świetna inicjatywa, żeby zrobić to w Pałacu Prezydenckim. W końcu Pan Prezydent wystąpił z inicjatywą ustawy o Narodowej Strategii Onkologicznej i myślę, że w doskonały sposób można to przedłużyć poprzez wdrożenie takiego projektu. Medyczna Racja Stanu powstała po to, abyśmy mówili jednym głosem niezależnie od posiadanej specjalizacji czy tytułów naukowych. Nigdy nie możemy tracić nadziei i musimy szukać dróg rozwiązania - to nam powinno przyświecać przy każdym poruszonym problemie. Bo pacjent jest jeden i pacjent jest najważniejszy, nie tylko dlatego, żeby używać tego sformułowania i sloganów w ustach decydentów, ale dlatego jest najważniejszy, bo każdy z nas może być pacjentem. Także Medyczna Racja Stanu jest ponad podziałami i będziemy mówić zawsze jednym głosem.

*Dr Leszek Kraj, Klinika Chorób Wewnętrznych,
Hematologii i Onkologii Warszawskiego
Uniwersytetu Medycznego*

Jestem onkologiem klinicznym, zajmuję się pacjentami w kontekście zakażeniach HCV, kiedy dojdzie do rozwoju nowotworu. Bardzo często poza nowotworem kryje się marskość, o której pacjent nie wiedział i jednocześnie okazuje się, że jest jeszcze zakażony wirusem WZW typu C. Trzy choroby w jednym - sytuacja dramatyczna i trudna, a pacjent chorował przecież od wielu lat. Stąd podpisuję się obiema rękami pod apelem o jak najszerszym testowaniu pacjentów pod kątem zakażenia HCV. To nie jest jedyna przyczyna rozwoju marskości czy raka wątrobowokomórkowego, ale z pewnością bardzo istotna. Oczywiście bardzo ważne jest to, żebyśmy tych pacjentów zdiagnozowali, zaproponowali im leczenie, ale pamiętajmy też o tym, że wyleczenie z wirusa typu C, to nie jest stuprocentowa pewność, że nie rozwinie się nowotwór wątroby. Często to zakażenie trwa wiele lat, a marskość wątroby postępuje. Z perspektywy onkologa rak wątrobowokomórkowy rzeczywiście jest bardzo specyficznym nowotworem. To nowotwór, na który nie działa chemioterapia czy leki cytotoksyczne. To jest nowotwór, w którym potrzeba jest wyspecjalizowanych chirurgów wątroby. Można pacjentom proponować transplantację wątroby - bardzo wyrafinowany zabieg leczący jednocześnie też potencjalnie marskość wątroby. Kolejna kwestia to taka, że niestety dużą część pacjentów diagnozujemy w momencie, kiedy rak wątrobowokomórkowy jest zaawansowany, kiedy nie ma możliwości fizycznego pozbycia się tego nowotworu i niestety musimy to powiedzieć, że dzisiaj to jest większość pacjentów w Polsce. To jest też pochodna długu zdrowotnego spowodowanego pandemią Covid-19. W 2019 r. widzieliśmy 30% mniej rozpoznanych przypadków raka wątrobowokomórkowego. To nie znaczy, że pacjentów było mniej, tylko że oni do nas teraz trafiają w dużo większych stopniach zaawansowania. Jakie mamy dla nich



opcje terapeutyczne? Tak naprawdę z perspektywy onkologa w momencie rozpoznania zaawansowanego raka wątrobowokomórkowego ze zmianami poza wątrobowymi sytuacja w Polsce jest dramatyczna - nie mamy dostępnych żadnych terapii dla tych chorych.

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

Z mojego trzydziestoletniego doświadczenia – trzy dekady temu zachorowałam na raka piersi – wiem, jak ważna jest edukacja, świadomość i profilaktyka. Profilaktyka jest najważniejsza i jest najtańsza. Dzisiaj tylko 20-30% pacjentów z rakiem wątrobowokomórkowym ma szansę na wyleczenie. Daję wobec tego silny głos poparcia dla wprowadzenia powszechnych badań przesiewowych w kierunku HCV. Będę również podkreślać, jak ważna w tym procesie jest edukacja. Dzięki programom przesiewowym możemy leczyć chorych wcześniej i skuteczniej, dając im szansę na normalne życie.



**Barbara Pepke, Prezes Fundacji Gwiazda Nadziei,
Lider Koalicji Hepatologicznej**

Najważniejsze z punktu widzenia pacjentów jest powszechne i szybkie diagnozowanie oraz dostępne leczenie wirusowego zapalenia wątroby typu C. Należy podkreślić, że ta, często przebiegająca bezobjawowo, choroba prowadzi do marskości i raka wątroby. Obserwujemy od 20 lat dużo przypadków niepotrzebnej śmierci, a na co dzień widzimy żal pacjentów i słowa rodziny – „dlaczego przez tyle lat nikt nie wykrył tego zagrożenia”. Aktualnie prowadzimy bardzo szeroko zakrojoną akcję „Śląsk wolny od HCV”, która umożliwi dostęp do badań przesiewowych. Niestety widzimy, że ludzie są zmęczeni pandemią, chorobami, które są bezobjawowe, ograniczają ich działalność gospodarczą i już nie tak chętnie chcą się badać. Jest to mniejsze niż kilka lat temu, grono osób, które byłyby chętne do badania. Dlatego w moim odczuciu najłatwiej i najskuteczniej można by HCV testować u lekarza POZ, lekarza medycyny pracy lub w trakcie pobytu w szpitalu. Pacjenci, którzy mają marskość czy nowotwór wątroby są często kojarzeni z nadużywaniem substancji psychoaktywnych, nadużywaniem alkoholu - co wcale nie jest prawdą. Gdy mówię, że mam podopiecznego - pacjenta z marskością wątroby zaraz pada pytanie – „Czy pił regularnie alkohol?”. Tak nasze społeczeństwo podchodzi do osób z chorobami wątroby. Dlatego „Gwiazda Nadziei” i organizacje skupione w Koalicji Hepatologicznej będą apelować i zabiegać o dostęp do diagnostyki i leczenia HCV. Również dlatego, że do zakażenia wirusem WZW typu C w wielu przypadkach doszło w placówkach ochrony zdrowia.



4. Wnioski i Rekomendacje

Wnioski	Rekomendacje
Wirusowe zapalenie wątroby typu C jest jednym z kluczowych wyzwań polityki zdrowotnej i zdrowia publicznego w Polsce.	Rekomenduje się priorytetowe traktowanie diagnostyki i leczenia WZW typu C w Polsce.
Wirusowe zapalenie wątroby typu C, dzięki szybkiej diagnostyce i skutecznemu leczeniu może być wyeliminowane do 2030 r. Narodowy Plan Eliminacji HCV pozwoli na zdiagnozowanie i wyleczenie zakażonych chorych do 2030 r.	Rekomenduje się jak najszybsze wprowadzenie Narodowego Programu Eliminacji HCV w Polsce od 2022-2030 r.
Analiza przeprowadzona dla Polski w 2018 r. wykazała jednoznacznie, że aby osiągnąć w Polsce cele WHO w zakresie eliminacji WZW C do 2030 konieczne jest leczenie ok. 12 tys. osób rocznie.	Rekomenduje się uruchomienie w trybie pilnym ogólnopolskiego programu powszechnych badań przesiewowych w ramach realizacji Narodowego Programu Eliminacji HCV w Polsce, które umożliwiłyby testowanie ok. 2 do 2,5 mln osób rocznie.
Na poziomie POZ powinny być udostępnione przesiewowe testy anty-HCV (wykonane w laboratorium lub z użyciem szybkich testów diagnostycznych) celem wczesnego zdiagnozowania zakażenia HCV. Celowe jest prowadzenie badań populacyjnych, w ramach których każdy pacjent POZ miałby przynajmniej raz w życiu wykonany test anty-HCV.	Rekomenduje się wprowadzenie przesiewowych testów anty-HCV do 9,5 tys. placówek POZ w Polsce.
Po stwierdzeniu wyniku dodatniego na poziomie POZ pacjent powinien być skierowany do specjalisty chorób zakaźnych celem wykonania potwierdzających testów HCV RNA (wykonanych techniką PCR o czułości ≤ 25 IU/ml).	Rekomenduje się wprowadzenie potwierdzających testów na poziomie lekarza specjalisty chorób zakaźnych w ambulatoryjnej opiece i specjalistycznej lub lecznictwie szpitalnym.
Wdrożenie terapii bezinterferonowej w ramach programu lekowego B.71 gwarantuje praktycznie u 100% pacjentów możliwość eliminacji wirusa, zahamowania procesu chorobowego i ograniczenia długofalowych następstw zakażenia.	Rekomenduje się włączanie terapii bezinterferonowej u wszystkich zdiagnozowanych pacjentów kwalifikujących się do programu lekowego B.71.
W Polsce w ramach programu lekowego B.71 Leczenia przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu C terapią bezinterferonową w 2017 r. było leczonych ok. 12 tys. pacjentów, a w 2020 r. tylko ok. 4 tys. Program lekowy B.71 był	Rekomenduje się uproszczenie zapisów programu lekowego B.71 oraz włączanie do leczenia wszystkich zdiagnozowanych chorych.

realizowany w 74 ośrodkach klinicznych, gwarantując chorym dostęp geograficznych do skutecznej terapii. Koszt terapii bezinterferonowej obniżył się kilkukrotnie od 2016 r. – do ok. 20 tys. zł za terapię jednego chorego w 2020 r.	
Na raka wątrobowokomórkowego nie działa chemioterapia czy leki cytostatyczne.	Rekomenduje się refundację publiczną nowoczesnych terapii w leczeniu raka wątrobowokomórkowego atezolizumabem w połączeniu z bewacyzumabem u pacjentów, którzy nie otrzymali wcześniej leczenia systemowego.

5. Rada Ekspertów ds. Chorób Zakaźnych Medycznej Racji Stanu

1. Minister Bartłomiej Chmielowiec, Rzecznik Praw Pacjenta
2. Prof. Robert Flisiak, Prezes Polskiego Towarzystwa Epidemiologów i Lekarzy Chorób Zakaźnych
3. Dr Jakub Gierczyński, MBA, Ekspert systemu ochrony zdrowia
4. Prof. Andrzej Horban, Konsultant Krajowy w dziedzinie Chorób Zakaźnych
5. Prof. Waleria Hryniewicz, Kierownik Zespołu Epidemiologii i Terapii Zakażeń w Zakładzie Epidemiologii i Mikrobiologii Klinicznej Narodowego Instytutu Leków
6. Prof. Teresa Jackowska, Konsultant Krajowy w dziedzinie Pediatrii
7. Prof. Paweł Kowal, Poseł na Sejm RP
8. Prof. Ernest Kuchar, Prezes Polskiego Towarzystwa Wakcynologii
9. Dr Tomasz Latos, Poseł na Sejm RP
10. Dr Beata Małecka-Libera, Senator na Sejm RP
11. Dr Janusz Meder, Prezes Polskiej Unii Onkologii
12. Mec. Piotr Mierzejewski, Dyrektor Zespołu Prawa Administracyjnego i Gospodarczego oraz Współprzewodniczący Komisji Ekspertów ds. Zdrowia przy Rzeczniku Praw Obywatelskich
13. Prof. Iwona Paradowska-Stankiewicz, Konsultant Krajowy w dziedzinie Epidemiologii
14. Dr Michał Sutkowski, Przewodniczący Rady Ekspertów ds. Chorób Zakaźnych MRS, Rzecznik Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce.

6. Tezy dla Zdrowia

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

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

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

Jesteśmy za wprowadzeniem ustawowego wymogu uwzględniania kosztów pośrednich i społecznych związanych z decyzjami refundacyjnymi dla wskazanej przez ekspertów grupy chorób przewlekłych i

powszechnych, w tym chorób rzadkich i ultraradkich. Wprowadzenie analizy kosztów pośrednich pozwoli przeznaczyć środki publiczne na terapie, które przynoszą najlepsze efekty zdrowotne i pomagają 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 przykładac do profilaktyki nowotworów, których czynniki sprawcze zostały dobrze poznane, a dzięki wczesnemu wykryciu mogą być skutecznie eliminowane; np. wdrożenie badań przesiewowych w

kierunku zakażeń HCV, których dostępne już w Polsce, skuteczne leczenie zapobiega rakowi wątroby. Proponujemy, wzorem rozwiązań brytyjskich skupienie się na podobnych działaniach i powołanie na 10 lat Funduszu Walki z Rakiem zasilanego przez państwo z akcyzy na papierosy i alkohol, która powinna wzrosnąć oraz z kar nakładanych na przemytników i nielegalnych producentów papierosów i alkoholu. Wsparciem Funduszu mogłaby być również nadwyżka finansowa uzyskana z polisy dobrowolnych ubezpieczeń komplementarnych.

10. POWOŁANIE FUNDUSZU NA RZECZ CHOROÓB RZADKICH I ULTRARZADKICH

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

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

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

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

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

13. POSTAWIENIE NA POZ I STWORZENIE PROGRAMU WSPARCIA OPIEKI ŚRODOWISKOWEJ

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 przywitaniu.
2. Skup, choć kilka minut, tylko na nim swoją uwagę – dając do zrozumienia, że w tym czasie on jest najważniejszy dla ciebie i zbierz wywiad lekarski w sposób zwięzły i taktowny, komunikując się językiem zrozumiałym dla swojego rozmówcy i dochowując tajemnicy lekarskiej oraz innych praw pacjenta.
3. Poproś pacjenta o rozebranie się z zachowaniem jego prawa do wolności, godności i intymności, a następnie, mając jego przyzwolenie, dokładnie zbadaj jego ciało w całości.
4. Na każdym etapie diagnozy i leczenia wyobrażaj sobie, że to ty jesteś na miejscu pacjenta i pomyśl, czy chciałbyś być tak samo traktowany.
5. Zważaj na każde wypowiedziane do pacjenta słowa i nigdy nie odbieraj mu nadziei, mając przede wszystkim pokorę do własnej wiedzy niezależnie od stopnia swoich kwalifikacji, zajmowanego stanowiska czy też posiadanego tytułu naukowego.
6. Pełniąc swoją niełatwą misję lekarską, bądź cierpliwy, nie zapominaj o dobrych i ciepłych słowach, nie obrażaj się i nie gniewaj na pacjenta, a swoją postawą i działaniem zaświadczaaj o zbieżności swoich celów z celami pacjenta stosownie do jego potrzeb, oczekiwań i życzeń oraz zgodnie z jego wolą, światopoglądem i filozofią życia.

7. Traktuj zawsze pacjenta podmiotowo w sposób holistyczny, nie oddzielając jego części fizycznej od psychicznej i duchowej, bowiem stanowią one jedną nierozdzielalną całość.

KONTAKT:

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

Grażyna Mierzejewska – Ekspert Medycznej Racji Stanu, tel. +48 734 437 337, e-mail:
mierzejewska@greencomm.pl

PARTNERZY:

abbvie

 GILEAD