



RAPORT: ZDROWIE KOBIETY W OBLCZU WYZWAŃ GEPOLITYCZNYCH

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
25 marca 2022 r.

Raport pt. *Zdrowie kobiety w obliczu wyzwań geopolitycznych. Medyczna Racja Stanu*, Warszawa, marzec 2022.

ISBN: 978-83-961477-8-3

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

Autorzy w kolejności alfabetycznej:

1. Minister Grzegorz Błażewicz, Zastępca Rzecznika Praw Pacjenta
2. Prof. Paweł Bogdański, Prezes Polskiego Towarzystwa Leczenia Otyłości, Kierownik Katedry i Zakładu Leczenia Otyłości, Zaburzeń Metabolicznych oraz Dietetyki Klinicznej UM w Poznaniu
3. Prof. Leszek Czupryniak, Kierownik Kliniki Diabetologii i Chorób Wewnętrznych, Uniwersyteckie Centrum Kliniczne WUM
4. Poseł Barbara Dziuk, Przewodnicząca Podkomisji Stałej do spraw Onkologii oraz Zespołu ds. Chorób Rzadkich Sejm RP
5. Dr Małgorzata Gałązka-Sobotka, Dziekan Centrum Kształcenia Podyplomowego, Dyrektor Instytutu Zarządzania w Ochronie Zdrowia Uczelni Łazarskiego
6. Prof. Krzysztof Giannopoulos, Prezes Stowarzyszenia Hematologia Nowej Generacji, Kierownik Zakładu Hematoonkologii Doświadczalnej UM w Lublinie, Kierownik Oddziału Hematologicznego Centrum Onkologii Ziemi Lubelskiej
7. Dr Jakub Gierczyński, Ekspert systemu ochrony zdrowia
8. Prof. Małgorzata Kołodziejczak, Prezes Polskiego Klubu Koloproktologii Towarzystwo Naukowe, Kierownik Warszawskiego Ośrodka Proktologii Szpitala św. Elżbiety w Warszawie
9. Dr Mariola Kosowicz, Kierownik Poradni Zdrowia Psychicznego w Narodowym Instytucie Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie - Instytucie Badawczym w Warszawie
10. Prof. Paweł Kowal, Poseł na Sejm RP, Sejmowa Komisja Zdrowia
11. Prof. Brygida Kwiatkowska, Konsultant Krajowa w dziedzinie Reumatologii, Kierownik Kliniki Wczesnych Zapaleń Stawów Narodowego Instytutu Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji (NIGRIR) im. prof. Eleonory Reicher, zastępca dyrektora NIGRIR
12. Prof. Anna Latos-Bieleńska, Konsultant Krajowa w dziedzinie Genetyki Klinicznej, Kierownik Katedry i Zakładu Genetyki Medycznej Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego Centrum Biologii Medycznej
13. Poseł Tomasz Latos, Przewodniczący Sejmowej Komisji Zdrowia
14. lek. Krzysztof Łanda, Założyciel Fundacji Watch Health Care
15. Prof. Artur Mamcarz, Kierownik III Kliniki Chorób Wewnętrznych i Kardiologii WUM
16. Prof. Radosław Mądry, Kierownik Oddziału Ginekologii Onkologicznej Szpitala Klinicznego im. Heliodora Świącickiego UM w Poznaniu, prezes elekt Polskiego Towarzystwa Ginekologii Onkologicznej
17. Dr Janusz Meder, Prezes Polskiej Unii Onkologii, NIO-PIB w Warszawie
18. Mec. Piotr Mierzejewski, Dyrektor Zespołu Prawa Administracyjnego i Gospodarczego oraz Współprzewodniczący Komisji Ekspertów ds. Zdrowia i Współprzewodniczący Komisji Ekspertów ds. Ochrony Zdrowia Psychicznego przy Rzeczniku Praw Obywatelskich
19. Minister Maciej Miłkowski, Ministerstwo Zdrowia
20. Joanna Parkitna, Dyrektor Wydziału Oceny Technologii Medycznych w Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
21. Prof. Tadeusz Pieńkowski, Kierownik Kliniki Radioterapii i Onkologii CSK MSWiA, Kierownik Kliniki Onkologii i Chorób Piersi CMKP
22. Dr Katarzyna Pogoda, Klinika Nowotworów Piersi i Chirurgii Rekonstrukcyjnej NIO PIB
23. Prof. Jacek Roźniecki, Kierownik Kliniki Neurologii, Udarów Mózgu i Neurorehabilitacji Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

24. Redaktor Iwona Schymalla, Medexpress, Służba Zdrowia
25. Prof. Grażyna Rydzewska, Wiceprezes Polskiego Towarzystwa Gastroenterologii, Kierownik Kliniki Gastroenterologii z Pododdziałem Leczenia Nieswoistych Chorób Zapalnych Jelit CSK MSWiA w Warszawie
26. Dr Michał Sutkowski, Członek Narodowej Rady ds. Ochrony Zdrowia przy Prezydencie RP, Rzecznik Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce
27. Prof. Filip Szymański, Prezes Polskiego Towarzystwa Chorób Cywilizacyjnych
28. Krystyna Wechmann, Członkini Narodowej Rady ds. Ochrony Zdrowia przy Prezydencie RP, Prezes Federacji Stowarzyszeń „Amazonki”
29. Prof. Marek Wojtukiewicz, Kierownik Kliniki Onkologii UM w Białymstoku oraz Oddziału Onkologii Klinicznej Białostockiego Centrum Onkologii
30. Prof. Dorota Zozulińska-Ziółkiewicz, Prezes Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego, Kierownik Katedry i Kliniki Chorób Wewnętrznych i Diabetologii oraz Oddziału Diabetologii i Chorób Wewnętrznych Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu.

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

Wykorzystanie treści raportu pod warunkiem podania źródła: *Raport pt. Zdrowie kobiety w obliczu wyzwań geopolitycznych. Medyczna Racja Stanu, Warszawa, marzec 2022.*

Spis treści

1. Medyczna Racja Stanu – misja i działania	5
2. Wprowadzenie, Anna Jasińska, Grażyna Mierzejewska, Medyczna Racja Stanu	11
3. Stanowiska ekspertów przedstawione w trakcie spotkania.....	14
Redaktor Iwona Schymalla, Medexpress, Służba Zdrowia	15
Prof. Gertruda Uścińska, Prezes Zakładu Ubezpieczeń Społecznych	15
Prof. Leszek Czupryniak, Kierownik Kliniki Diabetologii i Chorób Wewnętrznych, Uniwersyteckie Centrum Kliniczne WUM	15
Dr Michał Sutkowski, Specjalista Medycyny Rodzinnej i Chorób Wewnętrznych, Rzecznik Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce	16
Prof. Paweł Kowal, Poseł na Sejm RP, Sejmowa Komisja Zdrowia	17
Dr Janusz Meder, Prezes Polskiej Unii Onkologii, Narodowy Instytut Onkologii w Warszawie, MRS... ..	18
Minister Maciej Miłkowski, Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia	18
Poseł Tomasz Latos, Przewodniczący Sejmowej Komisji Zdrowia.....	19
Krystyna Wechmann, Członkini Narodowej Rady ds. Ochrony Zdrowia przy Prezydencie RP, Prezes Federacji Stowarzyszeń „Amazonki”	20
Prof. Krzysztof Giannopoulos, Prezes Stowarzyszenia Hematologia Nowej Generacji, Kierownik Zakładu Hematoonkologii Doświadczalnej UM w Lublinie, Kierownik Oddziału Hematologicznego Centrum Onkologii Ziemi Lubelskiej.....	20

Prof. Anna Latos-Bieleńska, Konsultant Krajowa w dziedzinie Genetyki Klinicznej, Kierownik Katedry i Zakładu Genetyki Medycznej Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego Centrum Biologii Medycznej	22
Dr Małgorzata Gałązka-Sobotka, Dziekan Centrum Kształcenia Podyplomowego, Dyrektor Instytutu Zarządzania w Ochronie Zdrowia Uczelni Łazarskiego	22
Joanna Parkitna, Dyrektor Wydziału Oceny Technologii Medycznych w Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji	25
Posel Barbara Dziuk, Przewodnicząca Parlamentarnego Zespołu ds. Chorób Rzadkich	25
Minister Grzegorz Błazewicz, Zastępca Rzecznika Praw Pacjenta.....	27
Mec. Piotr Mierzejewski, Dyrektor Zespołu Prawa Administracyjnego i Gospodarczego oraz Współprzewodniczący Komisji Ekspertów ds. Zdrowia i Współprzewodniczący Komisji Ekspertów ds. Ochrony Zdrowia Psychicznego przy Rzeczniku Praw Obywatelskich.....	27
Prof. Filip Szymański, Prezes Polskiego Towarzystwa Chorób Cywilizacyjnych	29
Prof. Paweł Bogdański, Prezes Polskiego Towarzystwa Leczenia Otyłości, Kierownik Katedry i Zakładu Leczenia Otyłości, Zaburzeń Metabolicznych oraz Dietetyki Klinicznej UM w Poznaniu	30
Prof. Artur Mamcarz, Kierownik III Kliniki Chorób Wewnętrznych i Kardiologii WUM.....	30
Prof. Dorota Zozulińska-Ziółkiewicz, Prezes Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego, Kierownik Katedry i Kliniki Chorób Wewnętrznych i Diabetologii oraz Oddziału Diabetologii i Chorób Wewnętrznych Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu.....	31
Prof. Grażyna Rydzewska, Wiceprezes Polskiego Towarzystwa Gastroenterologii, Kierownik Kliniki Gastroenterologii z Pododdziałem Leczenia Nieswoistych Chorób Zapalnych Jelit CSK MSWiA w Warszawie	32
Lek. Krzysztof Łanda, Założyciel Fundacji Watch Health Care.....	34
Prof. Brygida Kwiatkowska, Konsultant Krajowa w dziedzinie Reumatologii, Kierownik Kliniki Wczesnych Zapaleń Stawów Narodowego Instytutu Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji (NIGRIR) im. prof. Eleonory Reicher, zastępca dyrektora NIGRIR.....	34
Prof. Jacek Roźniecki, Kierownik Kliniki Neurologii, Udarów Mózgu i Neurorehabilitacji Uniwersytetu Medycznego w Łodzi	35
Dr Katarzyna Pogoda, Klinika Nowotworów Piersi i Chirurgii Rekonstrukcyjnej NIO PIB	35
Prof. Tadeusz Pieńkowski, Kierownik Kliniki Radioterapii i Onkologii CSK MSWiA, Kierownik Kliniki Onkologii i Chorób Piersi CMKP.....	36
Prof. Radosław Mądry, Kierownik Oddziału Ginekologii Onkologicznej Szpitala Klinicznego im. Heliodora Świącickiego UM w Poznaniu, prezes elekt Polskiego Towarzystwa Ginekologii Onkologicznej	37
Prof. Marek Wojtukiewicz, Kierownik Kliniki Onkologii UM w Białymstoku oraz Oddziału Onkologii Klinicznej Białostockiego Centrum Onkologii	37

Prof. Małgorzata Kołodziejczak, Prezes Polskiego Klubu Koloproktologii Towarzystwo Naukowe, Kierownik Warszawskiego Ośrodka Proktologii Szpitala św. Elżbiety w Warszawie.....	39
Dr Mariola Kosowicz, Kierownik Poradni Zdrowia Psychicznego w NIO-PIB.....	40
Dr Jakub Gierczyński, Ekspert systemu ochrony zdrowia	40
4. Wnioski i Rekomendacje	41
5. Kluczowe informacje przygotowane na debatę przez Medyczną Rację Stanu z zakresu Zdrowia Kobiety.....	44
Onkologia.....	44
Szczepienia przeciwko HPV w efektywnej profilaktyce raka szyjki macicy	44
Terapia wirusowego zapalenia wątroby typu C w profilaktyce raka wątrobowokomórkowego.....	45
Irynotekan liposomowy w terapii raka trzustki.....	47
Olaparyb w terapii raka trzustki	48
Sacituzumab govitecan w terapii potrójnie ujemnego raka piersi (TNBC, triple-negative breast cancer)	49
Dostarlimab w terapii raka endometrium (trzonu macicy).....	50
Trastuzumab derukstekan w leczeniu HER2-dodatniego raka piersi	51
Dostęp do diagnostyki nowotworów BRCA-zależnych.....	52
Dostęp do iksazomibu w terapii szpiczaka plazmocytozowego.....	53
Neurologia	55
Toksyna botulinowa w terapii migreny przewlekłej.....	55
Galkanezumab w terapii migreny przewlekłej	57
Cukrzyca	58
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.....	58
Dulaglutyd 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.....	59
System ciągłego pomiaru glikemii metodą skanowania (isCGM) w terapii cukrzycy u kobiet z cukrzycą ciążową i przedciążową	61

Gastroenterologia	63
Podskórna forma wedolizumabu w terapii nieswoistych zapaleń jelit - choroby Leśniowskiego-Crohna i Wrzodzącego Zapalenia Jelita Grubego.....	63
Alergologia.....	64
Lanadelumab w leczeniu zapobiegawczym dziedzicznego obrzęku naczynioruchowego (HAE).....	64
Chirurgia	66
Zabieg rekonstrukcji zwieraczy w terapii nietrzymania gazów i stolca, jako powikłania porodu u kobiet	66
Bezpieczeństwo lekowe w Polsce – podstawowe leki w terapii kobiety	67
6. Tezy dla Zdrowia.....	68
7. Siedem Zasad Doktora Janusza Medera - jak zadbać o wzajemne dobre relacje z pacjentem.....	72

1. Medyczna Racja Stanu – misja i działania

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

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

Jako współtwórca Medycznej Racji Stanu bardzo cieszę się z faktu, że ochrona zdrowia stała się jednym z głównych tematów kampanii politycznej, dlatego że w demokratycznych społeczeństwach to jest najlepszy sposób, żeby załatwić jakąś sprawę. Bo niezależnie od wyniku wyborów - każdy będzie musiał coś z tym zrobić. Ochrona zdrowia musi skoncentrować na sobie uwagę szerszych grup społecznych, a także polityków. A to jest najważniejsze, bo na końcu to politycy decydują. O to nam chodziło, by zainteresować polityków i to wszystkich partii. Zrozumiałem, że jeżeli tym tematem będą zajmowali się tylko eksperci od ochrony zdrowia, lekarze, nawet menadżerowie ochrony zdrowia, to zawsze temat ten będzie pozostawał w zamkniętym kręgu, ważnym, ale jednak zamkniętym kręgu specjalistów, i że trzeba rozmawiać o tym inaczej, prostszym językiem, zrozumiałem dla ludzi, którzy



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

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

Będąc współzałożycielem Medycznej Racji Stanu mam marzenie, aby zdrowie zakotwiczyło się na stałe w polskiej polityce, bo jest jedną z najważniejszych spraw dla Polaków. Regulamin Sejmu powinien zawierać zapis o corocznym 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.

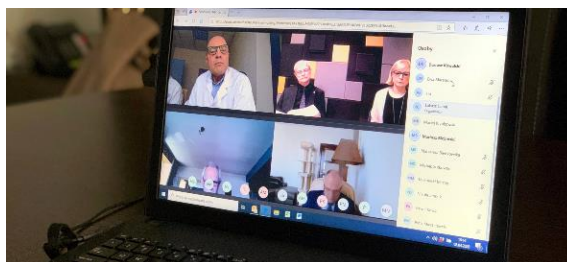
10 lutego 2020 r. „Ja Pacjent”, - wymóg orientacji całego systemu ochrony zdrowia i opieki społecznej na potrzeby pacjentów. W kontekście wyzwań epidemiologicznych, klinicznych i ekonomicznych podkreślano potrzebę solidarności z chorymi oraz empatię i uwagę należną, najmniejszym nawet grupom cierpiących.





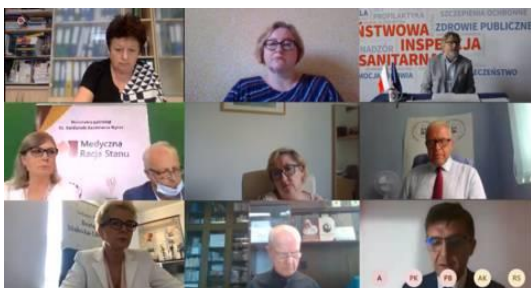
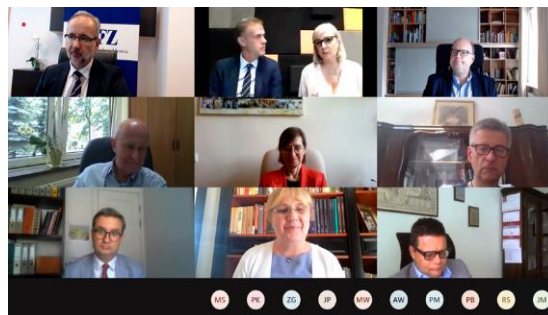
11 grudnia 2019 r. I Spotkanie Rady Ekspertów ds. Chorób Metabolicznych i Przeciwdziałania Otyłości - nadwagę i otyłość ma ponad 20 mln Polaków, na cukrzycę cierpią 3 mln. Najwyższy czas, by wprowadzić system skutecznej profilaktyki i leczenia tych schorzeń w Polsce.

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.



IV Spotkanie Rady Ekspertów ds. Chorób Rzadkich

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 autoimmunologiczne w dobie pandemii Covid-19



„POSTĘP TERAPEUTYCZNY – SZANSE DLA PACJENTÓW. WYZWANIE 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.

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.





Rada Ekspertów ds. Onkologii Medycznej Racji Stanu

1 lutego 2022 r. - IV spotkanie Rady Ekspertów ds. Onkologii Medycznej Racji Stanu. Eksperti Medycznej Racji Stanu zastanawiali się, jak poradzić sobie z długim zdrowotnym i finansowym w onkologii, który powstał w wyniku pandemii Covid-19. Spowolniła ona realizację Narodowej Strategii Onkologicznej (NSO), czyli programu na lata 2020-2030, wprowadzającego kompleksowe zmiany w polskiej onkologii.

15 lutego 2022 r. - V Spotkanie Rady Ekspertów ds. Chorób Rzadkich Medycznej Racji Stanu. Pandemia Covid-19 prowadzi do utrudnionego dostępu chorych na choroby rzadkie do diagnostyki, terapii i rehabilitacji. Rekomendowane jest wdrażanie Planu dla Chorób Rzadkich w życie i rozpoczęcie realizacji założonych celów.



V Spotkanie Rady Ekspertów ds. Chorób Rzadkich Medycznej Racji Stanu

Zapraszamy Państwa do lektury raportu, wszystkich opublikowanych raportów na stronie **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 danych GUS w czerwcu 2021 r. kobiety stanowiły prawie 52% ludności Polski, co odpowiadało ok. 19,8 mln populacji.¹ Do tej grupy obywaterek Polski, od 24 lutego 2022 r. dołączyło ok. 2 mln uchodźczyń z Ukrainy, ponieważ według Rzecznika Praw Obywatelskich zdecydowana większość osób

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-stan-i-struktura-ludnosc-i-ozuch-naturalny-w-przekroju-terytorialnym-stan-w-dniu-30-06-2021_6,30.html

szukających w Polsce schronienia przed wojną w Ukrainie to kobiety i dziewczęta.² Niesie to ze sobą odpowiedzialność państwa polskiego za zdrowie także tych kobiet i dziewcząt, dostęp do szczepień ochronnych, leków oraz wszystkich innych potrzebnych świadczeń zdrowotnych. 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, a tylko 55% twierdzi, że zdrowo się odżywia.³ Kobiety bardziej dbają o zdrowie niż mężczyźni z czego większość (52%) ocenia swój stan zdrowia fizycznego, jako bardzo dobry i dobry, zaś jako zły lub bardzo zły ocenia tylko 8% kobiet. Większość Polek (61%) ocenia swój stan zdrowia psychicznego, jako bardzo dobry i dobry, a jako zły lub bardzo zły - 11 % z nich. Kobiety są bardziej zestresowane niż mężczyźni. Odnośnie stylu życia: 32% ankietowanych przyznało, że pali wyroby tytoniowe, 87% - pije alkohol, 50% - nie uprawia żadnego sportu, 28% - pije napoje słodzone co najmniej kilka razy w tygodniu, 34% - jada codziennie owoce, a zaledwie 30% - jada codziennie warzywa. 50% Polek ma problem z nadmierną masą ciała, a 29% ma nadwagę, zaś 21% cierpi na otyłość.⁴ W dokumencie pt. „Zdrowa przyszłość. Ramy strategiczne rozwoju systemu ochrony zdrowia na lata 2021-2027, z perspektywą do 2030 r.” stwierdzono, że w roku 2019 przeciętna długość życia kobiet była o 7,7 roku dłuższa, w porównaniu do mężczyzn i wynosiła 81,8 lat (w 1990 r. przeciętna długość życia kobiet wynosiła 75,2 lata - a więc dzięki zmianie stylu życia i dostępowi do skutecznej profilaktyki, diagnostyki i terapii wzrosła o ok. 6,6 lat w przeciągu 30 lat). Jednak według szacunków Eurostatu w 2018 r. średnia długość życia Polek była o ok. 2 lata krótsza niż wartość dla ogółu mieszkanki UE (83,7 lat). W większości przypadków wyższa umieralność Polek w wieku 25–64 lata wciąż w znaczącym stopniu (w ponad 40%) jest odpowiedzialna za ich przeciętnie krótsze życie w porównaniu z mieszkankami państw Europy Zachodniej. W przypadku kobiet, nadumieralność w Polsce dotyczyła przede wszystkim chorób układu krążenia oraz nowotworów. Wzrost umieralności z powodu chorób nowotworowych wynika zarówno ze zjawiska starzenia się ludności, jak i nasilonego narażenia populacji na czynniki rakotwórcze.⁵ 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 w średnim wieku. W populacji kobiet wiodącymi umiejscowieniami nowotworów nadal pozostają: piersi, płuco i jelito grube (okrężnica, odbytnica i odbyt), szyjki macicy i nowotwór jajnika. Nowotwory płuca utrzymują pierwszą pozycję wśród nowotworowych przyczyn zgonów kobiet (17,5%), wyprzedzając nowotwory piersi (15%). Dominujące wśród kobiet nowotwory piersi charakteryzowały się w ciągu minionego półwiecza stale rosnącą zachorowalnością. Trendy umieralności na raka piersi zmieniały się kilkukrotnie w ciągu ostatnich trzydziestu lat. Początkowy wzrost śmiertelności został

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

³ Raport – Polki 2021 – Nowe wartości na nowe czasy. <https://www.gedeonrichter.pl/aktualnosci/raport-polki-2021-nowe-wartosci-na-nowe-czasy/>

⁴ Narodowy Test Zdrowia Polaków 2020 Raport <https://www.nn.pl/dam/zasoby/raporty/Narodowy-Test-Zdrowia-Polakow-2020-raport.pdf>

⁵ 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>

zahamowany w połowie lat 90. Ubiegłego wieku, a w latach 1996–2010 notowano jego spadek. W okresie 2010–2018 nastąpiła niekorzystna zmiana trendu, a współczynnik umieralności wzrósł o około 16,5%. Trzecią, najczęstszą przyczyną zgonów wskutek nowotworów złośliwych u kobiet w ciągu ostatnich kilku lat pozostają nowotwory jelita grubego.⁶ Według prognoz do 2028 r. nastąpi wzrost zachorowań na nie wśród kobiet o 3,5%. Odsetek kobiet, u których wykonano badania cytologiczne, waha się od kilku do kilkunastu procent (według wyliczeń NFZ w 2016 r. zaledwie 20,5% kobiet uczestniczyło w programie profilaktyki raka szyjki macicy, a wartość ta w roku 2017 była jeszcze niższa i wyniosła 18,73%). Lepiej wygląda profilaktyka raka piersi, choć nadal na mammografię zgłasza się mniej niż połowa kobiet (w 2016 r. – 40,82%, w 2017 r. – 39,40%).⁷ Lekarze i pacjenci na zmiany systemowe w onkologii, w tym tej zajmującej się nowotworami kobiecymi, czekają od miesięcy. Obecnie, gdy do Polski przybyły tysiące kobiet z Ukrainy - niektóre w trakcie leczenia onkologicznego – pojawiło się kolejne wyzwanie. Zdaniem ekspertów - olbrzymie. Kryzys migracyjny dokłada się do tego wywołanego przez pandemię: w ostatnich dwóch latach spadła liczba wizyt u ginekologa, więc więcej niż przed pandemią (a wtedy również nie było najlepiej) polskich kobiet ma nowotwory w późnych stadiach.⁸

Choroby autoimmunologiczne dotyczą kobiet aż 2-3 razy częściej niż mężczyzn. Cechą schorzeń autoimmunologicznych jest to, że pojawiają się przed 30. rokiem życia. Należy do nich wiele jednostek chorobowych, które mogą obejmować różne narządy i układy w organizmie: przewód pokarmowy, układ nerwowy, tkankę łączną, skórę, czy też gruczoły wydzielania wewnętrznego. Do chorób autoimmunologicznych zalicza się m. in. nieswoiste zapalenia jelit - chorobę Leśniowskiego-Crohna oraz wrzodziejące zapalenie jelita grubego, stwardnienie rozsiane, łuszczycę, toczeń rumieniowaty układowy, reumatoidalne zapalenie stawów, młodzieńcze idiopatyczne zapalenie stawów, zeszywniające zapalenie stawów kręgosłupa oraz łuszczycowe zapalenie stawów. Często pomijanym aspektem przewlekłych chorób zapalnych są szczególne wyzwania i różnice w leczeniu związane z płcią. Przykładowo, niektóre kobiety z określonymi schorzeniami są znacznie później niż mężczyźni trafnie zdiagnozowane pod kątem ich choroby, co może wpłynąć na wynik leczenia. Niektóre przewlekłe choroby zapalne mogą również powodować u kobiet większy ból, stres i zmęczenie niż u mężczyzn z takimi samymi schorzeniami. Ponadto, kobiety cierpiące na przewlekłe choroby zapalne mogą mieć różne obawy zdrowotne, np. dotyczące planowania rodziny, a jednocześnie mogą nie czuć się wystarczająco pewnie, by zadać właściwe pytania swojemu lekarzowi prowadzącemu. Na część chorób mózgu zapada więcej populacji żeńskiej. Jaskrawym przykładem jest depresja, na którą cierpi około 2 razy więcej kobiet niż mężczyzn. Istotną rolę odgrywają tutaj czynniki hormonalne, genetyczne i psychospołeczne. Problem występowania depresji poporodowej dotyczy około 7-13% kobiet w połogu. Dotyczy ona 3,1-4,9% kobiet w ciąży.⁹ Dane NFZ wskazują, że w 2018 r. świadczeń z rozpoznaniem depresji udzielono 631,6 tys. osób, a aż 73% z nich stanowiły kobiety.¹⁰ Kolejnym przykładem jest migrena, która występuje dwa razy częściej u kobiet, gdzie obserwuje się również

⁶ Nowotwory złośliwe w Polsce w 2018 roku. KRN http://onkologia.org.pl/wp-content/uploads/Nowotwory_2018.pdf

⁷ 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>

⁸ <https://pap-mediroom.pl/zdrowie-i-styl-zycia/diagnostyka-i-leczenie-onkologiczne-kryzys-migracyjny-kolejne-wyzwanie>

⁹ <https://forumprzeciwdepresji.pl/depresja/kazdy-moze-miec-depresje/depresja-u-kobiet>

¹⁰ NFZ o zdrowiu. Depresja 2020 <https://ezdrowie.gov.pl/portal/home/zdrowe-dane/raporty/nfz-o-zdrowiu-depresja>

jednoznaczny wzrost rozpowszechnienia migreny wraz z wiekiem. Największą wartość oszacowania otrzymano dla około 40 roku życia, a więc potencjalnie największych możliwości zawodowych, gdy można korzystać zarówno z sił witalnych (o ile nie są ograniczone przez chorobę), jak i ze zdobytego już doświadczenia. Kobiety cierpiące na migrenę, będące w wieku około 40 lat znajdują się więc w wyjątkowo niekorzystnej sytuacji w porównaniu z kobietami zdrowymi znajdującymi się w tym samym wieku. Doświadczają one szeregu objawów ograniczających ich możliwości, spotykając się z takimi samymi oczekiwaniami, jakie są stawiane kobietom zdrowym. Kolejnym okresem, w którym objawy migreny wyraźnie się nasilają jest czas menopauzy, która poza migreną może wywoływać wiele innych dolegliwości.¹¹

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.¹² Tylko co czwarta kobieta powyżej 50. roku życia była aktywna zawodowo (26,2%) w 2019 r.¹³ Według danych ZUS w 2020 r. świadczenia wypłacone kobietom związane z niezdolnością do pracy (renty, absencje chorobowe, zasiłki) wyniosły ok. 21 mld zł i stanowiły 49,2% wydatków ogółem. Co ciekawe – kobiety generowały więcej absencji chorobowej, ale mniej rent, w porównaniu z mężczyznami. W populacji żeńskiej największy udział wydatków stanowiły wydatki związane z opieką położniczą z powodu stanów związanych głównie z ciążą (O26) – 21,0%, z reakcjami na ciężki stres i zaburzenia adaptacyjne (F43) – 3,5%, zaburzeniami korzeni nerwowych (G54) i ostrymi zakażeniami dróg oddechowych (J06) – po 2,8% oraz schizofrenią (F20) i innymi chorobami kręgosłupa międzykręgowego (M51) – po 2,4%.¹⁴

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 wirtualnej debaty wypowiedzieli się eksperci kliniczni, urzędnicy, politycy i eksperci systemowi. Poniżej przedstawiono stanowiska ekspertów w kolejności ich wypowiedzi.

¹¹ 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>

¹² Raport „Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania”. PZH 2020 <http://bazawiedzy.pzh.gov.pl/wydawnictwa>

¹³ 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>

¹⁴ Wydatki na świadczenia z ubezpieczeń społecznych związane z niezdolnością do pracy w 2020 r. ZUS 2021 <https://www.zus.pl/baza-wiedzy/statystyka/opracowania-tematyczne/wydatki-na-swiadczenia-z-ubezpieczen-spoecznych-zwiazane-z-niezdolnoscia-do-pracy>

Redaktor Iwona Schymalla, Medexpress, Służba Zdrowia

Spotkanie Medycznej Racji Stanu w zakresie Zdrowia Kobiety odbywa się po raz drugi. Będziemy dzisiaj rozmawiać o zdrowiu kobiet, w tej szczególnej sytuacji, gdy w Polsce mamy ponad 2 miliony uchodźców. Są to głównie kobiety i dzieci, którym jesteśmy zobowiązani zapewnić bezpieczeństwo zdrowotne. Pojawia się tutaj szereg pytań, czy jesteśmy w stanie zapewnić to bezpieczeństwo naszym przybyszom z Ukrainy? Wiele kobiet i dzieci przerwało swoje leczenie zanim przybyli do naszego kraju.

Jest to olbrzymia grupa osób, które są podmiotem działań profilaktycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych. Pojawia się pytanie, na ile sytuacja uchodźców z Ukrainy wpływa na bezpieczeństwo zdrowotne Polaków. Na początek przekazuję list od Pani Prezes Gertrudy Uścińskiej wystosowany do uczestników dzisiejszej konferencji.

**Prof. Gertruda Uścińska, Prezes Zakładu Ubezpieczeń Społecznych**

Szanowni Państwo, proszę przyjąć serdeczne wyrazy podziękowania za zaproszenie do udziału w II debacie w ramach kampanii edukacyjno-systemowej pt. „Zdrowie Kobiety - Bezpieczeństwo Rodziny”. Ze względu na wcześniej podjęte zobowiązania zawodowe, niestety nie będę mogła wziąć udziału w tym ważnym wydarzeniu. Z wielką atencją podchodzę do inicjatyw, których nadrzędnym celem jest troska o drugiego człowieka. Tematyka dotycząca profilaktyki w dziedzinie zdrowia kobiet jest mi szczególnie bliska.

Niewątpliwym wyzwaniem jest uświadamianie w społeczeństwie jak ważna jest wczesna diagnostyka, która daje szansę zapobiegania wielu chorobom. Głęboko wierzę, że zainicjowanie tak ważkiej debaty w gronie wybitnych ekspertów i uznanych autorytetów stanie się przyczynkiem do wypracowania istotnych, systemowych rozwiązań dotyczących profilaktyki zdrowia kobiet, jak również zapewnienia specjalistycznej opieki medycznej. Wyrażam nadzieję, że II debata w ramach kampanii edukacyjno-systemowej będzie kolejnym znaczącym etapem w budowaniu systemu bezpieczeństwa zdrowotnego kobiet. Życzę inspirującego spotkania, opartego na konstruktywnym dialogu, prowadzącym do wymiany wzajemnej wiedzy i doświadczeń. Życzę Państwu dalszych, inspirujących inicjatyw, sprzyjających warunków pełnych zrozumienia okoliczności do realizacji wszystkich zamierzeń, jak również satysfakcji z ich osiągnięcia.

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

Medyczna Racja Stanu już sześć lat temu dyskutowała na temat koncepcji ochrony zdrowia, jako elementu bezpieczeństwa Państwa. W tej chwili widać bardzo wyraźnie, jak to jest ważne.

Mamy ponad 2,5 miliona uchodźców z Ukrainy, którzy przyjechali do Polski, a wczoraj minął miesiąc od wybuchu wojny na Ukrainie. W polskich szpitalach leczy się już 1 500 osób z Ukrainy, w tym 900 dzieci. Istnieją obawy, że może pojawić się zagrożenie w zakresie chorób zakaźnych, a olbrzymi napływ pacjentów może sparaliżować system ochrony



zdrowia. Kluczowe jest więc zaplanowanie i racjonalizowanie działań. Pojawiają się problemy kadrowe, które mamy cały czas w ochronie zdrowia, a także infrastrukturalne - szpitale mogą się zapełnić nowymi pacjentami. Ponieważ do Polski przejechali w większości ludzie młodzi, dlatego nie spodziewałbym się obłożenia szpitali. Kluczowe jednak jest objęcie uchodźców stałą opieką medyczną – od POZ do leczenia szpitalnego. W kwestii opieki nad pacjentami z cukrzycą już teraz mamy ponad 3 miliony osób chorujących na cukrzycę w Polsce, a może przybyć ok. 100 tys. nowych chorych z Ukrainy. Z cukrzycą wiążą się powikłania sercowo-naczyniowe, a ta grupa chorych wymaga specjalnego zaopiekowania. Jest to przede wszystkim dostęp do terapii, które normalizują poziom cukru, ale także ograniczają ryzyko wystąpienia powikłań sercowo-naczyniowych. Są to floszyny (inhibitory SGLT2) oraz inkretyny (analogi GLP1), które zrewolucjonizowały terapię cukrzycy w aspekcie redukcji powikłań sercowo-naczyniowych. Choć nie umiemy wyleczyć cukrzycy, to dzięki terapii tymi lekami możemy odsunąć w czasie insulinoterapię, docelowo wydłużyć życie pacjenta, a także znacząco zmniejszyć ryzyko wystąpienia zawału serca, udaru mózgu, czy przewlekłej choroby nerek. Z perspektywy klinicysty pacjenci do tych leków powinni mieć pełny dostęp refundacyjny. Dzięki aktywności ministra Macieja Miłkowskiego, na przełomie 2019 i 2020 r. wprowadzono do refundacji analogi GLP1 i inhibitory SGLT2 dla niestety dość wąskich grup pacjentów. Chcielibyśmy, aby analogi GLP1 nie były refundowane dla osób mocno otyłych z BMI>35. Te leki trzeba stosować wcześniej, już u chorych z BMI>30. To samo dotyczy progu hemoglobiny glikowanej, przy której te leki są refundowane. Obecny wymagany poziom 8% jest za wysoki – powinniśmy móc leczyć przy 7% hemoglobiny glikowanej. Bardzo ważnym jest wykorzystanie w poszerzaniu refundacji publicznej dla leków przeciwcukrzycowych wpływów z podatku cukrowego, z którego w 2021 r. do NFZ wpłynęło ponad 1,5 miliarda zł.

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



Wiemy, że niewielu obywateli ukraińskich zaszczepiło się przeciwko COVID-19, z tego niestety duża część szczepionkami, które nie są uznawane za szczepionki właściwe dla szczepień przeciwko COVID w Unii Europejskiej. Co gorsza tylko 2,6% obywateli ukraińskich zaszczepiło się trzecią dawką szczepionki (w Polsce ok. 30% obywateli). Do tego dodajmy słabe wyszczepienie w zakresie odry, czy polio. W zakresie gruźlicy lekoopornej w Polsce rocznie rejestrujemy ok. 40 przypadków gruźlicy lekoopornej, a w Ukrainie jest ok. 40 tysięcy przypadków. To nakreśla nam pewien kontekst obecnej sytuacji. Co to oznacza? Należy temu możliwie, jak najlepiej przeciwdziałać. Z perspektywy lekarza rodzinnego należałoby oczekiwać, żeby uchodźcy w punktach recepcyjnych mieli informacje o szczepieniach ochronnych oraz mieli możliwość testowania się. Co trzeci przyjmowany do szpitala obywatel Ukrainy jest zakażony COVID-19. Mamy wiele wyzwań, jak szczepić wg polskiego Programu Szczepień Ochronnych pacjenta ukraińskiego, często z brakiem dokumentacji. Ważne, aby infolinia Narodowego Funduszu Zdrowia była w języku ukraińskim. Dotyczy to także dokumentacje szpitalnej, gdzie pacjent musi podjąć świadomą decyzję w języku dla niego zrozumiałym. Narodowa Rada ds. Zdrowia przy Prezydencie RP porusza te tematy, jako największe wyzwania dla ochrony zdrowia w Polsce. Przy okazji wyzwań epidemiologicznych związanych z kryzysem uchodźczym warto podkreślić znaczenie przesiewu w kierunku HCV. Obecnie potrafimy bardzo skutecznie leczyć wirusowe zapalenie wątroby typu C, ale nadal niewielu pacjentów o tym wie. Takich osób może być nawet ok. 150 tys.

To jest dramatycznie dużo w perspektywie powikłań WZW typu C - do raka wątrobowokomórkowego włącznie. Screening powinien być związany z podstawową opieką zdrowotną, bo wtedy obejmie najszersze grupy pacjentów. Przesiew opierałby się o badanie przeciwciał, które jest badaniem prostym i tanim. To badanie może być początkiem ścieżki, która kończy się wyleczeniem.

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

Europejska Unia Zdrowia to inicjatywa zgłaszana od początku powołania Medycznej Racji Stanu. Wydaje się, że Europejska Unia Zdrowia przy aktualnych wyzwaniach epidemiologicznych i geopolitycznych staje się pilną kwestią. Na przykładzie Europejskiej Unii Energetycznej widzimy, jak ważna jest współpraca pomiędzy krajami. Nowym argumentem za powstaniem Europejskiej Unii Zdrowia jest kryzys uchodźczy dotyczący ok. 3,5 mln obywateli Ukrainy. To powoduje, że jesteśmy w specyficznej i nowej sytuacji. Podam, jako ciekawostkę bardzo szczegółowe dane ze Świdnicy, która nie jest wielkim miastem, a przyjęła dotychczas 2 424 osoby, z czego 102 mężczyzn, 1 188 kobiet oraz 1 134 dzieci. Ta struktura populacji uchodźców powoduje, że będziemy mieli absolutnie nowe wyzwania zdrowotne i społeczne. Śledzę sytuację w Szpitalu Pediatricznym w Krakowie-Prokocimiu, w którym w ciągu ostatnich 2-3 tygodni przez oddział dziecięcy przeszło kilkaset dzieci, z których trzydzieścioro jest stale hospitalizowanych. To nam pokazuje, że w tak dużej populacji będziemy mieli wszystkie problemy zdrowotne, które z wielokrotną siłą będą dotyczyły ochrony zdrowia w Polsce. Będą to jednak przede wszystkim kwestie dotyczące zdrowia kobiet i dzieci. Jako Polska zyskujemy więc argument domagania się koordynacji, jeżeli chodzi o kwestie ochrony zdrowia na poziomie unijnym. Pojawiają się też argumenty oraz akceptacja polityczna uwspólnienia polityki w dziedzinie ochrony zdrowia. Ta podstawowa polityczna bariera, która funkcjonowała przez ostatnie lata, która była przeciwna dalszej integracji, to myślę, że dzisiaj w obliczu kryzysu uchodźczego będziemy mieli większą skłonność do tego, żeby działać wspólnie. Być może nie w kwestii relokacji, mówię o przymusowej relokacji, ale być może pojawią się też wyzwania dotyczące wspólnotowego działania w sferze relokacji dobrowolnej, którą trzeba będzie technicznie wspomóc. A zatem patrzymy dzisiaj na Europejską Unię Zdrowia, jako na projekt, dla którego zyskujemy nowe argumenty. To jest naszą rolą, żebyśmy bardzo wyraźnie podkreślali w komunikatach z dzisiejszego spotkania, zarówno ze względu na dobro uchodźców, jak i na stabilność sytuacji społecznej w Polsce. Ludzie muszą dostać sygnał, że unijne wsparcie jest, czyli że to wsparcie ma charakter wspólnotowy. Już widać w reakcjach społecznych, że duża liczba obywateli będzie narzekała na utrudniony dostęp do służby zdrowia, nawet jeśli to będzie tylko ich percepcja. Mamy dobrze już opracowane, jako Medyczna Racja Stanu, stanowiska w wielu kwestiach zdrowotnych i być może powinniśmy w tej sprawie opracować stanowisko. Zgłaszam się i swoje biuro do stworzenia dokumentu pokazującego kwestie zdrowia w kontekście zmian demograficznych, która nas czekają. Mamy moment, żeby wyjść z nową inicjatywą, położyć nacisk na kwestię Europejskiej Unii Zdrowia, wsparcia wspólnotowego, położyć nacisk na rzeczy wynikające z kryzysu uchodźczego, który nas czeka, szczególnie w ochronie zdrowia i edukacji.



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



Od dekad dążymy do równego dostępu do wszelkich działań prewencyjnych, profilaktycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych, w kontekście do kompleksowej i koordynowanej opieki nie tylko w chorobach nowotworowych ale wszystkich chorób cywilizacyjnych. Realizując Narodową Strategię Onkologiczną i prowadząc pilotaż Krajowej Sieci Onkologicznej działamy także na korzyść wszystkich chorych, którzy zachorowali na inne choroby cywilizacyjne, bo we wspólnym mianowniku przyczyn powstawania nowotworów są te same co w chorobach cywilizacyjnych. Pandemia COVID-19 nie może być usprawiedliwieniem dla opóźnień w realizacji i wdrażaniu zapisanych w strategii zadań i celów. To wielokrotnie powtarzamy w ramach kolejnych konstruktywnych debat Medycznej Racji Stanu. Począwszy od edukacji, która jest krytycznie ważna należy jak najszybciej wdrożyć godzinę o wychowaniu w zdrowiu we wszystkich szkołach w oparciu o odpowiednie programy nauczania dostosowane do różnych grup wiekowych począwszy od przedszkola, a skończywszy na liceach i szkołach zawodowych. Kolejnym wyzwaniem jest powstały na skutek pandemii dług zdrowotny, który pogłębi się jeszcze bardziej ze względu na napływ pacjentów z Ukrainy (używam tu nazwy Dług Zdrowotny Plus). Z danych publikowanych ostatnio wiemy jak wielu już mamy tych pacjentów w naszych szpitalach. Obecnie jest to liczba przekraczająca 2 000 chorych, z czego ponad 1 200 to są dzieci w większości chore na nowotwory. One albo zaczęły leczenie, albo są w trakcie leczenia i wymagają natychmiastowego przystąpienia do kontynuacji leczenia rozpoczętego na Ukrainie przed wybuchem wojny. Dotyczy to np. takich sytuacji, gdzie trzeba wdrażać procedury wysokospecjalistyczne i wysokokosztowe związane z przeszczepem szpiku. Najważniejsze, żeby były odpowiednie środki finansowe, które posłużą do tego, żeby w należyty sposób leczyć wszystkich pacjentów. Mamy także dostęp refundacyjny do coraz większej liczby technologii lekových zarejestrowanych w Unii Europejskiej, ten proces w ostatnich 2-3 latach bardzo przyspieszył. Szczególnie widać to w ostatnim czasie, kiedy zostały wprowadzone nowe leki do programów lekowych. Chcę także powiedzieć o screeningu onkologicznym służącym wczesnemu rozpoznawaniu raka szyjki macicy, piersi, czy raka jelita grubego, ale również raka płuca. Krajowa Sieć Onkologiczna miała ruszyć w tym roku w całej Polsce, ale niestety trzeba jeszcze poczekać. Program jest na tyle sprawdzony, na tyle zweryfikowany również przez eksperckie gremia zagraniczne, że jest to tylko kwestia dokonania kilku poprawek. Będzie szeroko wdrażana ocena jakości diagnozy, leczenia, rehabilitacji i działań paliatywnych oraz kompleksowości i koordynacji wszystkich procedur medycznych. Jeżeli nie przyłożymy wielkiej uwagi do jakości w postępowaniu, to mając dostęp do nowoczesnych terapii nie będziemy osiągać zadowalających efektów. Dążymy do tego, żeby zapewnić równy dostęp do nowoczesnych technologii, do leków ukierunkowanych na cele molekularne, do nowoczesnej immunoterapii i żeby taki sposób postępowania był stopniowo przesuwany do pierwszych linii leczenia, bo wtedy te terapie są najbardziej skuteczne, mniej toksyczne i najbardziej opłacalne ekonomicznie. Ok 60% kobiet jesteśmy w stanie wyleczyć na nowotwory, ale ciągle osiągamy wyniki o 10-15 punktów procentowych gorsze od średniej unijnej.

Minister Maciej Miłkowski, Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia

Od samego początku wojny na Ukrainie Narodowy Fundusz Zdrowia ogłosił, że wszystkie osoby, które przekroczyły granicę mają prawo do świadczeń opieki zdrowotnej na identycznych zasadach, jak wszystkie osoby ubezpieczone w Polsce. Oczywiście ten dopisek na „identycznych zasadach” jest bardzo istotny, ponieważ świadczenia są dostępne w różnych zakresach. Wiemy, że w Polsce przed 24 lutego 2022 r. nie było sytuacji, że do każdego rodzaju świadczeń wchodziło się niemal z ulicy, nie było żadnych list oczekujących, że diagnostyka była perfekcyjna. W związku z tym, to samo będzie po 24.02.2022 r., a nowi pacjenci z Ukrainy wchodzi w normalny standard opieki zdrowotnej. Oczywiście, pracujemy teraz głównie nad podstawową opieką zdrowotną. Na razie jest uzgodnione, że uchodźcy mają świadczenia finansowane w modelu *fee for service* i jest cena 75 zł za każdą poradę. Uzgodniliśmy też zasady finansowania szczepień, w tym również tych w początkowym okresie z panelu obowiązkowego dla dzieci. Wiemy, że do specjalisty kieruje wyłącznie lekarz podstawowej opieki zdrowotnej, w związku z tym, jeśli nie odblokujemy tego etapu opieki, to obywatele Ukrainy nie będą mieli dostępu do opieki specjalistycznej i szpitalnej. Wiem, że osoby mogą być przyjęte bez skierowania, w zależności od wskazania. W trybie pilnym są przyjmowane oczywiście osoby na oddziały onkologiczne. Pojawiały się pytania, w jakim zakresie możemy przyjmować do programów lekowych i odpowiedź jest bardzo jasna, jednolita, że według tych samych zasad, co pacjentów polskich, czyli kwalifikacja często odbywa się przez zespół kwalifikujący. Toczą się rozmowy nad usprawnieniem pracy zespołów kwalifikujących. W programach lekowych praktycznie nie ma list oczekujących. Obecnie nie mamy dokładnych danych, jaka populacja osób z Ukrainy przyjechała do Polski w podziale na konkretne schorzeniami. Te dane będziemy zbierali sukcesywnie w zależności od tego, jak te osoby będą korzystały z systemu ochrony zdrowia. W zakresie diagnostyki i leczenia uchodźców możemy się spodziewać pewnych trudności, bo nie mamy większej ilości personelu medycznego. Pojawia się dużo wniosków o wydanie zgody na uznanie prawa wykonywania zawodu dla kadr medycznych z Ukrainy. Przed wojną było ok. 500 lekarzy z Ukrainy, którzy mieli już wydaną zgodę. Zobowiązaliśmy się, że będziemy finansowali w pełnym zakresie te świadczenia, które już kupiliśmy i to dla nas jest podstawowy element działania w 2022 r. Na pewno będziemy się starali zwiększać liczbę świadczeń. Także budżet na refundację leków nie jest zagrożony.



Poseł Tomasz Latos, Przewodniczący Sejmowej Komisji Zdrowia

Myślę, że obecna sytuacja wojny w Ukrainie i Polski ze względu na napływ uchodźców, jest czymś zupełnie wyjątkowym w historii. Pamiętajmy, że nie mówimy tutaj o napływie kilkudziesięciu tysięcy uchodźców, co już w wielu sytuacjach stanowiło problem, tylko tak naprawdę mówimy o napływie ponad 2,5 milionów osób do Polski. To oczywiście rodzi różnego rodzaju wyzwania zdrowotne. W przypadku uchodźców oprócz kobiet przybyło do nas dużo dzieci. Generalnie wolę i staram się mówić o zdrowiu Polek i Polaków, nie rozgraniczam tego zagadnienia na płeć, choć oczywiście są choroby dotyczące głównie kobiety. Myślę, że trzeba



patrzeć na to całościowo, bo to nie jest tak, że my musimy zadbać o jedną płęć, a o drugiej nie pamiętać, bądź odwrotnie. Rozumiem ten kontekst teraz, że ta sytuacja zdrowotna będzie dotyczyła w większym stopniu kobiet. Nie jest jednak tak, że troska o zdrowie i leczenie uchodźców odbywa się kosztem polskich obywateli. Trzeba to wyraźnie powiedzieć. Zlokalizowano pewne źródła rozsiewania różnych nieprawdziwych informacji na zasadzie, że ktoś był czegoś świadkiem, ktoś coś widział, ktoś coś wie, itp. Nieprawdziwe informacje mają swoje źródło niestety za wschodnią granicą i jest to element wojny hybrydowej prowadzonej przez Rosję - miejmy tego świadomość. Skoro nie wszystko w systemie służby zdrowia działało przed wojną na Ukrainie, to w tej chwili będzie o tych kolejnych kilka procent trudniej, niż dotąd. W przypadku tych osób, które do Polski napłynęły musimy powiedzieć jeszcze o kolejnym elemencie. W Polsce narzekaliśmy na profilaktykę, ale w przypadku obywateli Ukrainy sytuacja jest jeszcze trudniejsza. Poczynając od szczepień, zgłaszania się na mammografię, cytologię, itp. To wszystko stanowi rzeczywiście duże wyzwanie dla polskiego systemu ochrony zdrowia. To jest kwestia organizacji, dopuszczenia pracowników medycznych, którzy też są wśród uchodźców do świadczenia usług na terenie Polski oraz finansowania. O to akurat jestem spokojny, bo ono się zwiększa z roku na rok.

Krystyna Wechmann, Członkini Narodowej Rady ds. Ochrony Zdrowia przy Prezydencie RP, Prezes Federacji Stowarzyszeń „Amazonki”



Z powodu wojny w Ukrainie w Polsce znalazły się przede wszystkim kobiety i dzieci. Na ostatniej Radzie przy Prezydencie RP była omawiana szeroko sytuacja tych kobiet, ze szczególnym uwzględnieniem ich statusu w obszarze ochrony zdrowia.

Kobiety z Ukrainy wraz ze swoimi dziećmi, będą miały zapewnione takie same prawa jak polskie pacjentki. Mnie najbardziej niepokoją sprawy związane z chorobami zakaźnymi, które zdecydowanie przeważają u mieszkańców Ukrainy. Powiedziane jest, że szacunkowo przybędzie ok. 10 tys. kobiet i ok. 500 dzieci zakażonych HIV. Kobiety dwukrotnie częściej chorują na nowotwory, niż mężczyźni. Wiemy, jak ważna jest zgłaszalność na badania przesiewowe, czy profilaktykę pierwotną. Ostatnio w Ministerstwie Zdrowia pracowaliśmy nad zakładką na stronie pacjent.gov, która jest skierowana dla kobiet. Jest bardzo ważne, żeby powstała baza badań profilaktycznych. Mówimy o IKP, o tym, żeby była informacja, że po 40 roku życia są zapraszane osoby na badania profilaktyczne. Powinien nastąpić rozwój aplikacji w zakresie profilaktyki zdrowotnej. Edukacja zdrowotna w szkołach jest kluczowa. Dla dziewczynki jest niezwykle ważne, żeby znać cykl płciowy, funkcjonowanie narządów rodnych i ryzyko chorób kobiecych. Mówiliśmy nie tylko o najważniejszych chorobach nowotworowych kobiet, jak rak piersi, płuca, jelita grubego, czy narządów rodnych, ale także o innych problemach kobiet, które w ostatnim okresie bardzo się nasiliły. Aż 48 proc. kobiet korzysta z psychologa, jeżeli chodzi o depresję i uzależnienia. Dieta i utrzymanie ciąży to jest też duży problem. Kluczowa jest tutaj edukacja. Zakładka która będzie skierowana do kobiet jest dla organizacji pacjentów wspierających kobiety bardzo ważna. Z tych informacji skorzystają także nowo przybyłe do naszego kraju kobiety. Uruchomiliśmy wolontariuszy, którzy w Wielkopolskim Centrum Onkologii wspierają Ukraińców, są przy pacjencie i lekarzu, wspierając proces komunikacji. Bardzo ważne, aby lekarz właściwie rozumiał, co dolega pacjentowi. Wojna zmienia nasze postrzeganie rzeczywistości. Spotkałam się z przypadkiem, kiedy poproszono pielęgniarkę rosyjskiego pochodzenia, aby wsparła komunikacyjnie Ukrainkę w porozumiewaniu się z lekarzem. Ukraińska kobieta odmówiła pomocy od tej osoby.

Tych problemów jest tysiące. Zdrowie kobiety - bezpieczeństwo rodziny, będzie zapewnione, gdy kobieta będzie miała większą świadomość zdrowotną, wiedzę o profilaktyce wtórnej, diecie, czy potrzebie sportu.

Prof. Krzysztof Giannopoulos, Prezes Stowarzyszenia Hematologia Nowej Generacji, Kierownik Zakładu Hematoonkologii Doświadczalnej UM w Lublinie, Kierownik Oddziału Hematologicznego Centrum Onkologii Ziemi Lubelskiej



Obecnie stoimy przed ogromnym wyzwaniem. Wiadomo, że trudno przygotować się do takich wyzwań, jak wojna, czy pandemia. Widzimy jednak ogromną solidarność i to, że w tych trudnych czasach udaje nam się poradzić z ogromnymi problemami. Najpierw poruszę temat hematoonkologii dziecięcej, bo tam przebiegała najsprawniej pomoc dla młodych pacjentów z Ukrainy. Trzeba powiedzieć, że zanim uzyskaliśmy wsparcie strukturalne, myślę o koordynacji tego procesu przez Ministerstwo i NFZ, eksperci hematologiczni i onkologiczni dziecięcy zorganizowali transport i zabezpieczyli 400 pacjentów, z czego 200 w polskich ośrodkach, natomiast kolejnych 200 zostało przesłanych do krajów Europy Zachodniej. Chciałbym zaznaczyć tę ogromną solidarność i pogratulować moim kolegom hematologom, onkologiem dziecięcym, bo oni naprawdę bardzo sprawnie to zrobili. My oczywiście też pomagamy, też mamy tych pacjentów na co dzień. Trzeba powiedzieć, że infolinia onkologiczna działa i przesyłanie między ośrodkami w Polsce i za granicą dobrze funkcjonuje. Mając kolejki dla polskich pacjentów wiemy, że nie jesteśmy w stanie działać doraźnie. Musimy pomyśleć o tych działaniach, które już wcześniej zostały zainicjowane, czyli między innymi Krajowa Sieć Onkologiczna, ale również infrastruktura dotycząca hematologii. Mapa potrzeb zdrowotnych wykazała, że największe potrzeby są w hematologii dotyczące zasobów. Mam na myśli nowe oddziały, powiększanie istniejących, ale też wsparcie zasobów kadrowych - lekarskich i pielęgniarskich. Przy tym trudnym wyzwaniu, jakie teraz jest to wydaje się wyjątkowo ważne, że tego procesu nie możemy w żadnym wypadku hamować, tylko nawet powinniśmy przyspieszyć, czyli tworzyć rozwiązania z myślą, że one będą służyły pacjentom hematologicznym w Polsce. Specyfika szpiczaka plazmocytoowego jest ściśle związana ze sprawnie działającym systemem ochrony zdrowia i opieki hematologicznej. Kwestia diagnostyki i leczenia powinna być rozpatrywana zaczynając od opieki ambulatoryjnej, aż po hospitalizację. Potrzebne są również nowe leki i nowe formy leków. Od 1 marca 2022 r. mamy dostępną refundacyjnie podskórną formę daratumumabu, która znacznie skraca czas hospitalizacji i zmniejsza narażenie na zakażenie koronawirusem. Nadal mam pacjentów dodatnich i niestety obawiam się, że ten rezerwuuar koronawirusa SARS-CoV-2 będzie się utrzymywał wśród pacjentów hematologicznych. Oni dużo wolniej pozbywają się wirusa, a przebieg zakażenia jest niekorzystny. Musimy się niestety liczyć z tym, że zakończenie pandemii COVID-19 nie będzie dotyczyło pacjentów hematologicznych i pacjentów z niedoborami odporności. W odniesieniu do szpiczaka plazmocytoowego, daratumumab, w formie podskórnej jest dostępny refundacyjnie z najłagodniejszym połączeniem - z bortezomibem i deksametazonem. On jest bardzo potrzebny już od pierwszej linii leczenia, z dużo bardziej skutecznym schematem VTD, dla pacjentów kwalifikujących się do przeszczepienia. Także w nawrocie szpiczaka daratumumab jest potrzebny w połączeniu z lekiem doustnym. Pacjenci, którzy otrzymują inhibitory proteasomów wymagają hospitalizacji, nawet jeśli to jest hospitalizacja jednodniowa, czy dwa razy w tygodniu. Połączenie daratumumabu z lekiem

doustnym pozwala na krótką hospitalizację raz w miesiącu, dlatego, że daratumumab jest w formie podskórnej. Ostatnią kwestią jest element leczenia wspomagającego. Wiemy, że mamy nowoczesne leki, które zapobiegają chorobie kostnej, ale również, które okazały się skuteczne w osteoporozie, która jest częstsza w populacji kobiet. Liczymy na decyzje refundacyjne dotyczące denosumabu. To jest lek antyresorbcyjny, który już jest dostępny refundacyjnie dla pacjentek z osteoporozą. Natomiast u chorych na szpiczaka plazmocytozy jest bardzo ważnym wsparciem leczenia choroby kostnej. Szczególnie dotyczy to pacjentów, którzy nie mogą dostawać dwufosfonianów, czyli pacjentów z niewydolnością nerek. Pamiętajmy, że terapie doustne wpływają na bezpieczeństwo i na komfort życia pacjentów ze szpiczakiem. Wiadomo, że w przypadku terapii doustnej pacjenci w ogóle nie przebywają na oddziałach szpitalnych, także korzyść jest ogromna. Co ważne, schematy trójlekowe w pełni doustne, które były analizowane pod kątem bezpieczeństwa, w ogóle nie zwiększały toksyczności leczenia. Innymi słowy, ryzyko, że będą częstsze hospitalizacje związane z tym, że bardzo skuteczne schematy są podawane ambulatoryjnie nie istnieje. Natomiast korzyść jest ewidentna, również z tej strony pandemicznej - rzadsze przychodzenie do ośrodka leczącego, czyli leczenie jest stosowane w sposób skuteczny w warunkach domowych. W kwestii monitorowania leczenia, każdy z ośrodków klinicznych w dobie pandemii COVID-19 świetnie sobie wypracował procedury działania. Można np. pacjentów zapraszać popołudniami, żeby oddawali krew na badania, które są wymagane do monitorowania skuteczności leczenia, np. w programach lekowych, czy też bezpieczeństwa leczenia i później korzystać nadal z teleporad. Teleporady dla pacjentów, których mamy dobrze ustawionych w odniesieniu do leczenia i których znamy, są bardzo dobrym rozwiązaniem systemowym. W żadnym wypadku oczywiście to nie jest rozwiązanie, jeśli chodzi o pacjenta diagnozowanego w trakcie pierwszej wizyty. Tutaj teleporada nie powinna mieć miejsca. Reasumując, w szpiczaku plazmocytozy w odniesieniu do pierwszej linii od 1 marca 2022 r. mamy refundowane schematy w pełni doustne, dwulekowe. Mamy też skuteczny schemat połączeniu z bortezomibem, czyli dla większej grupy pacjentów niekwalifikujących się do przeszczepienia szpiku. W końcu mogą powiedzieć, że możemy leczyć zgodnie ze standardami międzynarodowymi. Pozostaje, ta część pacjentów młodszych, których możemy kwalifikować do przeszczepienia i niestety w związku z tymi zmianami w pierwszej linii musimy przebudować program lekowy, już od pierwszego nawrotu. Wiadomo, że przesuwanie bardzo skutecznych leków na początek terapii pokazuje kolejne niezaspokojone potrzeby, czyli co robić w kolejnych liniach leczenia. Wspomnę o procesie, który jest wspólny, czyli kwestia leczenia choroby kostnej. Wspólny, dlatego że jest to program zarówno dla pacjentów ze szpiczakiem plazmocytozy, jak również dla pacjentów onkologicznych. To na pewno są priorytety, jeśli myślimy o najbliższych decyzjach refundacyjnych.

***Prof. Anna Latos-Bieleńska, Konsultant
Krajowa w dziedzinie Genetyki Klinicznej,
Kierownik Katedry i Zakładu Genetyki
Medycznej Uniwersytet Medyczny im. K.
Marcinkowskiego Centrum Biologii Medycznej***



Medycyna precyzyjna jest możliwa dzięki diagnostyce genetycznej. Często w Medycznej Racji Stanu mówimy o genetycznym podłożu nowotworów. Najlepiej poznane są geny *BRCA1* i *BRCA2* - wiemy, że patogenne warianty tych genów odpowiadają za raka piersi, jajnika, prostaty, trzustki. Badań genetycznych w onkologii wykonujemy ciągle jeszcze zbyt mało, a przecież są one bardzo ważne i eksperci podkreślają, że są one podstawą nie tylko dobrania

właściwego leczenia, ale także służą profilaktyce nowotworów dziedzicznych i ważne jest badanie genetyczne także zdrowych członków rodziny. Duże znaczenie ma staranne zbieranie wywiadu rodzinnego i prowadzenie programów, które są dedykowane opiece nad rodzinami z wysokim dziedzicznie uwarunkowanym ryzykiem wystąpienia określonych chorób (nie tylko nowotworów). Przy obciążeniu rodzinnym określoną chorobą są wskazania do konsultacji i diagnostyki genetycznej. Zacytuję pierwsze zdanie z programu opieki nad rodzinami wysokiego ryzyka zachorowania na nowotwory, który kiedyś był programem ministerialnym i w drugiej połowie roku ma zostać objęty finansowaniem przez NFZ: „Do etapu poradnictwo i badania genetyczne kwalifikuje się świadczeniobiorcę, u którego na podstawie wywiadu rodzinnego oraz wstępnej oceny ryzyka podejrzewa się występowanie dziedzicznej predyspozycji do zachorowania na raka piersi lub raka jajnika”- to jest zdanie kluczowe. Zatem dane rodowodowo-kliniczne są sprawą najważniejszą, ponieważ identyfikują osobę wysokiego ryzyka genetycznego, która następnie może zostać objęta programem. Pisałam swoje uwagi do tego programu, konsultowało go również wielu ekspertów. Program opieki nad rodzinami wysokiego ryzyka zachorowania na nowotwory złośliwe (zwłaszcza rak piersi, jajnika, jelita grubego, ale też inne) nie traci tego, co wypracowały już wcześniej programy ministerialne. Jest jedna uwaga - konieczne jest ustanowienie koordynatora, który byłby przewodnikiem pacjenta w systemie i czuwał nad terminową realizacją badań profilaktycznych. Jeszcze raz podkreślam, że kluczowe jest zidentyfikowanie takiej rodziny. W przypadkach, gdzie jest już chora na nowotwór, jest decyzją i rolą lekarza onkologa, żeby podjął decyzję o badaniach genetycznych. W przypadku raka jajnika badanie genetyczne powinno być od razu wykonane i nie umiem odpowiedzieć na pytanie, dlaczego jest wykonywane tylko u 30 proc. chorych. W przypadku osób zdrowych ważne jest, aby lekarz rodzinny dokładnie zbierał wywiad rodzinny, i to nie tylko w linii matczynej, ale też ojcowskiej - tyle pokoleń ile nasz pacjent i jego rodzina są w stanie nam o tym powiedzieć. Po stwierdzeniu rodzinnego obciążenia nowotworami, rodzina powinna zostać skierowana na konsultację do poradni genetycznej. Przypomnę, że są poradnie genetyczne wyspecjalizowane na onkologii, na ogół znajdują się przy dużych centrach onkologii. Są też poradnie genetyczne ogólne, gdzie również pracują lekarze, którzy są przygotowani do poradnictwa genetycznego w zakresie nowotworów dziedzicznych. Trzeba także pamiętać o edukacji w zakresie genetyki klinicznej, docierać do lekarzy rodzinnych i lekarzy innych specjalności. Innym ważnym problemem jest to, jak zapewnić właściwe kadry dla opieki genetycznej oraz kto byłby koordynatorem. Dlatego niezbędna jest nowa specjalizacja – „doradca genetyczny”. Najchętniej bym widziała w tej roli biotechnologów, którzy znają genetykę medyczną i badania genetyczne, byłiby to – po przeszkoleniu - idealni doradcy genetyczni. Takie osoby już w Polsce są, miałam przyjemność z bardzo dobrym doradcą genetycznym pracować i wiem, jak wydajny jest zespół: genetyk kliniczny albo onkolog i doradca genetyczny. Mamy mało genetyków klinicznych, a ponadto onkolodzy i genetycy kliniczni są bardzo zajęci, wobec tego konieczne jest wsparcie pod postacią doradcy genetycznego. Gdyby tylko była zgoda Ministerstwa Zdrowia, to byśmy bardzo szybko przygotowali program specjalizacji i za parę miesięcy już pierwsi doradcy genetyczni współpracujący na początek z genetykiem klinicznym, potem też z onkologiem, mogliby zacząć działać i wspierać opiekę nad chorym. Kolejki pacjentów by się na pewno zmniejszyły. Doradcy genetyczni są potrzebni nie tylko w poradnictwie genetycznym w onkologii. Wchodzi w życie Plan dla Chorób Rzadkich, więc genetyk kliniczny będzie musiał również zabezpieczyć w większym stopniu pacjentów z chorobami rzadkimi. A już w tej chwili są kolejki do poradni genetycznych sięgające nawet dwóch lat.

*Dr Małgorzata Gałzka-Sobotka Dziekan Centrum
Kształcenia Podyplomowego, Dyrektor Instytutu
Zarządzania w Ochronie Zdrowia Uczelni Łazarskiego*



Jesteśmy w wyjątkowym momencie w historii polskiego państwa, bowiem w bardzo krótkim czasie przybyło ludności o ok. 2,5 mln osób. Są to w szczególności kobiety i dzieci. Jest to wielkie wyzwanie dla naszego systemu ochrony zdrowia. Pojawia się pytanie, jak w obliczu tych wszystkich słabości i dysfunkcji systemu ochrony zdrowia w Polsce o których wielokrotnie dyskutowaliśmy na licznych spotkaniach, poradzić sobie z tak gwałtownie przyrastającymi potrzebami zdrowotnymi. Bardzo ważne jest, aby opieka nad uchodźcami była opieką finansowaną z odrębnego źródła, z odrębnego strumienia finansowego, poza budżetem Narodowego Funduszu Zdrowia. Oczywiście płatnik publiczny będzie dysponentem tych środków, tak jak to było w finansowaniu opieki nad pacjentami dotkniętymi koronawirusem. Natomiast na pewno będą to środki zewnętrzne, komplementarne względem środków ujętych w planie finansowym NFZ. Mam nadzieję, że Polska będzie wspierana funduszami solidarnościowymi Unii Europejskiej. Myślę, że nikt z nas nie ma wątpliwości, że sami nie udźwignemy ciężaru opieki zdrowotnej i społecznej nad uchodźcami z Ukrainy. Każdy kryzys niesie wyzwania, ale i szanse. Staram się namawiać do tego, aby w obliczu kryzysu wykorzystać szanse, po które często nie sięgamy wtedy, kiedy jest nam po prostu trochę lepiej. Tą szansą jest wdrożenie rozwiązań, które w sposób bardziej skuteczny pomogłyby nam pierwsze przeciwdziałać i stosować prewencję chorób cywilizacyjnych. Jak wiemy doskonale ze sprawozdań Narodowego Funduszu Zdrowia, są one bardzo dużym obciążeniem dla organizacji i finansów systemu ochrony zdrowia. Takimi chorobami na pewno są otyłość, cukrzyca, choroby układu sercowo-naczyniowego, czy choroby psychiczne, którym możemy po prostu przeciwdziałać poprzez skuteczną i powszechną prewencję i profilaktykę. O wielu tych problemach rozmawialiśmy jeszcze przed wybuchem pandemii, czy wybuchem wojny w Ukrainie. Patrzyliśmy na nie przez pryzmat wysokiej dynamiki wzrostu zapadalności na te choroby i działań, które mogłyby posłużyć do tego, żeby tym pandemiom XXI wieku skutecznie zaradzić. Zwykle poważnym ograniczeniem są pieniądze. Wychodząc z powyższych przesłanek sięgnięto w Polsce po mechanizm opłaty zdrowotnej w tym przypadku cukrowej, której przypisano kilka zadań. Po pierwsze miała ona zniechęcać konsumentów do zakupu napojów o wysokiej zawartości cukru, po drugie zachęcać producentów do reformulacji produktów, po trzecie zasilić finansowo płatnika publicznego, aby był w stanie zrealizować nowe przypisane mu w ustawie zadania, na które do tej pory nie starczało odpowiednich środków i zasobów. Były to działania z obszaru zarówno edukacji, profilaktyki, innymi słowy prewencji chorób cywilizacyjnych, stymulowanych niewłaściwymi nawykami żywieniowymi. Grono ekspertów skupionych wokół Instytutu Zarządzania w Ochronie Zdrowia Uczelni Łazarskiego, Forum Ekspertów Walki z Cukrzycą, Polskiego Towarzystwa Leczenia Otyłości, czy Polskiego Towarzystwa Medycyny Rodzinnej apelują, abyśmy właściwie wykorzystali ten instrument i wdrożyli nowe skuteczne interwencje. W 2021 r. ponad 1,8 miliarda złotych wpłynęło do kasy NFZ. W momencie, w którym tworzymy ten dokument nie znane jest przeznaczenie tych środków. Jedno jest pewne, oprócz działań profilaktycznych i edukacyjnych wielu pacjentów czeka na rozszerzenie dostępu do świadczeń i technologii, które uchronią ich przed powikłaniami otyłości, cukrzycy. W tym celu jedną z rekomendacji środowiska eksperckiego i pacjenckiego jest np. rozszerzeniu dostępu do urzędzeń monitorujących poziom glikemii, nie tylko dla pacjentów do 26 roku życia, ale również po tym okresie. Wykorzystanie nowoczesnych technologii do monitorowania

poziomu glikemii u dzieci w okresie pandemii zmniejszyło zarówno presję na hospitalizację, czyli zmniejszyło ryzyko zaostrzenia stanu zdrowia dziecka, ale również zmniejszyło presję na konsultacje specjalistyczne, a jednocześnie poprawiło wyniki leczenia, umożliwiło skuteczniejszą kontrolę cukrzycy. Pacjenci przyzwyczajeni do nowoczesnych urządzeń monitorujących w pewnym momencie mierzą się z koniecznością powrotu do archaicznego już dzisiaj sposobu pomiaru glikemii w oparciu o paski. Często zbiega się to z wejściem na rynek pracy i intensyfikacją pracy zawodowej, w której wpływ choroby na jakość życia powinien być minimalizowany. Zatem to w naszym wspólnym interesie jest, aby dostęp do urządzeń monitorujących nie był ograniczony wiekiem i gwarantował skuteczność leczenia. Powinniśmy na pewno z tych środków rozważyć finansowanie działań zorientowanych na profilaktykę, skuteczną diagnozę i leczenie otyłości. Z podatku cukrowego od stycznia 2022 r. jest finansowana nowa interwencja, czyli pilotaż programu Kompleksowej Opieki Specjalistycznej nad Pacjentami Bariatrycznymi (KOS-BAR). Środowiska eksperckie apelują, aby z tych samych źródeł sfinansować pilotaż Kompleksowego Zachowawczego Leczenia Otyłości (KOS-BMI 30 Plus), dla dorosłych, jak i dzieci. Mówimy również o zwiększeniu dostępności do nowoczesnego leczenia dla pacjentów z cukrzycą, chorobami układu krążenia, które mogą dać nam szansę na to, aby zmniejszyć ryzyko powikłań, ale również zmniejszyć ryzyko zaostrzenia się choroby. Celem zasadniczym powinno być wdrażanie takich interwencji, które sprawią, że presja pacjenta na system będzie malała. Jego potrzeby zdrowotne będą narastały wolniej. Środkiem do realizacji tego celu jest poprawa organizacji ochrony zdrowia, zwiększenie koordynacji na wszystkich jej poziomach. Nie zawsze będziemy w stanie zaopiekować się pacjentami w bezpośrednim udziale personelu medycznego, lekarskiego, pielęgniarskiego. Musimy na pewno wzmocnić rolę tzw. innych zawodów ochrony zdrowia, w tym upowszechnić rolę koordynatora, który wesprze kadry medyczne w organizacji planu leczenia a samego pacjenta w dostępie do istotnych dla niego informacji i usług. Pozwoli nam to w sposób bardziej efektywny korzystać z mocno ograniczonych kadr medycznych, które pomimo podejmowanych wysiłków przyrastają w wolnym tempie. Osobiście wierzę, że uda nam się także szybko wykorzystać potencjał ukraińskiego personelu medycznego co pozwoli zwiększyć wydajność systemu. Mamy pomysły na rozwiązania usprawniające opiekę, mamy narzędzia w postaci dodatkowych środków finansowych, które ustawodawca zresztą jednoznacznie opisał w ustawie, mobilizując NFZ do wykorzystania ich na konkretne cele. Pozostaje nam tylko realnie po nie sięgnąć i wdrożyć do naszej codziennej praktyki nowatorskie i efektywne technologie medyczne zorientowane na wartość zdrowotną.

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

Aktualnie AOTMiT prowadzi wiele prac, które bezpośrednio odnoszą się do zwiększenia bezpieczeństwa zdrowotnego kobiet. Są to m. in. prace w ramach programu opieki nad rodzinami wysokiego dziedziczenia uwarunkowanego ryzyka



zachorowania na nowotwory złośliwe. Warto podkreślić, że do 2020 r. skorzystało z tego programu ponad 22 tys. pacjentów - dokładnie 22 670 pacjentów. Także inne nowotwory, niż te określone w programie (rak piersi i rak jajnika) zasługują na bardziej intensywny nadzór i powinny znaleźć się w tym programie. Są to nowotwory BRCA-zależne, takie jak rak prostaty, czy rak trzustki. Wszystkim nam znane są prawidłowości, że lepiej zapobiegać chorobie, niż ją leczyć i zdecydowanie lepiej leczyć

chorobę we wczesnym jej stadium niż etap choroby zaawansowanej. Dla tego w tym miejscu chciałabym zaapelować do kobiet aby brały aktywnie odpowiedzialność za swoje zdrowie i świadomie uczestniczyły w badaniach przesiewowych już dostępnych. Żadne zwiększanie dostępności do badań diagnostycznych nie będzie skuteczne, jeśli kobiety nie będą zainteresowane uczestnictwem w takich badaniach, żaden program badań przesiewowych bez udziału pacjenta nie będzie skuteczny. Zawsze warto finansować badania diagnostyczne, wydaje się jednak że dziś większą uwagę powinniśmy zwrócić na atrakcyjność badań przesiewowych i ich promocje. Na taką organizację programów przesiewowych aby udział w nich był łatwy, kompleksowy i na tyle atrakcyjny aby każda kobieta z łatwością mogła i chciała z nich skorzystać.

Posel Barbara Dziuk, Przewodnicząca Parlamentarnego Zespołu ds. Chorób Rzadkich

Rozmawiamy o niezwykle istotnych kwestiach zdrowia kobiet, ale w szczególnej, bardzo trudnej sytuacji wojny za naszą granicą i ogromnej fali uchodźców która przybyła do Polski. Obecnie wyzwaniem jest nie tylko, jak zabezpieczyć zdrowotne potrzeby polskich pacjentów, ale również potrzeby obywateli Ukrainy. Z perspektywy parlamentarzystki z dużym doświadczeniem, jeśli chodzi o działania prozdrowotne, profilaktyczne i legislacyjne w zakresie ochrony zdrowia jestem wielką optymistką. Zawsze miło spotykać osoby życzliwe, które przede wszystkim dbają o pacjenta. Za to chciałbym Państwu wszystkim podziękować, bo wspólnie zmieniamy rzeczywistość. Mamy kolejne wyzwanie, jakim są uchodźcy z Ukrainy - kobiety i dzieci, które przebyły do nas, korzystając z naszych wielkich serc i wsparcia. Zarówno samorządy, rząd, jak i osoby prywatne bardzo mocno się angażują w konkretną pomoc. Ostatnio na Komisji Zdrowia Sejmu RP rozmawialiśmy o zmianie finansowania Narodowego Funduszu Zdrowia, gdzie środki przeznaczone dla uchodźców pochodzą z osobnej puli. Polacy nie powinni się martwić, że braknie dla nich świadczeń i środków NFZ. Nieprawdziwe informacje, będące elementem wojny hybrydowej, które głoszą, że uchodźcy będą korzystać z leczenia kosztem Polaków są nieprawdą. Zabezpieczone są interesy Polek, Polaków, ale też i osób przybyłych do Polski. Myślę, że Unia Europejska nie będzie obojętna, bo my procentowo dużo więcej uchodźców przyjmujemy, niż inne kraje europejskie. Ma być wdrożony przelicznik do wsparcia finansowego. Gdy dotrze do Polski fundusz dodatkowy - przeznaczony dla osób przybyłych do Polski, to będzie naprawdę dobrze zagospodarowany. Mamy już nasze doświadczenia, ale też międzynarodowe. Tutaj jest wymiana nie tylko wśród naszych lekarzy, ale też wymiana między lekarzami z Ukrainy. Te kontakty też nam pomagają. Ustawa o innych zawodach medycznych jest nam niezmiernie potrzebna. To jest priorytet, żeby wprowadzić nowe zapisy do obowiązującego prawa. Myślę, że będziemy mieć wspólny sukces, żeby móc koordynować sprawy związane z profilaktyką, która jest mi bardzo bliska sercu. Ze swojej strony dołożę wszelkich starań, żeby Państwu pomóc w reformowaniu systemu ochrony zdrowia. Pozostaję do dyspozycji, bo każdy z nas może być pacjentem. Doskonale wiem, jakie dobrodziejstwo tkwi w medycynie, która daje nam rozwiązania zarówno lekowe, ale też różnego rodzaju operacje wykonywane przez roboty, które już od 1 kwietnia 2022 r. będą refundowane przez NFZ. Musimy w tym celu kształcić kadrę medyczną. Musimy iść we wspólnym kierunku, wywalczyć to, co najbardziej potrzebne, jeżeli chodzi o opanowanie chorób cywilizacyjnych. Polska medycyna nie odstaje niczym od standardów europejskich, mamy wspaniałych ekspertów, którzy mogą uczyć nowe pokolenia kadr medycznych. Jestem do dyspozycji w prowadzeniu dialogu, bo w życiu



najważniejszy jest dialog i współpraca. Naszym celem jest, aby pacjenci w Polsce mogli korzystać z nowoczesnej medycyny. Musimy stworzyć takie warunki, aby młodzi ludzie nie byli eliminowani ze środowiska, tylko czuli się zaakceptowani, mogli pracować i realizować swoje pasje. Powinniśmy wspólnie pokonywać bariery z pozoru nie do pokonania.

Minister Grzegorz Błazewicz, Zastępca Rzecznika Praw Pacjenta

W Polsce aktualnie wzrasta liczba kobiet i dzieci, które uciekły przed wojną w Ukrainie i Ci pacjenci potrzebują lub będą potrzebować w najbliższym czasie opieki medycznej. Od 24 lutego 2022 r., czyli od początku agresji Rosji na Ukrainę, granicę polsko-ukraińską przekroczyło ponad 2,5 miliona uchodźców z Ukrainy. Rodziny z Ukrainy przybywające do Polski z powodu wojny mają prawo dostępu do leczenia i możliwość zaszczepienia przeciwko COVID-19. Chciałbym to bardzo dobitnie podkreślić. Dzieci uchodźców powinny być objęte programem szczepień ochronnych. W związku z tym wzrosło zapotrzebowanie na świadczenia zdrowotne w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej i leczenia szpitalnego. Już dzisiaj część tych osób korzysta z tych świadczeń, szczególnie w takich dziedzinach jak: ginekologia, położnictwo, medycyna rodzinna oraz pediatria. Wobec tego konieczna jest wspólna analiza i wypracowanie w ochronie zdrowia skoordynowanych działań, tak aby kobiety i ich rodziny miały zapewnioną opiekę, dostęp do świadczeń, ciągłość leczenia i dostęp do profilaktyki. Placówki medyczne powinny być przygotowane do zapewnienia bezpieczeństwa pacjentom w nagłych sytuacjach. Pragnę nadmienić, że Rzecznik Praw Pacjenta przypomina o równym dostępie do leczenia polskich i ukraińskich pacjentów. Opracowaliśmy również materiały edukacyjne dotyczące między innymi praw pacjenta w języku ukraińskim. Jesteśmy także w stałym, roboczym kontakcie z podmiotami leczniczymi.



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

W związku z agresją Rosji na Ukrainę i napływem uchodźców, przede wszystkim kobiet i dzieci, polski system ochrony zdrowia staje w obliczu znacznie większego wyzwania, niż miało to miejsce w czasie pandemii. W związku z tym nie może dziwić, że problematyka ta stała się jednym z priorytetowych obszarów działań podejmowanych przez Rzecznika Praw Obywatelskich. Do Rzecznika zaczynają napływać skargi od uchodźców z Ukrainy, docierają też sygnały od organizacji pozarządowych i środowisk lekarskich. Rzecznik, zastępcy rzecznika oraz pracownicy Biura RPO wizytują przejścia graniczne oraz miejsca tymczasowego pobytu uchodźców. Przedstawiciele Rzecznika pozostają również w kontakcie z organizacjami pozarządowymi, władzami samorządowymi, służbami, takimi jak policja, straż graniczna oraz organizacjami



międzynarodowymi - w tym WHO i UNHCR. RPO przedstawił Marszałek Sejmu uwagi do projektu ustawy o pomocy obywatelom Ukrainy. W ocenie Rzecznika pominięto obywateli, którzy przybyli do Polski przed 24 lutego 2022 r., bo byli np. w podróży i wracali na teren Ukrainy, a Polska była krajem tranzytowym i nie mogli już wrócić do kraju z uwagi na wybuch wojny. Często są to bardzo dramatyczne historie. Przykładowo, młoda kobieta, która nie mogąc wrócić do Ukrainy zaangażowała się w pomoc uchodźcom i w trakcie tej pracy straciła przytomność. W wyniku badania stwierdzono białaczkę. Podjęto leczenie, ale grozi jej konieczność zwrotu niebagatelnych kosztów terapii. Dzisiaj Rzecznik podpisał również wystąpienie do Prezesa Rady Ministrów w sprawie pomocy osobom chorującym psychicznie. Dotyczy to zarówno uchodźców, jak i osób, które nadal pozostają na terenie Ukrainy. Sytuacji uchodźców z Ukrainy pozostających na jej terytorium były poświęcone odbyte w ciągu ostatnich kilku dni posiedzenia Komisji Ekspertów ds. Ochrony Zdrowia Psychicznego, a następnie Komisji Ekspertów ds. Zdrowia. W spotkaniu Komisji Ekspertów ds. Ochrony Zdrowia Psychicznego w trybie online udział wzięli goście z Ukrainy: Pani Lidia Martynowa, przewodnicząca ukraińskiej organizacji pacjentów i ich rodzin „Psychoability” oraz Pan Yurij Zakał, wiceprezes Stowarzyszenia Psychiatrów Ukrainy, prezes Lwowskiego Stowarzyszenia Psychiatrów oraz zastępca dyrektora Lwowskiego Obwodowego Klinicznego Szpitala Psychiatrycznego. Przedstawili oni dramatyczną sytuację osób chorujących psychiatrycznie na Ukrainie. Szpitale w znacznej większości nie mogą zapewnić pacjentom szpitalnego leczenia z uwagi na brak dostępu do leków, personelu medycznego, jak również żywności i środków higieny osobistej. W licznych przypadkach pacjenci przebywają w piwnicach. Podkreślano, że z częścią pacjentów, która została zwolniona ze szpitala, nie ma obecnie żadnego kontaktu, a ich los jest nieznan. Część z nich wykorzystywana jest przez wojska agresora w charakterze „żywych tarcz”. W toku dyskusji eksperci zwracali w szczególności uwagę na konieczność utworzenia kanałów zabezpieczających dostawę leków na Ukrainę. Podkreślano wagę podjęcia prac legislacyjnych zmierzających do skrócenia procesu nostryfikacji dyplomów, szczególnie psychologów, psychiatrów i terapeutów. Potrzebne jest podejmowanie wobec uchodźców działań profilaktycznych, które powinny być realizowane nie tylko przez personel medyczny, ale również z wykorzystaniem studentów medycyny czy psychologów. Należy także zapewnić pomoc psychiatryczną i psychologiczną wszystkim uchodźcom, którzy takiej pomocy potrzebują. Pojawia się również problem bariery językowej. W przypadku terapii psychologicznych, trudno ją prowadzić w obecności tłumacza. Konieczne jest jak najszybsze umożliwienie specjalistom z Ukrainy wykonywania zawodu, a podmiotom medycznym ich zatrudniania. W ocenie członków Komisji w aglomeracjach, w których znajdują się duże skupiska uchodźców, rozwiązaniem problemu mogłoby być utworzenie przy Ambulatoryjnych Centrach Zdrowia Psychicznego punktów koordynacyjnych, zatrudniających personel posługujący się językiem ukraińskim. Niezbędne jest również otoczenie opieką ukraińskich dzieci. Według specjalistów ok. 20 proc. dzieci i młodzieży z Ukrainy będzie wymagało pomocy psychologicznej lub psychoterapeutycznej. Konieczne jest więc przeprowadzenie szkoleń i uwrażliwienie kadry nauczycielskiej na symptomy zaburzeń u dzieci i młodzieży. Ponadto niezbędna jest obecność psychologa w każdej szkole. Pożądanym rozwiązaniem byłoby zatrudnianie asystentów ze znajomością języka i kultury ukraińskiej. Z kolei przedmiotem prac Komisji Ekspertów ds. Zdrowia były wyzwania polskiego systemu zdrowia w obliczu kryzysu uchodźczego. Najważniejszym problemem, z którym konfrontuje się obecnie polska służba zdrowia w przypadkach pacjentek z Ukrainy, to kontynuacja leczenia onkologicznego. Pacjentki, które miały rozpoczęte leczenie onkologiczne w Ukrainie nie mają dokumentacji medycznej i polski personel medyczny nie jest w stanie zweryfikować dotychczasowego procesu leczenia oraz według jakich standardów było ono prowadzone. Wobec czego, koniecznym jest przeprowadzenie wielu badań od nowa. Kolejnym problemem jest bariera językowa, ponieważ

większość uchodźców nie komunikuje się w języku polskim. W tym zakresie brakuje tłumaczy z wiedzą medyczną oraz formularzy w języku ukraińskim w placówkach służby zdrowia. Dotyczy to przede wszystkim np. zgody na operacje, czy na przeprowadzenie zabiegu medycznego. Zarekomendowano wprowadzenie rozwiązań w sposób systemowy, bo do tej pory stosowane są rozwiązania doraźne. Zwrócono uwagę na problemy kadrowe, w tym braki lekarzy i pielęgniarek, przez co system nie funkcjonuje w pewnych dziedzinach jak należy. Ekspertcy zwrócili uwagę również na sytuację epidemiczną. Wśród napływającej ludności są osoby nie tylko potencjalnie chore na COVID-19, ale również ze szkarlatyną, gruźlicą lekooporną, HIV czy odra. W tym zakresie eksperci uznali, że niewystarczające jest działanie Inspekcji Sanitarnej w dużych skupiskach ludności np. na dworcach. Wyzwaniem są również szczepienia i kalendarz szczepień nie tylko dla dzieci, ale również dla osób dorosłych, w tym kobiet. Zwrócono uwagę na konieczność finansowania tłumaczy z języka ukraińskiego przez NFZ oraz wydzielenia placówek medycznych dla obywateli Ukrainy z jednoczesną koniecznością zmian otoczenia prawnego. Ekspertcy wyrazili opinię, że przyjęta specustawa w związku z konfliktem zbrojnym w Ukrainie nie zawiera rozwiązań organizacyjnych pozwalających na wydzielenie części placówek ochrony zdrowia na potrzeby obywateli napływających z Ukrainy. Na chwilę obecną, z uwagi na dynamikę i nieprzewidywalność trwania oraz skali konfliktu zbrojnego w związku z wojną w Ukrainie, nie da się przewidzieć wszystkich możliwych scenariuszy, w tym finalnej liczby uchodźców, którzy zdecydują się na pozostanie w Polsce. Nie ma również możliwości przewidzenia czasu ich pobytu na terenie Polski. Zakładać należy najgorsze scenariusze, aby zapewnić potrzeby zdrowotne wszystkich pacjentów na terenie Polski. Pamiętajmy także o długi zdrowotnym, będącym konsekwencją dwóch lat pandemii COVID-19.

Prof. Filip Szymański, Prezes Polskiego Towarzystwa Chorób Cywilizacyjnych

Z perspektywy zdrowia kobiet wyzwania zdrowotne są ogromne. Oprócz tego, że mam przyjemność kierować Polskim Towarzystwem Chorób Cywilizacyjnych, to mam przyjemność być dziekanem Wydziału Medycznego Collegium Medicum UKSW. Muszę powiedzieć, że jednostki, które podlegają pod nasz wydział, to są jednostki, które już leczą osoby, które przyjechały z Ukrainy z rozpoznaną chorobą nowotworową. Są to również pacjentki, które przyjeżdżają do Polski w zaawansowanej ciąży. Niestety, kobiety, które przyjeżdżają są niezaszczepione przeciwko COVID-19. Poziom wszczepialności pierwszą dawką na Ukrainie jest bardzo niski, nie mówiąc o drugiej, czy trzeciej dawce. Kolejne wyzwania to pozostałe patogeny. To jednostki chorobowe, z którymi dotychczas mieliśmy mniejszy problem w naszym kraju, np. gruźlica, czy HIV. Z perspektywy zdrowia publicznego, to są także pacjentki, które mają nieoptymalnie leczone choroby przewlekłe. Kobiety wymagające włączenia w przesiew choroby nowotworowej, wieńcowej, układu oddechowego, czy chorób zakaźnych. Perspektywa tych najbliższych miesięcy, niezależnie w jakim kierunku pójdzie wojna w Ukrainie jest ogromnym wyzwaniem nie tylko dla naszego systemu ochrony zdrowia, ale także dla systemu opieki społecznej. Niestety służba zdrowia w Ukrainie, programy profilaktyczne, szczepienia, świadomość pacjentów różni się diametralnie w stosunku do tego, co osiągnęliśmy w naszym kraju. Jeśli chodzi o włączanie personelu medycznego czy lekarzy, to się u nas powoli dzieje. Mamy już studentów i pierwsze osoby, które przyjęliśmy na nasze studia. To są Polacy, którzy studiowali na Ukrainie, ale także osoby, które mają kartę Polaka i są Ukraińcami. Z perspektywy prawa wykonywania zawodu w Polsce stoją przed



nami to ogromne wyzwania. Programy nauczania w Ukrainie nie są bowiem tożsame z programami nauczania w Polsce.

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



Już przed pandemią COVID-19 obserwowaliśmy bardzo duże tempo wzrostu nowych przypadków nadwagi i otyłości w naszym kraju we wszystkich grupach wiekowych. To co zatrząsało w szczególności sposób, to wzrost występowania otyłości w grupie najmłodszych obywateli - dzieci i młodzieży. Powodować to będzie dalszy dramatyczny wzrost liczba osób chorujących na otyłość w życiu dorosłym. Ryzyko wystąpienia otyłości u osób, które miały ten problem w wieku młodzieńczym wzrasta bowiem osiemnastokrotnie. Pandemia COVID-19 znacznie przyspieszyła ten proces. Wzrost częstości występowania nadwagi i otyłości w naszym kraju wymknął się spod kontroli. Mamy bardzo niepokojące obserwacje dotyczące związku otyłości z wieloma powikłaniami. Spowoduje to, że za moment będziemy mieli ogromne wyzwania systemowe ponieważ pacjenci chorujący na otyłość ustawiają się w coraz dłuższych kolejkach do wielu różnych specjalistów, którzy tak naprawdę będą się zajmowali leczeniem choroby otyłościowej. To jest wielkie wyzwanie, zatem powinniśmy się skoncentrować na tym, aby wcześniej rozpoznawać tę groźną chorobę oraz poprawić skuteczność jej leczenia. Polskie Towarzystwo Leczenia Otyłości (PTLO), którego mam przyjemność być prezesem, podjęło szereg inicjatyw i działań w tym zakresie. Po pierwsze, zwiększamy i próbujemy zmieniać świadomość wśród mieszkańców naszego kraju pokazując, jak groźną chorobą jest otyłość. Dane z lutego 2022 r. mówią o tym, że jedynie 15 proc. Polaków postrzega otyłość, jako chorobę. Aż 85 proc. Polaków uważa otyłość za defekt kosmetyczny. Po drugie, Towarzystwo podjęło się pracy nad zwiększeniem poziomu wiedzy i umiejętności lekarzy i całych zespołów terapeutycznych, w których skład wchodzi także pielęgniarka, położna, dietetyk, psycholog i fizjoterapeuta, w zakresie profesjonalnego kompleksowego leczenia otyłości. Wierzymy, że wspólne działanie i podniesienie kompetencji pozwoli na jeszcze lepsze leczenie. Musimy nauczyć i pokazać jak skutecznie leczyć otyłość. Przygotowaliśmy standardy PTLO, które już w maju 2022 r. zostaną opublikowane. Opisaliśmy w nich dokładnie, jak w praktyczny sposób cały zespół specjalistów ma skutecznie diagnozować i leczyć otyłość. Rozmawiamy na temat rozwiązań systemowych, żeby pokazać, że jest to realne i możliwe. Chcielibyśmy rozpocząć bardzo ważną narodową dyskusję, która ma zakończyć się poprawą dostępności do leczenia pacjentów chorujących na otyłość. To podstawowe działania Towarzystwa, nad którymi w tym momencie intensywnie pracujemy.

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

Zajmuję się obszarem, który nazywa się kardiodiabetologia. Jest to zależność między zaburzeniami metabolicznymi, a chorobami sercowo-naczyniowymi. Pacjenci którzy chorują na cukrzycę mają gorszą jakość i krótszy czas trwania życia z powodu powikłań



kardiologicznych i nefrologicznych. Profilaktyka jest kluczem do sukcesu w wielu dyscyplinach. Pandemia COVID-19, jak katalizator przyspieszyła pewne procesy, ale przede wszystkim wpłynęła na zmianę stylu życia. Wchodzę na ten obszar, o którym nie raz opowiadam, a mianowicie o medycynie stylu życia. Życie w dobrym stylu, to jest życie sprzyjające zmniejszeniu częstości wielu chorób - cukrzyca, choroby niedokrwiennej serca, czy nadciśnienia. Pandemia zmieniła styl życia - Polacy przytyli, mniej się ruszali, więcej palili papierosów i więcej pili alkoholu, mają zaburzenia snu – a wszystko to sprzyja problemom metabolicznym. Musimy mieć tę refleksję, bo mam nadzieję, że będziemy wychodzić z pandemii. Musimy zacząć spłacać dług zdrowotny. Najważniejszy jest prozdrowotny styl życia, który będzie determinował również sukcesy leczenia. Farmakoterapia, to nie wszystko. Mamy różne leki, które łączą różne obszary terapeutyczne. Kiedyś podzieloną internę, królową nauk medycznych, na bardzo wąskie dyscypliny, a teraz próbujemy ją pozszywać i to wychodzi różnie skutecznie. Myślę, że warto o tym mówić. Rozwój farmakoterapii spowodował, że znowu zauważamy pacjenta, który jest w gabinecie lekarskim, w oddziale szpitalnym, w klinice, poradni i który ma problem kardiologiczny, metaboliczny, diabetologiczny. Mamy dla niego terapie - analogi GLP-1, które leczą cukrzycę, obniżają ryzyko powikłań sercowo-naczyniowych, a przy tym prowadzą do spadku wagi oraz flozyny, które obniżają ryzyko sercowo-naczyniowe. Flozyny, to leki, które pierwotnie były dedykowane pacjentom diabetologicznym, później okazało się że zmniejszają ryzyko kardiologiczne i mogą być stosowane w terapii niewydolności serca. Prewencja pierwotna i wtórna, to także nowoczesna farmakoterapia, która zmienia diabetologię, kardiologię, obesitologię i nefrologię. Dzisiaj powinniśmy również powiedzieć, że szczepienia ochronne, to też jest życie w dobrym stylu. Jeśli mamy tylko dostępne szczepionki, to szczepienia są w modelu zdrowego stylu życia bardzo ważne.

Prof. Dorota Zozulińska-Ziółkiewicz, Prezes Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego, Kierownik Katedry i Kliniki Chorób Wewnętrznych i Diabetologii oraz Oddziału Diabetologii i Chorób Wewnętrznych Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu



Czasy w których przyszło nam żyć szczególnie eksponują wartość zdrowia. Zdrowie kobiety ma szczególną wartość, gdyż wpływa na zdrowie przyszłych pokoleń. Opublikowane dane wskazują na związek choroby COVID-19 ze zwiększonym ryzykiem zachorowania na cukrzycę. Epidemia cukrzyca w pandemii COVID-19 nabiera jeszcze większego rozpędu. W ostatnich latach narasta problem cukrzyca ciążowej i pozostaje w bezpośrednim związku z narastającym problemem otyłości. Zdrowie ciężarnej ma podwójny wymiar wartości, podobnie jak otyłość i cukrzyca ciążowa stanowią podwójny problem zdrowotny. Prewencja cukrzyca ciążowej, to zapobieganie cukrzyca typu 2, a skuteczne leczenie cukrzyca ciążowej, to zwiększenie szansy na urodzenie zdrowego dziecka. Kobieta z natury metabolicznej stworzona jest do ruchliwości. Metabolizm w spoczynku i ruchu kobiety i mężczyzny różni się zasadniczo. Siedząca kobieta gromadzi tłuszcze, a mężczyzna spala wolne kwasy tłuszczowe. Kobieta w ruchu spala w przewodzie wolne kwasy tłuszczowe, a mężczyzna w trakcie wysiłku fizycznego spala głównie glukozę. Tak więc, dla kobiet wydłużone w czasie siedzenie jest bardziej toksyczne, niż dla mężczyzn. W walce z otyłością u kobiet koniecznie należy zwrócić uwagę na wartość terapeutyczną wytrzymałościowego wysiłku fizycznego. Otyła kobieta planująca ciążę powinna się przygotować do macierzyństwa zdrowo redukując masę ciała. Ciężarna z cukrzycą, to także kobieta

z cukrzycą przedciążową. To może być cukrzyca typu 1, ale także inne typy cukrzycy, w tym cukrzyca typu 2, na którą chorują coraz młodsze, otyłe kobiety. Ciężarne z cukrzycą typu 1 w Polsce są dobrze zaopatrzone. Program WOŚP zapewnia dostęp do insulinoterapii przy użyciu osobistej pompy insulinowej zsynchronizowanej z systemem ciągłego monitorowania glikemii. Dzięki funkcji *smartguard* zabezpieczającej przed hipoglikemią, taka terapia pozwala w zwiększonym bezpieczeństwie osiągać docelowe wartości glikemii, zapewniające zdrowy rozwój dziecka w życiu płodowym. Kobiety z cukrzycą typu 2 i z cukrzycą ciążową, które dla osiągnięcia docelowych wartości glikemii wymagają insulinoterapii doświadczą korzyści ze stosowania systemów ciągłego monitorowania glikemii. Stały wgląd w glikemię i sygnalizacja trendu jej zmian zwiększają bezpieczeństwo zarówno matki, jak i dziecka. Zdrowie kobiety z cukrzycą typu 2, to także postrzeganie ryzyka sercowo-naczyniowego. Cukrzyca znosi ochronną rolę płci, stąd kobiety z cukrzycą w porównaniu z równolatkami bez cukrzycy mają istotnie większe ryzyko doświadczenia zdarzenia sercowo-naczyniowego, tj. zawału serca i udaru mózgu. Poszerzenie dostępności do leków modyfikujących przebieg cukrzycy typu 2, tj. analogów GLP-1 i flozyn powinno być priorytetowym działaniem i szczególnie wpisuje się w temat przewodni debaty jakim jest „Zdrowie Kobiety w Obliczu Wyzwań Geopolitycznych”. Fundamentem w opiece diabetologicznej niezależnie od etapu farmakoterapii jest edukacja terapeutyczna. Płeć nadaje specyficzny wymiar edukacji kobiet zarówno w temacie działań prozdrowotnych obejmujących odpowiedź na pytania „co jeść i pić, aby zdrowo żyć?” i „w jakim ruchu bycie wydłuży nam życie?”, jak i farmakoterapii cukrzycy typu 2 i insulinoterapii w cukrzycy typu 1.

Prof. Grażyna Rydzewska, Wiceprezes Polskiego Towarzystwa Gastroenterologii, Kierownik Kliniki Gastroenterologii z Pododdziałem Leczenia Nieswoistych Chorób Zapalnych Jelit CSK MSWiA w Warszawie



Terapie biologiczne w gastroenterologii dotyczą dwóch chorób będących największym wyzwaniem - choroby Leśniowskiego-Crohna (LC) i Wrzodziejącego Zapalenia Jelita Grubego (WZJG). W ostatnich latach sytuacja pacjentów znacząco się poprawiła. Przez lata nie mogliśmy się doprosić o to, żeby nasi pacjenci mogli być leczeni rozsądnie. Musieliśmy przerywać skuteczną terapię. Ja ciągle mówiłam, że to tak, jakby pacjentowi leczonemu insuliną przerwać leczenie, bo ma prawidłową glikemię. Na szczęście od stycznia 2022 r. możemy terapię w ramach programów lekowych stosować bezterminowo – aż do utraty odpowiedzi. Jest to ogromna zmiana na plus, nad którą pracowało Polskie Towarzystwo Gastroenterologii i Konsultant Krajowy w dziedzinie gastroenterologii. Ministerstwo Zdrowia spełniło wiele naszych życzeń, nie tylko w zakresie nowych terapii, ale także w zakresie ryczałtu na dodatkowe badania niesłychanie ważne do monitorowania, tj. badanie poziomu leku, badanie kalprotektyny. Za to też dziękujemy, tylko że ten ryczałt nie został wyceniony. Możemy robić te badania, ale w ramach starego ryczałtu, który ledwie wystarczał na podstawowe badania. Postulujemy również o refundację nowych leków i nowych form leków, już refundowanych. Bardzo ważna dla nas jest refundacja postaci podskórnej wedolizumabu. Ta forma leku kosztuje tyle samo, co postać dożylna, ale pacjent nie musi przychodzić do szpitala na podanie dożylna, nie musi przyjeżdżać z drugiego końca Polski, nie zajmuje pielęgniarki, nie zajmuje lekarza. Teraz w napiętej sytuacji służby zdrowia, kiedy większy wysiłek będziemy musieli włożyć pomagając uciekającym pacjentom z Ukrainy i spłacając dług zdrowotny dwóch lat pandemii COVID-19, lek, który

pacjent może sobie podawać podskórnie w domu wydaje się być dużą oszczędnością dla budżetu NFZ. Z racji, że mamy dostępne coraz tańsze leki biopodobne również podawane podskórnie postulujemy, aby zostały one przeniesione z programu lekowego do wykazu aptecznego leków przepisywanych na receptę. Nie mówię o okresie początkowym, kiedy pacjent wchodzi w terapię, ale mówię o przedłużonym etapie, kiedy pacjent wchodzi w etap remisji. Taki pacjent mógłby być przyjmowany w poradni raz na pół roku, a w międzyczasie przyjmować lek wydawany na receptę w aptece. Myślę, że należałoby rozważyć, czy nie jest to czas, żeby z jednej strony wprowadzać nowe rozwiązania leków innowacyjnych o tym samym koszcie, a z drugiej strony, żeby pomyśleć o tym, żeby tanie leki biopodobne były dostępne w aptece otwartej, oczywiście na receptę ordynowaną przez lekarza. Kolejnym problemem jest angażowanie bardzo wielu ludzi w sprawozdawczość do NFZ, szczególnie jeśli chodzi o programy lekowe. System jest bardzo skomplikowany i czasochłonny. Na przykładzie ośrodka, który od lat prowadzę i w którym leczymy biologicznie w ramach programów lekowych B.32 i B.55 w tej chwili do obsługi tylko programów lekowych skierowanych jest pięciu lekarzy, trzy pielęgniarki i dwie sekretarki. To jest niestety bardzo duży sztab ludzi. Ci lekarze muszą codziennie, każdego pacjenta zbadać, a to jest 20-25 pacjentów dziennie, więc uproszczenie tego systemu miałooby dla nas ogromne znaczenie. Bardzo ważne jest natomiast wprowadzenie i wycenienie modelu kompleksowej i koordynowanej opieki nad pacjentami z nieswoistymi chorobami zapalnymi jelit, który poprawi jakość leczenia i zmniejszy koszty opieki nad chorymi. Co taki model może nam dać? Nam o to chodzi, żeby pacjent leczony na chorobę Leśniowskiego-Crohna, czy wrzodziejące zapalenie jelita grubego mógł w ośrodku, w którym się leczy otrzymać każdą pomoc. Jeśli powinien się zoperować, to w tym ośrodku powinien być ośrodek chirurgiczny. W tej chwili widzimy ośrodki, gdzie do drenażu przetok wysyła się pacjenta na drugi koniec miasta i przynosi z powrotem do ośrodka leczenia biologicznego. Nasza idea jest prosta, czyli stworzenie wielodyscyplinarnych ośrodków eksperckich, które będą dysponować wszystkim, czego pacjent wymaga w kompleksowej opiece. Jest to opieka dietetyka, psychologa, chirurga, diagnostyka, leczenie biologiczne i monitorowanie, czyli coś, co od dawna funkcjonuje w wielu krajach Europy. Pacjenci z nieswoistymi chorobami zapalnymi jelit, to w większości młodzi ludzie, którzy powinni mieć prawo do tego, aby aktywnie żyć i pracować. Raport Instytutu Zarządzania w Ochronie Zdrowia pokazał, że grupa F58, do której wlicza się nieswoiste choroby zapalne jest rozliczana wszędzie, gdzie nic się tym pacjentom nie oferuje - w SOR-ach, poradniach chirurgicznych, w małych poradniach powiatowych. Dlatego chcielibyśmy, żeby rozliczanie skupić w ośrodkach terapii kompleksowej, których może być ok. dwadzieścia w Polsce. Powinny mieć ten sam standard opieki i pracować na tym samym poziomie w oparciu o te same wskaźniki efektywności. Reasumując, naprawdę wiele się zmieniło w refundacji leków, w programach lekowych w gastroenterologii. Jesteśmy niesłychanie wdzięczni, ale z drugiej strony u nas też nie zmieniły się ryczałty na świadczenia. To jest też rzecz, którą należy zrobić. Czekamy również na refundację podskórnej postaci wedolizumabu oraz nowych leków zarejestrowanych w Unii Europejskiej.

Lek. Krzysztof Łanda, Założyciel Fundacji Watch Health Care

Zacznijmy od problemów związanych z uchodźcami z Ukrainy. Są problemy, ale jest także szansa. Polski system ochrony zdrowia był do tej pory niewydolny – może 3 miliony lub więcej uchodźców zmusi rząd do podjęcia poważnych reform? Obawiam się, że jeżeli przybędzie dziesiątki czy setki tysięcy pacjentów w Polsce, to ten system czeka zawał. Jako Fundacja Watch Health Care od 2010 r. monitorujemy dostęp do świadczeń zdrowotnych w Polsce, zarówno, jeśli chodzi o Barometr kobiecy, czyli projekt „kobieta w kolejce”, jak i ten ogólny, badający dostęp do wskaźnikowych świadczeń zdrowotnych we wszystkich dziedzinach medycyny. Duży napływ kobiet i dzieci z Ukrainy, spowoduje dodatkowe obciążenie dyscyplin zabiegowych, przede wszystkim w: chirurgii i ginekologii. To już widać na ścianie wschodniej, szczególnie przy granicy. Także pediatra i te specjalności, które zajmują się dziećmi będą miały dodatkowe obciążenie. Wiem, że nasi lekarze pracujący w tej chwili na granicy robią, co mogą. Planowane jest otwarcie szpitali polowych na ścianie wschodniej. Duży wysiłek położony jest na ruch pacjentów ze ściany wschodniej w głąb kraju. Natomiast, ja bym oczekiwał odwrotnego kierunku, jeśli chodzi o medyków. Apelowalibyśmy, żeby polskie środowiska lekarskie i międzynarodowe organizacje medyczne poprosiły lekarzy z państw zachodnich, żeby choćby w sposób rotacyjny, ale przyjechali na ścianę wschodnią i pomogli naszym lekarzom w pracy. Chodzi zresztą nie tylko o lekarzy, ale i o pielęgniarki. Jest także problem ze szczepieniami, z identyfikacją dzieci, które często nie mają żadnego dowodu tożsamości, nie mówiąc o tym, że nie wiemy, jakie szczepienia przeszły w przeszłości. W najnowszym Barometrze WHC przeanalizowano dostęp do 75 świadczeń z 13 dziedzin medycyny. Po raz pierwszy Barometr WHC poświęcono wyłącznie kobietom – zmierzono kolejki do leczenia chorób, na które kobiety zapadają częściej oraz typowo kobiecych, jak rak piersi czy rak jajnika. Przeanalizowano też dostęp polskich pacjentek do innowacyjnych terapii. Wynika z niego, że średni czas oczekiwania kobiet, jeśli chodzi o wszystkie świadczenia wskaźnikowe, to średnio 3 miesiące. W porównaniu z wynikiem Barometru WHC z 2021 r., który obejmował wszystkich pacjentów bez względu na płeć, to o kilka, kilkanaście dni krócej (wówczas średni czas oczekiwania na wszystkie świadczenia wynosił 3,4 miesiąca). Jeśli zaś chodzi o świadczenia wykonywane wyłącznie u kobiet, czas oczekiwania wynosi 2,2 miesiąca. Czas oczekiwania wizytę u specjalisty dla kobiet wynosi 3,7 miesiąca. W ubiegłym roku dla wszystkich pacjentów bez względu na płeć ten czas wynosił 2,9 miesiąca. Czas oczekiwania dla kobiet na dostęp do badań diagnostycznych wynosi obecnie 2,4 miesiąca. W ubiegłym roku czas oczekiwania dla wszystkich pacjentów wynosił 1,9 miesiąca. Średni czas oczekiwania na świadczenia wykonywane wyłącznie u kobiet to 2,2 miesiąca, z czego na 31 zdefiniowanych świadczeń przeznaczonych wyłącznie dla kobiet 7 przekracza średni czas oczekiwania. W przypadku rekonstrukcji piersi – wymiany ekspandera na endoprotezę piersiową średni czas oczekiwania wynosi 13,1 miesiąca. W przypadku rekonstrukcji piersi – wstawienia implantu typu ekspander wynosi 7 miesięcy. Czas oczekiwania na operacje wypadania macicy metodą podwieszania z dostępem laparoskopowym wynosi 5,3 miesiąca. Czas oczekiwania na operację nietrzymania moczu metodą TOT wynosi 4,7 miesiąca. Czas oczekiwania na waginoplastykę wynosi 2,4 miesiąca, na laparoskopię diagnostyczną – 3,6 miesiąca, na histeroskopię diagnostyczną 2,5 miesiąca.



Prof. Brygida Kwiatkowska, Konsultant Krajowa w dziedzinie Reumatologii, Kierownik Kliniki Wczesnych Zapaleń Stawów Narodowego Instytutu Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji (NIGRIR) im. prof. Eleonory Reicher, zastępca dyrektora NIGRIR



Jeśli chodzi o reumatologię, to wśród uchodźców dominują kobiety, a więcej kobiet choruje na zapalne choroby reumatyczne niż mężczyzn, więc z tym problemem będziemy się musieli zderzyć. To co jest istotne to, że nawiązaliśmy współpracę ze wszystkimi ośrodkami z Ukrainy, z którymi można nawiązać współpracę. Jesteśmy w kontakcie z Europejską Ligą Reumatologiczną, która wstępnie zadeklarowała, że będzie mogła udzielić nam grantu na zatrudnienie lekarzy z Ukrainy. Będą oni mogli być koordynatorami pacjentów z Ukrainy cierpiących na choroby reumatyczne. Dużym problemem jest bariera językowa. W tej chwili zatrudniamy jedną z lekarek u nas w Instytucie, która uciekła z Kijowa z powodu wojny, ale ta lekarka nie zna języka polskiego, dlatego będzie dla nas przydatna, będąc koordynatorem porozumiewania się między lekarzami, a pacjentami którzy nie są w stanie mówić w innym języku, niż ukraiński. Mamy w Instytucie sporo dzieci, które chorują na choroby reumatyczne i z tym sobie radzimy. Staramy się zarządzać problemem leczenia pacjentów z Ukrainy, chociaż nie jest to proste, ze względu na trudności z obsługą polskich pacjentek, bo są kolejki do reumatologa.

Prof. Jacek Roźniecki, Kierownik Kliniki Neurologii, Udarów Mózgu i Neurorehabilitacji Uniwersytetu Medycznego w Łodzi



Obecnie mamy zarejestrowane w Unii Europejskiej „nowe” leki w terapii migreny przewlekłej. Są to toksyna botulinowa (OnobotulinumtoxinA) (od 12 lat) i przeciwciała monoklonalne anty-CGRP oraz anty CGRP-R (od 4 lat). Problem leczenia migreny jest dobrze zidentyfikowany. Także w Polsce w 2021 r. opracowaliśmy, jako Polskie Towarzystwo Neurologiczne, Strategię dla Polskiej Neurologii, w której zaadresowane są problemy najczęstszych i najważniejszych chorób neurologicznych, w tym migreny, zwłaszcza migreny przewlekłej. Statystycznie można powiedzieć, że kobiety chorują nawet trzy-cztery razy częściej na migrenę niż mężczyźni. Nie jest to choroba śmiertelna, ale jest to choroba obciążona olbrzymią czasową niepełnosprawnością i obniżoną produktywnością. W okresach, kiedy kobieta cierpiąca na migrenę doznaje ataków migreny, to na intensywny ból wraz z silnymi towarzyszącymi mu objawami autonomicznymi, jak nudności, wymioty i nadwrażliwość na bodźce oraz fakt wzmaganie się tych wszystkich objawów przy niemal jakiegokolwiek aktywności ruchowej uniemożliwiają normalne funkcjonowanie zawodowe i rodzinne. Migrena przewlekła, to taka postać migreny, którą cechuje bardzo duża częstość dni z bólem głowy w ciągu miesiąca (co najmniej 15), z których co najmniej 8 jest bólem migrenowym. W kryteriach rozpoznania migreny przewlekłej brane są pod uwagę nie tylko dni z jakimkolwiek bólem głowy, ale również częstość napadów migreny. Można powiedzieć, że ci pacjenci są praktycznie wyłączeni z życia i nie mogą pracować. Także często tracą pracę, albo nie mogą jej na stałe pozyskać. Koszty bezpośrednie, jak koszt leków, konsultacji lekarskich, wizyt w SOR i badań dodatkowych, choć większe niż w przypadku migreny epizodycznej, są w migrenie przewlekłej znacząco niższe od kosztów pośrednich – utraty produktywności. Koszty

pośrednio związane są przede wszystkim z utratą pracy, niepełnosprawnością albo nieobecnością w pracy tzw. absenteizmem lub prezenteizmem, czyli obecnością w pracy, ale kiedy pacjenci są zupełnie niewydajni, bez względu na to, czy pracują umysłowo, czy fizycznie. Te koszty są 3-4 razy większe niż w migrenie epizodycznej. Od pewnego czasu mamy możliwości wymiernej pomocy tym pacjentom. Niestety nie wszyscy pacjenci mogą sobie pozwolić na kupno leków za własne środki. Oczekujemy na refundację publiczną toksyny botulinowej i przeciwciał monoklonalnych w ramach programu lekowego do leczenia migreny przewlekłej. W Polsce mamy od dwunastu lat możliwość leczenia za pomocą toksyny botulinowej spastyczności poudarowej oraz dystonii ogniskowych. I w tych wskazaniach jest to lek refundowany w ramach programów lekowych. Zasady stosowania tego leku są sparametryzowane i kontrolowane, a pacjenci mają wybitną korzyść z terapii. Wiemy, że toksyna botulinowa jest równie skuteczna w migrenie przewlekłej. Niestety nie możemy zastosować tego leku dla potrzebujących choćby kilku tysięcy pacjentów, bo ciągle jest nierefundowany. Druga metoda, którą możemy oferować pacjentom z migreną przewlekłą to leki biologiczne, czyli przeciwciała monoklonalne. Są to leki podawane podskórnie i, podobnie jak toksyna botulinowa, są świetnie tolerowane. Te dwie metody terapii migreny przewlekłej – toksyna botulinowa oraz przeciwciała monoklonalne przeciwko CGRP/CGRP-R bardzo znacząco pomagają zarówno u pacjentów, którzy byli odporni na wcześniejsze terapie klasycznymi lekami doustnymi lub w ogóle tych terapii nie tolerowali, jak i pacjentom, którzy do tej pory nie byli leczeni. Są skuteczne i bardzo dobrze tolerowane u chorych, którzy nie reagowali na wcześniejsze terapie i którzy nie mogą z nich korzystać z powodu objawów niepożądanych. Ponadto pomagają pacjentom, którzy dodatkowo mają depresję lub zespół lękowy, a aż połowa chorych na migrenę przewlekłą ma depresję i prawie 60 proc. ma zespół lękowy, które dodatkowo wpływają na życie codzienne, ale również komplikują leczenie choroby podstawowej. Pacjenci z migreną przewlekłą, którzy nie są skutecznie leczeni rozwijają bardzo często ból głowy z nadużywania leków (MOH – medication overuse headache), w dawnej nomenklaturze nazywany także „ból głowy z odbicia”. Najczęściej nadużywane są leki najłatwiej dostępne, czyli nieopioidowe leki przeciwbólowe, które można kupić bez recepty w aptece, a nawet w sklepach spożywczych czy na stacjach benzynowych, ale także leki z grupy tryptanów. Prowadzi to często także do licznych powikłań ogólnonarządowych. Dlatego biorąc pod uwagę bezpieczeństwo, tolerancję i skuteczność terapii, oraz compliance i adherencję do terapii, migrenę przewlekłą należy leczyć za pomocą toksyny botulinowej i przeciwciał monoklonalnych. Pacjenci bardzo niecierpliwie czekają na refundację publiczną tych leków.

*Dr Katarzyna Pogoda, Klinika Nowotworów Piersi i
Chirurgii Rekonstrukcyjnej NIO PIB*

Ok. 10-15% chorych na raka piersi, to pacjentki, u których postawiono diagnozę - rak potrójnie ujemny. To jest rak, który charakteryzuje się najgorszym rokowaniem i częściej występuje u młodych kobiet. Potrójnie ujemny rak piersi jest ogromnym wyzwaniem terapeutycznym, zwłaszcza w przypadku choroby przerzutowej. To jest niestety nowotwór, który w porównaniu do innych podtypów raka piersi: HER2-dodatniego, czy raków luminalnych, rokuje najgorzej. Na szczęście pojawia się nowa terapia: koniugat - sacytuzumab gowitekan, czyli przeciwciało monoklonalne połączone z cząstką chemioterapeutyku. Sacytuzumab gowitekan poprawia rokowania pacjentek, przedłuża czas przeżycia oraz czas do progresji choroby. Członkowie Zarządu Polskiego



Towarzystwa Onkologii Klinicznej umieścili sacytuzumab govitekan na liście priorytetów refundacyjnych na 2022 r. W terapii raka piersi rozpoczyna się era nowoczesnych koniugatów. Sacituzumab govitekan to koniugat, który jest skuteczny u chorych na potrójnie ujemnego raka piersi. Doświadczenia z tym lekiem pochodzą z międzynarodowych badań klinicznych przeprowadzonych w ośrodkach onkologicznych w Europie i USA.

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

W przypadku Polek skraca się oczekiwana długość życia oraz oczekiwana długość życia w dobrym stanie zdrowia. Te parametry świadczą o niewydolności nie tylko systemu ochrony zdrowia, ale i o głębszych zjawiskach cywilizacyjnych. W 60% gmin w województwie mazowieckim nie ma ginekologów, którzy działają w ramach kontraktu z NFZ. Pokazuje to, że problemy, które mamy do rozwiązania są ogromne. Z drugiej strony mamy nowe leki, które działają wybiórczo na ściśle zdefiniowane grupy chorych i charakteryzują się wyjątkową dużą skutecznością, przy niewielkiej toksyczności. Na pewno udostępnienie polskim chorym tych terapii jest podstawowym wyzwaniem. Do Polski przybyło ponad 2 mln uchodźców, z czego 700 tys. to dzieci, czyli pozostaje około 1,3 mln osób, z których większość to są kobiety. W związku z tym, wśród tych kobiet należy liczyć się z profilem zachorowań na typowo kobiece nowotwory: raka piersi, raka szyjki i trzonu macicy oraz raka jajnika. Zgodnie ze wszystkimi regułami postępowania możemy je leczyć tak samo, jak leczymy obywateli polskich, a wszystkie problemy związane z refundowaniem terapii muszą być rozstrzygnięte. Ale wielkim wyzwaniem jest objęcie tych osób wszystkimi działaniami profilaktycznymi, to znaczy programem szczepień ochronnych. Jest to szczególnie istotne dla dzieci. Musimy objąć te kobiety programem wszelkich działań profilaktycznych, takich jak działania dotyczące profilaktyki raka szyjki macicy, czy raka piersi.



Prof. Radosław Mądry, Kierownik Oddziału Ginekologii Onkologicznej Szpitala Klinicznego im. Heliodora Świątcickiego UM w Poznaniu, prezes elekt Polskiego Towarzystwa Ginekologii Onkologicznej

Rak jajnika jest nowotworem, w którym musimy przede wszystkim edukować kolegów lekarzy i przekonywać pacjentki, żeby leczyły się w takich miejscach, gdzie istnieje kompleksowość opieki. W tej chwili w Polsce bariery związane z dostępem do leków istnieją tylko w głowach lekarzy. Obecnie mamy zarówno finansowanie badań genetycznych, jak i nowoczesnych leków. Więc, jeżeli w danym ośrodku, gdzie leczy się raka jajnika, ktoś rozumie istotę tych badań i ma podpisane umowy, to ma, że tak powiem dostępne standardowe postępowanie dotyczące raka jajnika. Oczywiście możemy przekonywać i starać się uświadamiać pacjentki, jak ważna jest wiedza na temat mutacji. Jest to na pewno sensowne dla ogólnego podnoszenia wiedzy w społeczeństwie, ale tak naprawdę to na lekarzach spoczywa odpowiedzialność przeprowadzenia właściwej diagnostyki w laboratoriach, które mają doświadczenie. Badania molekularne są koniecznością, jeśli chcemy mówić o optymalizacji leczenia. Nie istnieje leczenie raka



piersi bez wiedzy na temat występowania ekspresji receptorów estrogenowych, progesteronowych, czy HER2. Tak samo, w raku jajnika nie wyobrażamy sobie leczenia bez wiedzy na temat występowania mutacji w genach BRCA1, BRCA2, uszkodzenia z udziałem systemu homologicznej rekombinacji i to powinno być standardem.

W raku endometrium (trzonu macicy), który najczęściej rozwija się u kobiet po menopauzie w Polsce mamy problem zdecydowanie bardziej systemowy. To jest jedyny nowotwór ginekologiczny, który przyrasta w sposób dramatyczny. Wzrost odnotowany w latach 2005-2019 wyniósł ok. 40% nowych zachorowań. To jest związane głównie z otyłością, ze starzeniem się populacji i z mniejszą dzietnością. W 2005 r. odnotowano ok. 18% zgonów w stosunku do zachorowań. Natomiast w 2019 r. – już ok. 31%. Leczenie, które się pojawiło daje na pewno szanse do wydłużenia życia i zmienienia rokowania chorych, które będą miały zaawansowany proces lub będą miały progresję choroby. Jednak tutaj u w kwietniu 2021 r. zarejestrowano w Unii Europejskiej pierwsze przeciwciężko PD1 do stosowania w nawrotowym zaawansowanym raku endometrium. Jest to dostarlimab w leczeniu nawrotowego lub zaawansowanego raka endometrium u kobiet, które wcześniej były leczone nieskutecznie. Zarejestrowanie dostarlimabu, to bardzo ważny sygnał pokazujący, że rak endometrium jest nowotworem, w którym leczenie za pomocą leków immunomodulujących będzie miało istotną rolę. I przed nami stoją istotne wyzwania systemowe, żeby poprawić diagnostykę i leczenie raka trzonu macicy w Polsce.

Chciałbym również podkreślić, jak ważne są szczepienia przeciwko HPV w profilaktyce raka szyjki macicy. Jest to kluczowy element Narodowej Strategii Onkologicznej, ale nadal nie ma rozwiązań systemowych tej kwestii. Szczepienia przeciwko HPV od dawna powinny być wpisane w kalendarz szczepień dla dziewczynek i chłopców. Dane publikacji pochodzące ze Szwecji i z Wielkiej Brytanii wykazały dramatyczną redukcję występowania raka szyjki macicy w populacjach wyszczepionych. Kanada, która prowadzi szczepienia przeciwko HPV i jest podobna populacyjnie do Polski odnotowuje rocznie ok. 100 zachorowań na raka szyjki macicy, a Polska ok. 1,7 tys. zachorowań.

Prof. Marek Wojtukiewicz, Kierownik Kliniki Onkologii UM w Białymstoku oraz Oddziału Onkologii Klinicznej Białostockiego Centrum Onkologii

Rak trzustki to bardzo trudny nowotwór, zarówno w diagnostyce, jak i leczeniu. Wprawdzie stanowi tylko ok. 3% wszystkich nowotworów, ale spośród ok. 4 tys. rejestrowanych nowych przypadków rocznie, aż 3 tys. to raki pierwotnie rozsiane. Z czego to wynika? Nie mamy tak dobrych badań przesiewowych, jak w przypadku nowotworów ginekologicznych albo raka piersi. W przypadku raka trzustki, takich badań nie ma i prawdopodobnie na razie nie będzie. Przekłada się to niestety na



bardzo bolesne statystyki, jeżeli chodzi o okres przeżycia pacjentów. Rok przeżywa około 20% chorych od rozpoznania do zgonu. Pięcioletnie przeżycia wynoszą kilka procent, a 10-letnie około 1%. Niestety leczyć chirurgicznie można tylko ok. 20% chorych. Chodzi o przypadki pierwotnie resekcyjne, jak również granicznie resekcyjne. Pozostałe przypadki kwalifikują się na leczenie systemowe, w którym od lat nie odnotowano wielkiego postępu. Możliwości poprawy leżą w leczeniu skojarzonym, w którym wykorzystuje się chemioterapię adiuwantową albo w niektórych przypadkach neoadiuwantową. Niestety większość przypadków raka trzustki i tak przechodzi w formę rozsianą i kończy się tragicznie.

Natomiast reszta chorych musi być leczona systemowo od początku i to leczenie niestety jest utrudnione z uwagi na kilka czynników. Po pierwsze, biologia tego nowotworu obejmuje bardzo małą ilość naczyń, a zatem leki nie mogą docierać do komórek nowotworowych. Dodatkowo odnotowujemy małą ilość komórek immunokompetentnych i dużą ilość mutacji w komórkach nowotworowych raka trzustki. W związku z tym leczenie celowane oraz immunoterapia są nieefektywne. Pozostają nam nowe formy podawania leków, które poprzednio były wprowadzane. Jeśli chodzi o pierwszą linię leczenia, to takim lekiem wprowadzonym około dekady temu był nanocząsteczkowy paklitaksel stosowany z decytabiną. Innym schematem stosowanym w pierwszej linii jest schemat FOLFIRINOX, czyli chemioterapia z zastosowaniem: oksaliplatyny, irynotekanu, folinianu wapniowego, fluorouracylu, który teraz jest zmodyfikowany i mniej toksyczny. One dają podobne przeżycia i są równorzędne. W drugiej linii mamy do dyspozycji irynotekan liposomowy w leczeniu gruczolakoraka trzustki z przerzutami, w połączeniu z 5-fluorouracylem (5-FU) i leukoworyną (LV), u dorosłych pacjentów z progresją choroby po terapii opartej na gemcytabinie. Irynotekan liposomowy jest pierwszym i jedynym lekiem zarejestrowanym dla dorosłych pacjentów z przerzutowym rakiem trzustki, wykazujących progresję choroby po terapii opartej na gemcytabinie, którego skuteczność w zakresie istotnego przedłużenia OS została wykazana w randomizowanej próbie klinicznej, Badanie wykazało istotne statystycznie i znaczące klinicznie wydłużenie przeżyć całkowitych o 45%. Po 12 miesiącach terapii nadal żyło 26% pacjentów stosujących terapię opartą na irynotekanie liposomowym (vs 16% grupa porównywana). Zamknięcie cząsteczki leku irynotekan liposomowy w nanoliposomie pozwala na wydłużenie czasu obecności i aktywności leku w obrębie guza nowotworowego oraz zwiększa konwersję do aktywnego metabolitu i wydłuża czas na jego ekspozycję. Oczekujemy, że ta opcja terapeutyczna będzie wkrótce refundowana publicznie dla chorych na raka trzustki w Polsce.

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

Problem uszkodzeń okołoporodowych oraz inkontynencji u kobiet po porodzie jest problemem niedoszacowanym i niezauważalnym w Polsce. Dane epidemiologiczne wykazują te problemy na poziomie 1%, co jest zupełnie rozbieżne z danymi europejskimi i potwierdza niedoszacowanie tego problemu w Polsce. W Anglii uszkodzenia kształtują się na poziomie 6%. Te uszkodzenia to mechaniczne uszkodzenia zwieraczy odbytu podczas porodu, które doprowadzają do nietrzymania stolca, które ujawnia się stosunkowo krótko po porodzie. Nietrzymanie stolca po porodzie jest jednostką chorobową, która ma absolutnie dewastujący wpływ na zdrowie kobiety: brak kontynencji wymusza m. in. konieczność noszenia wkładek czy pieluch, w sposób istotny wpływa na aktywność życiową, seksualną, zawodową, spędzanie czasu wolnego. Dodatkowo powoduje ciężką dysfunkcję seksualną i psychiczną. Mechaniczne uszkodzenia zwieraczy odbytu można - i należy - rozpoznawać i leczyć niemal natychmiast, lub w krótkim czasie po porodzie. Im szybciej zwieracz zostanie zaopatrzony, tym większa szansa, że naprawa będzie wysoce skuteczna. Jako wysoką skuteczność rozumiemy prawidłową pracę zwieracza w długim okresie czasu. Dlatego uważam za niezbędne objęcia tych Pacjenteń uporządkowanym programem opieki już od czasu rozpoznania uszkodzenia zwieraczy



ze szczególnym zwróceniem uwagi na pilność postępowania diagnostycznego, chirurgicznego i szalenie ważnego postępowania rehabilitacyjnego oraz uprzywilejowanie w otrzymywaniu porad ambulatoryjnych. Należy te procedury odpowiednio wycenić i refundować w ramach świadczeń NFZ.

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

Problem pomocy psychologicznej pacjentom onkologicznym jest bardzo złożony, szczególnie w okresie pandemii COVID-19, a teraz wojny na Ukrainie. Po pierwsze mamy bardzo silny lęk spowodowany chorobą i otaczającym nas światem. Dla wielu ludzi jest to strach przekraczający możliwości zaradcze. Każdy z nas na swój sposób przeżywa to, co się dzieje w diametralnie zmienionej rzeczywistości. Dodatkowo mamy osoby chore onkologicznie, które boją się o swoje życie i zdrowie. Jednocześnie obawiają się przerwania leczenia i sytuacji, gdyby nastąpiła eskalacja wojny w kierunku Polski. Takie rozmowy osób chorych są już na porządku dziennym. Dodatkowo mamy dwie grupy pacjentek. Polki obawiają się wydłużenia oczekiwania na diagnostykę, operacje i leczenie, ponieważ pojawia się coraz więcej chorych pacjentek z Ukrainy. To jest zupełnie niepotrzebny niepokój, ale niestety towarzyszy naszym chorym. Ukrainki są zagubione, mają problemy językowe, a część z nich ma już objawy stresu pourazowego, u innych dominuje lęk i poczucie zagubienia. Dlatego też nie powinniśmy zostawiać naszych pacjentek bez pomocy psychologicznej i psychiatrycznej. Dodatkową grupą, o której nie możemy zapominać jest personel medyczny – lekarze, pielęgniarki i my wszyscy, którzy pracujemy i będziemy się mierzyć z ogromnym lękiem pacjentów, a jednocześnie ze swoimi ograniczeniami i zmęczeniem. Granica pomiędzy zmęczeniem a wypaleniem zawodowym jest bardzo cienka i nie możemy o tym zapominać. Dlatego też pomoc w zakresie zdrowia psychicznego dla osób chorych i personelu medycznego stała się bardzo poważnym wyzwaniem.



Dr Jakub Gierczyński, Ekspert systemu ochrony zdrowia

Z perspektywy klinicystów i pacjentów w Polsce kluczowe jest utrzymanie pozytywnego i rosnącego trendu poprawy dostępu refundacyjnego do nowych leków. Od 2018 r. następuje wyraźne „nadrabianie zaległości” w refundacji nowych leków i nowych wskazań, już refundowanych leków. Wg danych Ministra Zdrowia w 2021 r. zrefundowano 65 cząsteczko-wskazań, w 2020 r. – 49, w 2019 r. – 43, a w 2018 r. – 36. W materiale, który został przygotowany na dzisiejsze spotkanie, znalazła się informacja o nowych lekach lub nowych wskazaniach, które oczekują na refundację publiczną. Są to leki przeciwnowotworowe w terapii raka piersi, raka trzustki, raka szyjki i trzonu macicy, czy szpiczaka plazmocytozy. W kolejce do refundacji publicznej stoją leki w terapii migreny przewlekłej. Oczekujemy na złagodzenie kryteriów refundacyjnych leków stosowanych w cukrzycy – inkretyn i flozyn. Mówimy o systemach monitorowania glikemii, czyli o wyrobach medycznych i e-zdrowiu. W przypadku gastroenterologii oczekujemy na refundację terapii podskórnych oraz wycenie świadczeń. Pokazuje to różnorodność rozwiązań, które muszą być wprowadzone do systemu refundacji publicznej. Pamiętajmy także o narastającym długi zdrowotnym. Ten dług zdrowotny narasta, tak naprawdę już od dekad, bo system



ochrony zdrowia jest od dekad niedofinansowany. Optymistycznym kierunkiem jest to, że w 2023 r. będzie już 160 miliardów złotych publicznych środków przeznaczonych na system ochrony zdrowia. W 2021 r. Narodowy Fundusz Zdrowia przeznaczył 120 miliardów złotych na świadczenia, a plan NFZ na 2022 r. już teraz wynosi 120 mld zł. A więc na szczęście, przy tych wszystkich wyzwaniach i kryzysach, które nas dotyczą, czyli wieloletnie niedofinansowanie systemu ochrony zdrowia, braki kadr medycznych, słaba informatyzacja systemu, dwuletni okres pandemii COVID-19, a teraz wojna w Ukrainie, my-podatnicy na szczęście jesteśmy w stanie finansować system ochrony zdrowia i musimy go dalej finansować i oby to finansowanie wzrastało, aż do standardowego dla OECD i Unii Europejskiej 9% poziomu PKB.

Na stronie internetowej Medycznej Racji Stanu (<https://medycznaracjastanu.pl/raporty/>) jest pełny i darmowy dostęp do 18 opublikowanych raportów (ten raport będzie 19-ty).

4. Wnioski i Rekomendacje

Wnioski	Rekomendacje
Kobiety stanowią połowę polskiego społeczeństwa odgrywając kluczowe role społeczne. Wg badań kobiety na pierwszym miejscu wartości wymieniają swoje zdrowie, ale tylko połowa z nich bada się regularnie i dba o swój stan zdrowia.	Zdrowie kobiety powinno być traktowane priorytetowo w polskim systemie ochrony zdrowia.
W przypadku kobiet, nadumieralność w Polsce dotyczy przede wszystkim chorób układu krążenia oraz nowotworów.	Choroby układu krążenia oraz nowotwory – rak piersi, trzustki, trzonu macicy i rak jajnika powinny być traktowane priorytetowo w profilaktyce, diagnostyce, terapii i rehabilitacji w populacji kobiet w Polsce.
Mutacje w genach BRCA 1/2 mogą być przyczyną wystąpienia raka jajnika, raka piersi, raka trzustki i raka prostaty.	Rekomendowane jest stworzenie wytycznych dotyczących diagnostyki w kierunku mutacji w genach BRCA, które skupią się na wszystkich nowotworach BRCA-zależnych i wprowadzenie ich do codziennej praktyki.
Rak jajnika jest najgorzej rokującym nowotworem ginekologicznym, dlatego tak ważne jest, aby nowozdiagnozowane pacjentki otrzymały jak najskuteczniejsze leczenie na samym początku postępowania medycznego.	Rekomenduje się udostępnienie pacjentkom chorującym na raka jajnika możliwości równoczesnego stosowania bewacyzumabu i olaparybu.
„Program opieki nad rodzinami wysokiego, dziedzicznie uwarunkowanego ryzyka zachorowania na nowotwory złośliwe”, który z końcem 2021 r. został przedłużony	Rekomenduje się pracę nad nową, kompleksową odsłoną, zaktualizowaną o najnowsze doniesienia medyczne „Programu opieki nad rodzinami wysokiego, dziedzicznie uwarunkowanego ryzyka

<p>do lipca 2022 r. w celu poprawy nowego projektu. Z programu tylko w 2020 r. skorzystało 22 670 pacjentów.</p>	<p>zachorowania na nowotwory złośliwe", w tym dodanie wszystkich nowotworów BRCA-zależnych.</p>
<p>Według danych z KRN w 2017 roku w Polsce stwierdzono 18 529 nowych zachorowań na raka piersi, a zmarło z jego powodu 6 670 kobiet. Szczyt zachorowań występuje u kobiet 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>Rekomendowana jest publiczna refundacja leku trastuzumab derukstekan w II linii leczenia HER2-dodatniego przerzutowego raka piersi, bądź w dalszych liniach, jeśli lek ten nie został wykorzystany w II linii leczenia.</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>Pod względem przyczyn zgonów z powodu chorób nowotworowych rak trzustki zajmuje 6. pozycję. Jest jednym z najgorzej rokujących nowotworów – szansę na 5-letnie przeżycie ma zaledwie ok 5% pacjentów, a rok od postawienia diagnozy przeżywa zaledwie 25 proc. chorych.</p>	<p>Rekomendowana jest refundacja publiczna irynotekanu liposomowego w leczeniu gruczolakoraka trzustki z przerzutami, w połączeniu z 5-fluorouracylem (5-FU) i leukoworyną (LV), u dorosłych pacjentów z progresją choroby po terapii opartej na gemcytabinie.</p> <p>Rekomenduje się refundację olaparybu u pacjentek z mutacjami BRCA.</p>
<p>Od maja 2021 r. iksazomib jest refundowany w schemacie IRd w ramach programu lekowego leczenie chorych na opornego lub nawrotowego szpiczaka plazmocytozowego (ICD10 C90.0) dla populacji dorosłych pacjentów ze szpiczakiem plazmocytozowym, z wysokim ryzykiem cytogenetycznym, stanowiącym czynnik prognostyczny o największym negatywnym znaczeniu rokowniczym.</p>	<p>Rekomendowana jest refundacja publiczna iksazomibu we wcześniejszej linii leczenia tak, aby pacjenci HR byli w pełni zaopiekowani i mogli odnieść największą korzyść kliniczną.</p>
<p>Spśród chorób przewlekłych kobiety cierpią głównie na choroby autoimmunologiczne. Dotykają one kobiet aż 2-3 razy częściej niż mężczyzn. Cechą</p>	<p>Rekomendowana jest refundacja publiczna podskórnej formy wedolizumabu w terapii nieswoistych chorób zapalnych jelit.</p>

<p>chorób autoimmunologicznych jest to, że pojawiają się przed 30. rokiem życia.</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 dulaglutytu i 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 pacjentów po 18 r.ż. oraz kobiet z cukrzycą ciążową i przedciążową.</p>
<p>HPV to wirus wywołujący raka szyjki macicy oraz inne nowotwory i 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 Zwalczania Raka zakłada zaszczepienie co najmniej 90% populacji docelowej dziewcząt oraz znaczne zwiększenie liczby szczepień chłopców do 2030 roku.</p>	<p>Rekomendowana jest refundacja publiczna szczepień przeciwko HPV wśród dziewcząt i chłopców w Polsce.</p>
<p>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. Analiza</p>	<p>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.</p>

<p>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.</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 uszkodzenie zwieraczy w trakcie porodu u kobiet.</p>	<p>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.</p> <p>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.</p>
<p>Bezpieczeństwo lekowe powinno opierać się na produkcji przez krajowych wytwórców i API produkowanym w Polsce lub w krajach UE.</p>	<p>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.</p>

5. Kluczowe informacje przygotowane na debatę przez Medyczną Rację Stanu z zakresu Zdrowia Kobiety

Onkologia

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 jest objęta w 50% refundacją apteczną, 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.

Terapia wirusowego zapalenia wątroby typu C w profilaktyce raka wątrobowokomórkowego

Wirusowe zapalenie wątroby typu C jest chorobą przewlekłą wywołaną przez HCV (hepatitis C virus). Do zakażenia dochodzi poprzez krew. Choroba, nie dając charakterystycznych objawów, może doprowadzić do marskości lub nawet raka wątroby. Zakażenie HCV jest również jedną z najczęstszych przyczyn transplantacji wątroby. Nie wynaleziono przeciwko niemu szczepionki, ale istnieje skuteczne leczenie. Wyzwaniem w tej dziedzinie nadal pozostaje diagnostyka – potrzeba jest wprowadzenia systemowych rozwiązań w tym obszarze, które pozwolą zidentyfikować osoby nieświadome swojego zakażenia. Dzisiaj to one przenosi wirusa na innych powiększając tym samym populację osób z HCV. Szacuje się, że w Polsce jest 150 tys. osób zakażonych wirusem zapalenia wątroby typu C (HCV). Ponad 80% z nich nie jest tego świadoma. Przez wiele lat zakażenie może nie dawać wyraźnych objawów, które zaniepokoiłyby pacjenta i były wskazówką dla lekarza do postawienia właściwej diagnozy. Utajony przebieg choroby prowadzi do powstania groźnych zmian w wątrobie, w tym do marskości oraz do raka wątrobowokomórkowego. Jest również przyczyną nieświadomego zakażenia innych osób do którego dochodzi w momencie dostania się do krwiobiegu zdrowej osoby krwi osoby zakażonej. Zdarza się to najczęściej w czasie zabiegów medycznych i niemedycznych, podczas których doszło do uszkodzenia skóry, np.: w trakcie operacji, zabiegów stomatologicznych, transfuzji krwi (przed 1992 r.), zabiegów kosmetycznych, fryzjerskich, manicure, tatuażu czy medycyny estetycznej. Zaniepokoić również powinny podwyższone próby wątrobowe. Problem dostrzegła Światowa Organizacja Zdrowia, która uznała WZW za jedno z największych zagrożeń epidemiologicznych XXI w. i opracowała plan, który zakłada jego eliminację do 2030 r.¹⁵

Do dzisiaj nie opracowano szczepionki, która chroniłaby przed zakażeniem, dlatego jedynymi formami profilaktyki jest edukacja na temat możliwości zakażenia wirusem oraz badanie krwi, dzięki któremu dowiemy się, czy kiedykolwiek mieliśmy kontakt z HCV. Badanie anty-HCV zaleca się osobom, które kiedykolwiek były w sytuacjach, w których mogło dojść do kontaktu z zakażoną krwią. Polega ono na pobraniu krwi, która jest sprawdzana na obecność przeciwciał. To badanie jest dzisiaj bezpłatnie dostępne w poradniach hepatologicznych, do których można uzyskać skierowanie od lekarza pierwszego kontaktu oraz w ramach akcji społecznych organizowanych m.in. przez organizacje pacjentów. Poza tymi wyjątkami, koszt takiego badania kształtują się między 30-50 zł. Obecność przeciwciał anty-HCV, czyli pozytywny wynik badania oznacza, że mieliśmy kontakt z wirusem w przeszłości. Na tym etapie należy przeprowadzić pogłębioną diagnostykę (HCV RNA), która potwierdzi lub wykluczy przewlekłą formę zakażenia. Po przejściu przez pełną diagnostykę i rozpoznaniu WZW typu C, należy rozpocząć leczenie u specjalisty (hepatologa). Diagnostyka HCV pełni również nieocenioną rolę w prewencji onkologicznej, gdyż nieleczone WZW typu C może

¹⁵ https://easl.eu/wp-content/uploads/2019/04/EASL_Policy_Statement_on_Hepatitis_C_Elimination_June2019_PL.pdf

prowadzić do marskości, a nawet do raka wątrobowokomórkowego. Obecnie HCV jest jednym z najczęstszych wskazań do transplantacji wątroby.

Kilka lat temu dokonał się przełom w leczeniu HCV i dzisiaj jest ono skuteczne niemal w 100%, a ponadto terapia trwa najczęściej 8-12 tygodni, jest bezpieczna i refundowana przez NFZ w ramach programu lekowego.¹⁶ Oznacza to, że dzisiaj niemal każdy, kto zgłosi się do lekarza z potwierdzonym zakażeniem, otrzyma leczenie, dzięki któremu pozbędzie się wirusa z krwi. To jedno z największych dokonań medycyny w ostatnich latach. Dzięki tej rewolucji WZW typu C stało się pierwszą wyleczalną, przewlekłą chorobą zakaźną. Obecnie największym problemem dotyczącym HCV pozostaje ogromna liczba niezidentyfikowanych osób, nieświadomych swojego zakażenia. Potrzebna jest podjęcia działań systemowych, które pozwolą na przeprowadzenie badań przesiewowych, a tym samym na zidentyfikowanie osób zakażonych i wyeliminowanie wirusa z polskiego społeczeństwa. W działania na rzecz eliminacji HCV w Polsce aktywnie zaangażowani są zarówno eksperci, w tym Polskie Towarzystwo Epidemiologów i Lekarzy Chorób Zakaźnych, Polskie Towarzystwo Hepatologiczne, jak i organizacje pacjentów: Fundacja Gwiazda Nadziei i Fundacja Urszuli Jaworskiej. Do tej pory powstały co najmniej trzy projekty Narodowego Programu Eliminacji HCV, z czego ostatni zakłada badania przeciwciał anti-HCV na SOR-ach. Obecnie program ten jest rozpatrywany przez NFZ.

Irynotekan liposomowy w terapii raka trzustki

Rak trzustki w Polsce jest przyczyną 3% wszystkich diagnoz onkologicznych. Zajmuje 10. pozycję pod względem zachorowalności – rocznie raka trzustki rozpoznaje się u około 4 000 chorych, z tego aż u ponad 80% w momencie rozpoznania występują już przerzuty. Pod względem przyczyn zgonów z powodu chorób nowotworowych rak trzustki zajmuje 6. pozycję. Jest jednym z najgorzej rokujących nowotworów – szansę na 5-letnie przeżycie ma zaledwie ok 5% pacjentów, a rok od postawienia diagnozy przeżywa zaledwie 25 proc. chorych. W krajach UE i UK przeżywalność utrzymuje się na stałym poziomie od lat 70. ubiegłego wieku, a 10-letnia przeżywalność wynosi 1%. Tylko ok. 20% przypadków RT jest operacyjnych/potencjalnie operacyjnych. W takich przypadkach wskazana jest terapia adjuwantowa w oparciu o gemcytabinę, która wykazała skuteczność kliniczną w badaniach Conco001 oraz ESPAC-3. (DFS – 13,4 mies., OS – 22,8 mies.). Ogromny postęp w zakresie terapii i rokowań w niektórych rakach (np. piersi czy prostaty), nie poprawił rokowań dla pacjentów z rakiem trzustki. RT pozostaje wciąż w czołówce raków o najgorszym rokowaniu. To sprawia, że RT jest nowotworem o niezaspokojonych potrzebach medycznych. Fatalne rokowanie w raku trzustki związane jest z budową guza nowotworu, która jest odmienna od pozostałych raków: w guzie dominuje podścielisko łącznotkankowe, jest on słabo unaczyniony, co ogranicza penetrację leków do guza, wewnątrz guza jest mało komórek immunokompetentnych, które są punktem uchwytu dla leków immuno-onkologicznych. Nowotwór ten jest mało wrażliwy na terapie celowane. W RT największe innowacje dotyczą form podawania chemioterapii, a nie wprowadzenia nowych leków - lekarze mają bardzo ograniczone możliwości terapeutyczne w tej chorobie. Poza standardową chemioterapią, możliwości leczenia raka trzustki wciąż pozostają ograniczone. Na świecie dostępne są opcje terapii celowanej, takie jak inhibitory TRK dla pacjentów z fuzją NTRK. Dodatkowo, immunoterapia może być opcją dla wąskiego grona pacjentów z chorobą o wysokiej niestabilności mikrosatelitarnej. Pacjenci z mutacjami germinacyjnymi BRCA mogą być kwalifikowani do leczenia inhibitorami PARP. Tylko około 5% pacjentów z rakiem trzustki kwalifikuje się do tych ukierunkowanych terapii. Pozostałe 95%

¹⁶ <https://www.gov.pl/web/zdrowie/choroby-nieonkologiczne>

pacjentów ma wciąż bardzo ograniczone możliwości leczenia; mimo wielu przeprowadzonych prób klinicznych nie udało się wykazać efektywności kolejnych molekuł. Jedną z nowych opcji terapeutycznych, która wykazała się skutecznością i bezpieczeństwem i została zarejestrowana przez FDA i EMA jest lek irynotekan liposomowy, który blokuje enzym zwany topoizomerazą I. Poprzez blokowanie tego enzymu komórki nowotworowe nie mogą się rozmnażać i w końcu umierają. W preparacie irynotekan liposomowy jest zawarty w maleńkich cząsteczkach tłuszczu zwanych "liposomami". Liposomy gromadzą się wybiórczo w obrębie raka trzustki i następnie powoli uwalniają lek, dzięki czemu może on działać dłużej w obrębie guza. Irynotekan liposomowy jest stosowany w II linii leczenia i jest rekomendowany przez międzynarodowe wytyczne: ESMO, NCCN, ASCO. Zarejestrowane wskazanie to leczenie gruczolakoraka trzustki z przerzutami, w połączeniu z 5-fluorouracylem (5-FU) i leukoworyną (LV), u dorosłych pacjentów z progresją choroby po terapii opartej na gemcytabinie. Standardem terapii postaci przerzutowej raka trzustki w 1 linii u pacjentów PS 0-1, według wytycznych ESMO oraz NCCN jest polichemioterapia FOLFIRINOX lub nab-paklitaxel w połączeniu z gemcytabiną. Obie opcje terapeutyczne uznane są jako równoznaczne pod względem skuteczności. Irynotekan liposomowy jest pierwszym i jedynym lekiem zarejestrowanym dla dorosłych pacjentów z przerzutowym rakiem trzustki, wykazujących progresję choroby po terapii opartej na gemcytabinie, którego skuteczność w zakresie istotnego przedłużenia OS została wykazana w randomizowanej próbie klinicznej (badanie NAPOLI-1). Badanie NAPOLI-1 wykazało istotne statystycznie i znaczące klinicznie wydłużenie OS o 45% (całkowita korzyść OS – 1,9 mies.; Irynotekan liposomowy+5FU+LV 6,1 mies. vs 4,2 mies. w ramieniu 5FU+LV). Zastosowanie terapii opartej na irynotekanie liposomowym pozwoliło pacjentom na wydłużenie OS o 45% (vs grupa 5FU+LV). Po 12 miesiącach terapii nadal żyło 26% pacjentów stosujących terapię opartą na irynotekanie liposomowym (vs 16% grupa porównywana). U pacjentów, którzy otrzymali min. 80% intensywność leczenia w ciągu pierwszych 6 tygodni terapii zaobserwowano największe korzyści – wydłużenie mediany OS o 75% (3,8 mies.; 8,9 mies vs 5,1 mies.) vs. grupa porównywana. W analizie post hoc wykazano, że w grupie pacjentów dobrego rokowania: z PS Karnofsky => 90 ; u pacjentów poniżej 65 roku życia, z niskimi mianami Ca 19.9, wskaźnikiem limfocyty/neutrofile poniżej lub = 5 oraz bez przerzutów do wątroby OS wyniósł ponad 1 rok. Zamknięcie cząsteczki leku irynotekan liposomowy w nanoliposomie pozwala na wydłużenie czasu obecności i aktywności leku w obrębie guza nowotworowego oraz zwiększa konwersję do aktywnego metabolitu SN-38 i wydłuża czas na jego ekspozycję. W oparciu o dane z badania Napoli-1: terapia lekiem irynotekan liposomowy nie pogarsza jakości życia chorych. AEs podczas terapii mają przewidywalny charakter, są łatwe w większości przypadków do zarządzenia, poprzez leczenie objawowe lub dostosowanie dawki terapii do stanu pacjenta.¹⁷ Irynotekan liposomowy został zarejestrowany w Unii Europejskiej 14 października 2016 r. i aktualnie jest refundowany w 17 krajach wspólnoty.¹⁸ Refundowane wskazanie to: Leczenie gruczolakoraka trzustki z przerzutami, w połączeniu z 5-fluorouracylem (5-FU) i leukoworyną (LV), u dorosłych pacjentów z progresją choroby po terapii opartej na gemcytabinie.¹⁹

Olaparyb w terapii raka trzustki

Postęp w leczeniu raka trzustki w minionych 40 latach jest bardzo niewielki. Terapia wydłużająca życie w raku trzustki to ogromna niezaspokojona potrzeba zdrowotna. Ze względu na agresywność choroby,

¹⁷ https://journals.viamedica.pl/onkologia_w_praktyce_klin_edu/article/download/66378/49509

¹⁸ <https://ec.europa.eu/health/documents/community-register/html/h1130.htm>

¹⁹ https://ec.europa.eu/health/documents/community-register/2016/20161014135718/anx_135718_pl.pdf

szczególnie istotna byłaby możliwość kontroli choroby na jak najwcześniejszym etapie, w I linii leczenia. Jednym z czynników ryzyka jest wystąpienie dobrze poznanej już w medycynie mutacji w genach BRCA, która występuje u ok. 4-7% pacjentów chorujących na raka trzustki. Bez względu na stadium choroby, 5-letnie przeżycia w tej grupie pacjentów szacuje się na 3,6-6,1%. Chorzy z mutacjami w genach BRCA mają 3,5 razy większe ryzyko wystąpienia raka trzustki, chorują młodziej – mediana wieku zachorowania u chorych z mutacjami w genach BRCA to 63 lata w porównaniu z medianą wieku zachorowania u osób niebędących nosicielami genów BRCA wynoszącą 70 lat.

Nadzieją dla pacjentów z rakiem trzustki z mutacjami BRCA po uprzednim leczeniu minimum 16-tygodniami chemioterapii opartej o platyny – może być leczenie inhibitorem PARP – olaparybem. Badanie POLO (III fazy) pokazuje, że olaparyb dwukrotnie wydłuża medianę przeżycia wolnego od progresji oraz wydłuża o prawie 8 miesięcy czas do wystąpienia drugiej progresji lub śmierci. Po 3 latach stosowania terapii żyje dwukrotnie więcej pacjentów, a po 5 – niemal trzykrotnie (szacunki). Olaparyb to pierwsza i jedyna zarejestrowana w UE terapia celowana przeznaczona dla pacjentów z rakiem trzustki BRCA+. Najnowsze wytyczne NCCN 2021 rekomendują olaparyb w przerzutowym raku trzustki z obecnością dziedzicznych mutacji BRCA po uprzedniej chemioterapii opartej o platynie.

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 r. w Polsce stwierdzono 18 529 nowych zachorowań na ten nowotwór, a z powodu raka piersi zmarło 6670 kobiet. Szczyt zachorowań występuje u kobiet w wieku 50-69 lat. 1 na 8 kobiet zachoruje na ten nowotwór w ciągu swojego życia. Podział molekularny ma znaczenie dla ustalenia dalszego postępowania terapeutycznego, odbywa się poprzez ocenę: ekspresji receptorów ER, ekspresji receptorów PgR oraz statusu receptora HER2. Uwzględniając powyższe, czyli ocenę ekspresji receptorów, raka piersi możemy podzielić na 4 główne podtypy: HR+/HER2- (Luminal A), HR+/HER2+ (Luminal B), HR-/HER2+ (HER2-enriched) oraz HR-/HER2 (TNBC). Potrójnie ujemny rak piersi (TNBC, triple-negative breast cancer) to nowotwór, który nie wykazuje obecności receptorów estrogenowych (ER), receptorów progesteronowych (PgR) i nadekspresji ludzkiego naskórkowego receptora typu 2 (HER2, human epidermal receptor 2) w ocenie immunohistochemicznej. Ujemne wyniki oceny tych parametrów oznaczają, że proliferacja (rozwój) komórek tego nowotworu i jego progresja nie są stymulowane przez receptory dla estrogeny i progesteronu ani poprzez receptor HER2. Rak potrójnie ujemny stanowi około 10-15% wszystkich nowotworów piersi. Według danych z Narodowego Instytutu Onkologii w Warszawie w latach 2016–2018 w Polsce pierwotne TNBC stanowiły 9,6%, a rozsiaone (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, 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 wyższe ryzyko występowania przerzutów do narządów trzewnych (najczęściej płuca - 40%, mózg - 30%, wątroba - 20%, kości - 10%), występuje częściej u kobiet młodszych, w wieku przed-menopauzalnym. Wytyczne europejskie (ESMO - European Society of Medical Oncology) rekomendują u pacjentek we wczesnym stadium choroby zastosowanie chemioterapii. Gdy pacjentka przestaje odpowiadać na leczenie i pojawiają się przerzuty, rekomendowane są inhibitory PARP (w przypadku wystąpienia mutacji BRCA), immunoterapia lub kontynuowana jest chemioterapia. W kolejnym etapie preferowaną opcją jest terapia lekiem - sacituzumab govitecan lub w przypadku braku jego dostępności - chemioterapia. Pacjentki z przerzutowym TNBC (mTNBC) gorzej odpowiadają na chemioterapię niż pacjentki z innymi podtypami. Pozytywna odpowiedź na to leczenie uzyskiwana jest u maksimum 10-15% chorych z mTNBC. Mediana przeżycie całkowitego (OS) dla pacjentek z mTNBC leczonych konwencjonalną chemioterapią to 9-12 miesięcy. Lek został zarejestrowany przez EMA w listopadzie ubiegłego roku. 25 lutego lek sacytuzumab gowitekan został ujęty w opublikowanym przez Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych wykazie technologii lekowych o wysokim poziomie innowacyjności na rok 2022. Zgodnie z opinią Rady Przejrzystości Agencji sacytuzumab gowitekan zakwalifikowany został do kategorii A, czyli technologii przewidzianych do finansowania w ramach Funduszu Medycznego w pierwszej kolejności.

Dostarlimab w terapii raka endometrium (trzonu macicy)

Rak trzonu macicy to najczęstszy nowotwór narządu rodnych kobiet w Polsce: szósty pod względem częstości zachorowań u kobiet nowotwór na świecie, a czwarty w krajach wysoko rozwiniętych. W Polsce notuje się ok. 6 tys. nowych zachorowań rocznie, co 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 kobiety 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

tw. 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.²⁰ 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.²¹ 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.

Trastuzumab derukstekan w leczeniu HER2-dodatniego raka piersi

Postęp medycyny w leczeniu raka piersi idzie szybko do przodu. Mimo to przerzutowy rak piersi HER2-dodatni jest dalej nowotworem źle rokującym o agresywnym przebiegu. Mediana czasu przeżycia dla tego podtypu wynosi ok. 4-5 lat. Nowoczesne, celowane leczenie jest nadzieją dla pacjentek na osiągnięcie długotrwałej remisji lub wręcz doczekanie do momentu, aż pojawi się kolejna przełomowa terapia. Kluczowe jest, aby dostęp do tych terapii był na jak najwcześniejszych liniach leczenia, bowiem każda kolejna progresja choroby skraca życie pacjentek około o połowę. Nadzieją dla pacjentek na poprawę tej sytuacji jest trastuzumab derukstekan. W badaniu (DESTINY-Breast03) porównującym jego działanie do trastuzumabu emtanzyny (obecnego standardu leczenia), wykazał on wręcz bezprecedensową skuteczność w obszarze raka piersi:

- ✓ Prawie 100% pacjentek odpowiedziało na terapię (doszło albo do całkowitej remisji, do zmniejszenia guza, albo do stabilizacji choroby).
- ✓ 3-krotne wydłużenie mediany PFS (25,1 miesiąca vs 7,2 miesiąca) i redukcja ryzyka progresji lub zgonu na poziomie 72%;
- ✓ Silny trend w kierunku poprawy całkowitych przeżyć (OS). Po 12 miesiącach obserwacji aż 94,1% pacjentek wciąż pozostaje przy życiu.

To wszystko pozwala wnioskować, że terapia trastuzumabem derukstekanem w przeleczonej populacji chorych daje wyniki na poziomie co najmniej równym wynikom osiąganym obecnie w przypadku celowanej terapii pierwszoliniowej. W zaledwie 2 miesiące od momentu prezentacji danych z badania DESTINY-Breast03 ustalono nowy konsensus terapeutyczny. Wytyczne kliniczne (ESMO 2021, NCCN 2022) wskazują terapię trastuzumabem derukstekanem jako jedyną preferowaną opcję terapeutyczną w 2. linii leczenia HER2-dodatniego przerzutowego raka piersi, bądź w dalszych liniach, jeśli lek ten nie został wykorzystany w 2. linii leczenia. Polscy eksperci czekają teraz na możliwość udostępnienia trastuzumabu derukstekanu również dla polskich pacjentek. Członkowie zarządu Polskiego Towarzystwa Onkologii Klinicznej wytypowali terapie, które powinny w 2022 roku zostać objęte refundacją. Liczba wskazań konkretnego leku decydowała o jego pozycji na liście, a tegorocznym liderem zestawienia został trastuzumab derukstekan. Lek ten został również umieszczony na wykazie technologii lekowych o wysokim poziomie innowacyjności jako terapia, która powinna zostać objęta finansowaniem w ramach Funduszu Medycznego.

²⁰ <https://jamanetwork.com/journals/jamaoncology/fullarticle/2771011>

²¹ <https://ec.europa.eu/health/documents/community-register/html/h1538.htm>

Dostęp do diagnostyki nowotworów BRCA-zależnych

Mutacje w genach BRCA 1/2 mogą być przyczyną wystąpienia raka jajnika, raka piersi, raka trzustki i raka prostaty. Często zapomina się, że mutacje w genach BRCA1/2 mogą być dziedziczone od obojga rodziców. Nosiciele mutacji w genach BRCA1/2 mają większe ryzyko wystąpienia nowotworu jajnika, prostaty, trzustki, piersi. A jeśli zachorują to zazwyczaj w młodszym wieku, co istotnie wpływa zarówno na ich życie, jak i ich rodzin. Niestety w dalszym ciągu liczba badań diagnostycznych (są refundowane) u kobiet chorujących na raka jajnika nie przekracza 30%. Kluczowe jest stworzenie wytycznych dotyczących diagnostyki w kierunku mutacji w genach BRCA, które skupią się na wszystkich nowotworach BRCA-zależnych i wprowadzenie ich do codziennej praktyki. Rozwiązaniem w przypadku raka jajnika może być powiązanie procedury operacji z diagnostyką, co oznacza, że operacja zostanie rozliczona wówczas, gdy pacjentka będzie miała przeprowadzone badanie z tkanki w kierunku mutacji BRCA1/2. W przypadku raka piersi, trzustki, prostaty, istotne będzie wdrożenie standardu postępowania, który określiłby na jakim etapie i komu należy wykonać diagnostykę w kierunku wystąpienia mutacji BRCA1/2. Wszyscy zdrowi nosiciele mutacji w genach BRCA powinni zostać objęci działaniami profilaktycznymi. Obecnie ogromnym problemem jest niepewność w związku z funkcjonowaniem „Programu opieki nad rodzinami wysokiego, dziedzicznie uwarunkowanego ryzyka zachorowania na nowotwory złośliwe”, w ramach którego rodziny osób BRCA+ były pod opieką profilaktyczną. Pacjenci są głęboko zaniepokojeni sytuacją, ponieważ brakuje informacji, co obecnie dzieje się z programem. Nikt z organizacji pacjentów do tej pory nie został też poproszony o uczestnictwo w pracach nad programem.

Rak jajnika jest jednym z najgorzej rokujących nowotworów ginekologicznych. Szansę na wyleczenie mają pacjentki jedynie w pierwszej linii leczenia, ponieważ kiedy pojawi się pierwszy nawrót, już wiadomo, że jest to choroba nieuleczalna. Dlatego tak ważne jest, aby nowozdiagnozowane pacjentki otrzymały jak najskuteczniejsze leczenie na samym początku postępowania medycznego. Wybór optymalnej terapii jest ściśle powiązany z oznaczeniem u każdej pacjentki statusu mutacji w genach BRCA. Procedura ta powinna mieć charakter obligatoryjny. Daje bowiem informację nie tylko o spodziewanych efektach leczenia chorej, lecz także pozwala na podjęcie działań profilaktycznych w przypadku jej rodziny. Dodatkowo, obecnie program lekowy B.50 nie daje możliwości zastosowania inhibitora PARP w połączeniu z bewacyzumabem, dlatego istotna będzie zmiana zapisów programu lekowego tak, aby umożliwić jednoczesne podawanie obydwu terapii. Badania wskazują, że taki schemat niemal 3-krotnie bardziej wydłuża przeżycie wolne od progresji choroby niż stosowanie samego bewacyzumabu (z 5,7 mies. do 15,5 mies.) – to jest dodatkowy czas dany pacjentce, którego obecnie nie ma. Wystąpienie mutacji w genach BRCA u pacjenta chorującego na raka prostaty to świadomość zupełnie innej, trudniejszej choroby. Pacjenci chorują w młodszym wieku, ich choroba jest bardziej agresywna, częściej dochodzi do przerzutów. Wykrycie mutacji w genach BRCA u pacjentów z rakiem prostaty to jednocześnie możliwość dobrania precyzyjniejszego leczenia. Szansą dla tej grupy pacjentów może być inhibitor PARP – olaparyb, którego zastosowanie w leczeniu raka prostaty wydłuża przeżycie całkowite w chorych BRCAm o niemal rok [w adjustowanej analizie].

Jednym z czynników ryzyka wystąpienia raka trzustki jest obecność mutacji w genach BRCA, która występuje u ok. 4-7% pacjentów chorujących na ten nowotwór. Osoby BRCA+ mają 3,5 razy większe ryzyko wystąpienia raka trzustki oraz chorują młodziej – mediana wieku zachorowania u chorych

z mutacjami w genach BRCA to 63 lata w porównaniu z medianą wieku zachorowania u osób niebędących nosicielami genów BRCA wynoszącą 70 lat.

Nadzieją dla pacjentów z mutacjami BRCA po uprzednim leczeniu chemioterapią opartej o platynę – może być leczenie inhibitorem PARP – olaparybem, zastosowanie którego dwukrotnie wydłuża 3-letnie przeżycia całkowite – z niemal 18% do niemal 34%.

5-15% raków piersi jest związanych z genetycznymi dziedzicznymi mutacjami, w tym w genach BRCA. Germinalne mutacje BRCA zwiększają ryzyko zachorowania na raka piersi o 45-65%! Kobiety będące nosicielkami chorują ciężiej, w młodszym wieku (40-46 lat vs. 65 lat), występuje u nich większe i szybsze ryzyko nawrotu choroby i przerzutów odległych; mają większe ryzyko rozwoju przerzutów wielonarządowych i przerzutów do mózgu; mają również większe ryzyko wystąpienia raka piersi w tej samej piersi lub w piersi przeciwnej, ale też większe ryzyko wystąpienia raka jajnika: 40% dla BRCA1 i 18% dla BRCA2. Po zastosowaniu standardu leczenia u chorych z mutacjami BRCA, HER2-/HR+ lub potrójnie ujemnym raku piersi nie ma dostępnych żadnych opcji leczenia, dopóki chora nie progresuje do choroby bardziej zaawansowanej. Leczenie choroby zaawansowanej jest intensywniejsze, inwazyjne, toksyczne i daje gorsze wyniki – dlatego chore powinny dostawać najlepszą możliwą terapię jak najwcześniej. Celem leczenia wczesnego raka piersi jest wyleczenie lub osiągnięcie długoczasowej remisji choroby. Rozwiązaniem może być leczenie inhibitorem PARP – olaparybem, zastosowanie którego wydłuża istotnie statystycznie przeżycia całkowite wg najnowszych doniesień z kongresu ESMO oraz wg wielu ekspertów wyznacza nowy standard terapii.

Obecnie, w zaawansowanym raku jajnika BRCA+ najskuteczniejszą, dostępną opcją terapeutyczną są inhibitory PARP. Zastosowane w I linii leczenia dają nawet nadzieję na wyleczenie. Drugą grupą pacjentek, która mogłaby odnieść spektakularne korzyści z leczenia inhibitorami PARP, są chore z zaawansowanym rakiem jajnika BRCA+, z chorobą resztkową (tzw. chore wysokiego ryzyka nawrotu), które już otrzymują leczenie bewacyzumabem. Badanie PAOLA-1 pokazuje, że zastosowanie leczenia podtrzymującego olaparybem u chorych otrzymujących chemioterapię z bewacyzumabem wydłuża czas do nawrotu choroby o prawie 2 lata (20 miesięcy). Korzyść z takiej strategii leczenia mogłyby odnieść zarówno pacjentki z mutacją w genach BRCA, jak i chore niskiego ryzyka z HRD innymi niż BRCA (zgodnie z zaleceniami NCCN 2021). Zastosowanie tych terapii w połączeniu nie wpływa na profil bezpieczeństwa – jest podobny do sytuacji, gdy są stosowane osobno. W ostatnich miesiącach miały miejsce dwie bardzo ważne zmiany w tym obszarze – refundacja olaparybu i niraparibu w I linii. Jednakże obecnie program lekowy B.50 nie daje możliwości zastosowania inhibitora PARP w połączeniu z bewacyzumabem (koło 850 nowych pacjentek rocznie leczonych bewacyzumabem). Zastosowanie bewacyzumabu zwykle wyprzedza wiedzę na temat statusu mutacji BRCA, przez co chore BRCA+ i lekarze w tej sytuacji stają przed trudną decyzją, czy kontynuować leczenie bewacyzumabem bez olaparybu czy też dodać do leczenia bewacyzumabem olaparyb – jednak jest to strategia dotychczas nierefundowana.

Dostęp do icksazomibu w terapii szpiczaka plazmocytowego

Średni wiek zachorowania na szpiczaka wynosi 67-70 lat, aczkolwiek z doniesień wiadomo, że w ostatnich latach nastąpił zauważalny wzrost zachorowań w młodszych grupach wiekowych. Dla tych chorych szczególnie ważny jest dostęp do coraz to nowszych terapii, bo oporny i nawrotowy charakter szpiczaka sprawia, że dotychczas stosowane opcje terapeutyczne stają się z czasem

nieskuteczne.²² Następstwem rozwoju szpiczaka mogą być uszkodzenia kości, upośledzenie czynności krwiotwórczej szpiku, uszkodzenie nerek oraz skłonność do zakażeń, co sprawia, że pacjenci najczęściej nie są samodzielni.²³ Kluczowe znaczenie dla jakości życia pacjenta chorego na szpiczaka mnogiego ma wczesna diagnostyka i dostęp do optymalnego leczenia, które wydłuża znacznie czas życia pacjenta. Dzięki nowoczesnym terapiom, szpiczak mnogi z choroby nieuleczalnej staje się chorobą przewlekłą.^{24,25} W ostatnich latach za czynnik prognostyczny o największym znaczeniu rokowniczym uważa się obecność aberracji cytogenetycznych.²⁶ Chorzy z obecnością aberracji cytogenetycznych z grupy wysokiego ryzyka są szczególnie trudną w leczeniu populacją z opornym i/lub nawrotowym szpiczakiem mnogim. Doświadczenia polskich klinicystów wskazują, że z powodu braku dostępnych terapii, przeżycie tych chorych pozostaje dramatycznie krótkie.²⁷ Wielkość populacji z opornym i/lub nawrotowym szpiczakiem plazmocytowym, u których występują aberracje cytogenetyczne z grupy wysokiego ryzyka szacuje się na około 150 chorych rocznie. „Na jakość życia pacjentów ze szpiczakiem plazmocytowym wpływ ma zarówno skuteczność leczenia, jak i forma podania leku. Na świecie pojawia się coraz więcej skutecznych terapii doustnych. Wygodne dawkowanie wpływa na codzienne funkcjonowanie pacjentów i ich opiekunów. Chorzy leczeni ambulatoryjnie są dodatkowo mniej narażeni na ryzyko infekcji. Mniejsza liczba wizyt w szpitalu redukuje również stres związany z chorobą i leczeniem oraz zmniejsza wydatki na dojazdy i obciążenie bliskich związane z częstymi dojazdami. To bardzo ważne w odniesieniu do jakości życia chorych.”²⁸ Doustne dawkowanie terapii to istotna redukcja ilości wizyt w szpitalu, a więc zarówno odciążenie finansowe szpitali, jak i personalne. Od dawna stanowiło to ważny aspekt optymalizacji leczenia, a w obecnej sytuacji pandemicznej tylko umocniło swoje znaczenie. Iksazomib jest pierwszym doustnym inhibitorem proteasomu zarejestrowanym w leczeniu szpiczaka mnogiego, co oznacza również, że jest to obecnie jedyna zarejestrowana w pełni doustna terapia trójlekowa w leczeniu szpiczaka plazmocytoowego. Iksazomib został zarejestrowany w Unii Europejskiej 21 listopada 2016 r. i uzyskał status leku sierocego.²⁹ W dodaniu iksazomibu do schematu lenalidomid+deksametazon upatruje się obecnie możliwości

²² Hematoonkologia w Polsce. Raport instytutu ochrony zdrowia
http://docs.wixstatic.com/ugd/065e7f_03c004c6c6884023b6cbc3137bc650b6.pdf

²³ <https://hematoonkologia.pl/info-o-chorobach/szpiczakplazmocytowy-przebieg>

²⁴ Jakość życia pacjentów ze szpiczakiem mnogim jako chorobą przewlekłą, Warszawa 2018 r.
<http://www.rynekzdrowia.pl/Serwis-Onkologia/Eksperci-lezczac-chorych-na-szpiczaka-musimy-dbac-o-jakosc-ich-zycia,181519,1013.html>

²⁵ <https://pulsmedycyny.pl/jak-poprawic-jakosc-zycia-chorych-na-szpiczaka-885806> (dostęp: lipiec 2018 r.)

²⁶ Charliński G., Wiater E. Szpiczak plazmocytowy – praktyczne aspekty dotyczące diagnostyki i leczenia. *Hematologia* 2014; 5(4):317-331.

²⁷ http://bipold.aotm.gov.pl/assets/files/zlecenia_mz/2018/020/UW/020_UW_7_JCyz_18.06.01.pdf

²⁸ <https://hematoonkologia.pl/informacje-dla-chorych/news/id/4074-szpiczak-plazmocytowy-doswiadczenia-i-oczekiwania-w-stosunku-do-metod-leczenia-raport-z-badan>

²⁹ <https://ec.europa.eu/health/documents/community-register/html/h1094.htm>

zniesienia niekorzystnego rokowniczo wpływu mutacji wysokiego ryzyka cytogenetycznego progresji.³⁰ Analiza podgrup w badaniu rejestracyjnym w zależności od ryzyka cytogenetycznego wykazała, że stosowanie iksazomibu znosi niekorzystne rokowanie u chorych z wysokim ryzykiem cytogenetycznym. Dzięki terapii iksazomibem grupa ta odpowiadała na leczenie podobnie jak pacjenci bez wskaźników wysokiego ryzyka. Od maja 2021 r. iksazomib jest refundowany w schemacie IRd (Iksazomib+lenalidomid+deksametazon) – w ramach programu lekowego leczenie chorych na opornego lub nawrotowego szpiczaka plazmocytoowego (ICD10 C90.0) dla populacji dorosłych pacjentów ze szpiczakiem plazmocytoowym, z wysokim ryzykiem cytogenetycznym, stanowiącym czynnik prognostyczny o największym negatywnym znaczeniu rokowniczym. Biorąc pod uwagę wyniki badania klinicznego TOURMALINE-MM1 (obniżenie ryzyka progresji w czasie o ok. 46% w przypadku terapii IRd zamiast Rd), jak również wytyczne polskie i zagraniczne, słuszne wydaje się przesunięcie iksazomibu do wcześniejszej linii leczenia tak, aby pacjenci HR byli w pełni zaopiekowani i mogli odnieść największą korzyść kliniczną. Zmiany wprowadzone w programie lekowym „B.54, Leczenie chorych na szpiczaka plazmocytoowego (ICD-10: C90.0)” od 1 marca 2022 r. dla schematu Rd (u pacjentów uprzednio nieleczonych) wskazują wprost, że nie może być on stosowany w przypadku obecności zaburzeń chromosomalnych: del (17p), t (4;14), t (14;16). Występowanie powyższych aberracji cytogenetycznych z grupy wysokiego ryzyka stanowi jednocześnie kryteria włączenia do schematu IRd, który aktualnie dostępny jest dla pacjentów od trzeciej linii leczenia. Tym samym aktualne zapisy programu lekowego wskazują na niezaspokojoną potrzebę pacjentów z wysokim ryzykiem cytogenetycznym w drugiej linii leczenia. W związku z powyższym słuszne wydaje się przesunięcie terapii z wykorzystaniem iksazomibu do drugiej linii leczenia, co byłoby zgodne z badaniem rejestracyjnym dla tego produktu leczniczego. Wyniki randomizowanego badania III fazy dla iksazomibu (badanie TOURMALINE-MM1) wskazują, że stosowanie iksazomibu dodanego do schematu Rd obniża ryzyko wystąpienia progresji w czasie o 46% w porównaniu do grupy pacjentów stosujących schemat Rd. Mediana PFS uzyskana w grupie IRd wynosiła 21,4 mies., podczas gdy wartość w grupie Rd była istotnie niższa – 9,7 mies. A zatem dodanie iksazomibu do schematu Rd znosi niekorzystny wpływ wysokiego ryzyka cytogenetycznego i wskazuje na istotną korzyść, którą mogą odnieść pacjenci w tej grupie w przypadku wcześniejszego włączenia do terapii z użyciem schematu IRd. Warto również podkreślić, że na słuszność przesunięcia terapii iksazomibem do wcześniejszej linii leczenia wskazują zarówno polscy klinicyści, jak również wytyczne (polskie i zagraniczne). Udostępnienie pacjentom ze szpiczakiem plazmocytoowym schematu IRd już od drugiej linii leczenia pozwoli na odniesienie największej korzyści klinicznej w tej grupie pacjentów.

Neurologia

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

³⁰ Avet-Loiseau H, Bahlis NJ, et al. Ixazomib significantly prolongs progression-free survival in high-risk relapsed/refractory myeloma patients. *Blood*. 2017 14;130(24):2610-2618

do niepełnosprawności. Światowa Organizacja Zdrowia uznała migrenę za jedną z wiodących przyczyn lat utraconych z powodu niepełnosprawności na świecie³¹. Dziś głównymi wyzwaniami 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 przewlekłej³².

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. 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

³¹ <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/headache-disorders> dostęp: 06.11.2021r.

³² <https://migraineresearchfoundation.org/about-migraine/migraine-facts/> dostęp 06.11.2021 r.

dla pacjentów w ramach refundacji. 7 czerwca 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. 10 czerwca 2021 r. Prezes AOTMiT wydał pozytywną rekomendację dla refundacji publicznej toksyny botulinowej w ramach nowego programu lekowego.³³ 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. Eksperti, 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.³⁴

Galkanezumab w terapii migreny przewlekłej

Galkanezumab jest rekombinowanym humanizowanym przeciwciałem monoklonalnym zarejestrowanym w Unii Europejskiej 14 listopada 2018 r. we wskazaniu: profilaktyka migreny u dorosłych, u których migrenowe bóle głowy występują co najmniej przez 4 dni w miesiącu.³⁵ 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 stosowane profilaktycznie dane z badań klinicznych wskazują, że galkanezumab działa lepiej

³³ https://bipold.aotm.gov.pl/assets/files/zlecenia_mz/2021/053/REK/BP_RP_66_2021_Botox_czarna_REOPTR.pdf

³⁴ 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

³⁵ https://www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/emgality-epar-product-information_pl.pdf

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”.

Cukrzyca

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.³⁶ Wskazanie, którego dotyczy zlecenie zawiera się we wskazaniu rejestracyjnym produktu leczniczego semaglutyd, jednocześnie lek ten znajduje się aktualnie na liście leków refundowanych

³⁶ 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

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 ≥ 35 kg/m² oraz bardzo wysokim ryzykiem 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.

Według 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.

Dulaglutyn 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 ≥ 30 kg/m² oraz z bardzo wysokim ryzykiem sercowo naczyniowym

Ponad 60% pacjentów z cukrzycą umiera z powodów sercowo-naczyniowych (S-N) - prewencja ryzyka S-N jest szczególnie istotna w tej populacji. Ciężkie zdarzenia sercowo-naczyniowe są powodem śmierci 2/3 pacjentów z cukrzycą typu 2.³⁷ Pacjent, który ma cukrzycę, ale nie wystąpiło u niego jeszcze zdarzenie sercowo-naczyniowe ma takie samo ryzyko wystąpienia zdarzenia sercowo-naczyniowego

³⁷ <https://www.diabetes.org/diabetes/cardiovascular-disease>

i zgonu S-N, jak pacjent bez cukrzycy, ale ze zdarzeniem w wywiadzie.³⁸ Dlatego konieczne jest rozszerzenie wskazań refundacyjnych dla GLP-1, w szczególności w zakresie wymaganego poziomu HbA1c i BMI oraz warunku wcześniejszego stosowania insuliny. W zainicjowanym przez Polskie Towarzystwo Diabetologiczne raporcie „Ocena dostępu do nowoczesnej farmakoterapii (inhibitory SGLT-2, agoniści GLP-1) w cukrzycy typ 2 w świetle rekomendacji klinicznych – analiza blisko 2 lata po refundacji”) diabetolodzy wskazują, że obowiązujące obecnie w Polsce warunki refundacji należy uznać za nieoptymalne i niewykorzystujące pełnego potencjału klinicznego leków. Jako ograniczenia wskazują: w przypadku agonistów GLP-1 wymóg wysokiej wartości BMI, warunek wcześniejszego niestosowania insuliny; jest on niewłaściwy, ponieważ analogi GLP-1 i inhibitory SGLT-2 nie tylko wpływają na opóźnienie rozpoczęcia leczenia insuliną, ale także zmniejszają zapotrzebowanie na insulinę. Poza tym insulinoterapia może być rozpoczęta przy poziomie HbA1c >7%, co w konsekwencji wyklucza możliwość refundacji tych leków u części pacjentów, wymagane wysokie wartości HbA1c.

Wykazana prewencja pierwotna ryzyka sercowo-naczyniowego wyróżnia dulaglutyd w porównaniu z inhibitorami SGLT-2 i z innymi analogami GLP-1. Dulaglutyd jest pierwszym i jak na razie jedynym agonistą receptora GLP-1, który wykazał korzyść sercowo-naczyniową u osób z cukrzycą typu 2 zarówno z rozpozną (prewencja wtórna), jak i bez wcześniej rozpoznanej choroby sercowo-naczyniowej (prewencja pierwotna). Różnice pomiędzy dulaglutydem, a inhibitorami SGLT-2 dotyczą skuteczności w zakresie prewencji pierwotnej ryzyka S-N (definiowanej jako złożony punkt MACE-3 składający się ze zgonu sercowo-naczyniowego, zawału serca niezakończonego zgonem, udaru mózgu niezakończonego zgonem). Lek dulaglutyd w randomizowanym badaniu klinicznym REWIND wykazał korzyść sercowo-naczyniową u pacjentów bez wcześniej rozpoznanej choroby S-N (prewencja pierwotna).³⁹ W odróżnieniu od dulaglutylu, dla SGLT-2 nie ma udowodnionej prewencji pierwotnej ryzyka S-N rozumianej jako MACE3. W randomizowanych badaniach klinicznych dla agonistów GLP-1 obserwowano większą skuteczność zarówno w zakresie redukcji wyrównania glikemicznego, rozumianego jako zmiana poziomu hemoglobiny glikowanej HbA1c (średnio do -1,9% dla GLP-1 vs. -1,2% dla SGLT-2i), jak i redukcji masy ciała (średnio do -5 kg dla GLP-1 vs. -3 kg dla SGLT-2i) niż w badaniach dla inhibitorów SGLT-2.

Udostępnienie leków z obu grup jest istotne dla pacjentów. Zarówno analogi GLP-1, jak i inhibitory SGLT-2 wykazały skuteczność w prewencji wtórnej ryzyka S-N. Szczególne korzyści z zastosowania analogów GLP-1 odnoszą pacjenci po zawałach i udarach, a z SGLT-2i w niewydolności serca, co znalazło odzwierciedlenie w międzynarodowych wytycznych ADA/EASD. Istotne jest zatem udostępnienie pacjentom leków adekwatnych do ich schorzeń współistniejących. Wytyczne Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego wskazują, że we współczesnej diabetologii obowiązuje zasada indywidualizacji celów i intensyfikacji terapii. Ogólnym celem terapeutycznym jest poziom HbA1c w wysokości 7%, jednak dla szczególnych grup pacjentów można wyróżnić inne cele. U chorych w zaawansowanym wieku z wieloletnią cukrzycą i istotnymi powikłaniami o charakterze makroangiopatii (przebyty zawał serca i/lub udar mózgu) i/lub licznymi chorobami towarzyszącymi celem jest 8% i można się spodziewać, że u większości pacjentów stosujących dulaglutyd cel terapii pozostanie niezmienny. Istotnym jest jednak umożliwienie stosowania innowacyjnych leków

³⁸ Henry R. Preventing Cardiovascular Complications of Type 2 Diabetes: Focus on Lipid Management. Clin Diabetes 2001;19(3):113–120

³⁹ Gerstein et al. Dulaglutide and cardiovascular outcomes in type 2 diabetes (REWIND): a double-blind, randomized placebo-controlled trial. Lancet. 2019 Jul 13;394(10193):121-130.

także pacjentom, dla których cele terapeutyczne są odmienne. Klinicyści wskazują, że praktyce utrzymanie poziomu HbA1c >8% oznacza wymóg celowego odsunięcia w czasie intensyfikacji terapii do momentu wystąpienia nasilonej dekomensacji metabolicznej, co jest to niezgodne z zapisami standardów diabetologicznych.

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

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.⁴⁰ 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

⁴⁰ <https://diabetyk.org.pl/wp-content/uploads/2021/06/Raport-glikemia-final.pdf>

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 wewnętrzne, 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 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 %), kwasicy ketonową czy śpiączką cukrzycową.

Gastroenterologia

Podskórna forma wedolizumabu w terapii nieswoistych zapaleń jelit - choroby Leśniowskiego-Crohna i Wrzodziejące Zapalenie Jelita Grubego

Nieswoiste zapalenia jelit (NZJ) to choroby zapalne przewodu pokarmowego o przewlekłym charakterze, rozwijające się w jelicie cienkim lub grubym. Za najczęstsze w tej grupie uważa się wrzodziejące zapalenie jelita grubego (WZJG) oraz chorobę Leśniowskiego-Crohna. Szczyt zachorowań na NZJ przypada w młodym wieku, czyli między 15. a 35. rokiem życia, ale zapadają na nie również małe dzieci jak i osoby starsze. Szacuje się, że w Polsce na NZJ choruje nawet do 50 tys. osób, w tym 10-15 tys. na chorobę Leśniowskiego-Crohna i 35-40 tys. na wrzodziejące zapalenie jelita grubego⁴¹. Leczenie NZJ zależy od stopnia nasilenia objawów. W przypadku, gdy leczenie klasycznymi lekami jest niewystarczające, konieczna jest intensyfikacja terapii. Taką możliwość stwarzają leki biologiczne dostępne w programach lekowych. Mimo iż sytuacja pacjentów z chorobami autoimmunologicznymi z roku na rok się poprawia odsetek chorych leczonych biologicznie jest w Polsce kilkakrotnie mniejszy niż w krajach zachodnich. Decyzja Ministra Zdrowia o zniesienie ram czasowych leczenia biologicznego w NZJ od stycznia 2022 r. to niewątpliwie pozytywny krok naprzód i nadzieja dla tysięcy pacjentów. Aby jednak przybliżyć standardy leczenia tych chorób do rozwiązań funkcjonujących w innych krajach europejskich potrzebna jest większa personalizacja leczenia. Coraz częściej mówi się o konieczności personalizacji leczenia, o dostosowywaniu go do potrzeb konkretnego pacjenta, jego stanu klinicznego oraz uwarunkowań życiowych, tak by choroba w jak najmniejszym stopniu wpływała na codzienne funkcjonowanie. To do lekarza, w porozumieniu z pacjentem, powinna należeć decyzja wyboru terapii biologicznych – czy to formy podskórnej, czy dożylniej oraz takiej formy leczenia, która na danym etapie choroby byłaby dla pacjenta najlepsza. Pacjenci oczekują by leczenie uwzględniało ich preferencje. Jedną z nich jest możliwość wyboru formy podania leku biologicznego, tj. formy dożylniej lub podskórnej. Warto podkreślić, że opcjonalne leczenie w warunkach domowych, zwłaszcza w dobie pandemii COVID-19, nie tylko zmniejsza ryzyko zakażenia pacjenta wirusem, jak również poprawia dostępność do leczenia i jest mniej uciążliwa dla osoby, której leczenie jest przewlekłe. Zgodnie z rekomendacjami ekspertów Polskiego Towarzystwa Gastroenterologicznego, wydanymi w związku z pandemią COVID-19, (...) leki biologiczne podawane podskórnie mogą mieć przewagę nad tymi podawanymi dożylnie (możliwość podania w domu, krótszy czas pobytu w ośrodku). Należy to brać pod uwagę przy rozpoczynaniu nowego leczenia.⁴² Ponadto leczenie podskórne może być zaletą w leczeniu podtrzymującym. Wyniki przeglądu systematycznego 49 badań opinii wśród pacjentów pokazują, że na ogół chorzy z przewlekłymi zaburzeniami układu

⁴¹ Raport „Analiza kosztów ekonomicznych i społecznych ze szczególnym uwzględnieniem choroby Leśniowskiego-Crohna i wrzodziejącego zapalenia jelita grubego”; 2017 rok; Instytut Zarządzania w Ochronie Zdrowia, UCzenia Łazarskiego. Raport dostępny jest na: https://izwoz.lazarski.pl/fileadmin/user_upload/Raport_-_Gastroenterologia_-_scalony.pdf

⁴² Stanowisko Polskiego Towarzystwa Gastroenterologii i Konsultanta Krajowego w Dziedzinie Gastroenterologii, dotyczące postępowania z pacjentem z nieswoistą chorobą zapalną jelit w dobie pandemii COVID-19. Michał Łodyga, Piotr Eder, Agnieszka Dobrowolska, Jarosław Reguła, Grażyna Rydzewska. <https://gastroenterologia-praktyczna.pl/a4908/Stanowisko-Polskiego-Towarzystwa-Gastroenterologii-i-Konsultanta-Krajowego-w-Dziedzinie-Gastroenterologii-dotyczace-postepowania-z-pacjentem-z-nieswoista-choroba-zapalna-jelit-w-dobie-pandemii-COVID-19.html/>

odpornościowego, w tym z nieswoistymi zapaleniami jelit, częściej wybierają podskórną formę podania niż wlew dożylny, ale preferencje mogą się różnić w zależności od indywidualnych potrzeb danej osoby.⁴³ Wnioski te mogą być przydatne w rozważaniach i dyskusjach dotyczących wyboru odpowiedniego leczenia dla każdego pacjenta. W Europie normą jest stosowanie postaci podskórnych leków, które są dużo wygodniejsze dla pacjentów oraz niewymagające częstego odwiedzania placówek zdrowotnych. Terapie podskórne generują więc oszczędności, bo pacjent nawet przez pół roku nie musi pojawiać się w szpitalu na podanie leku.⁴⁴ Jednym z postulatów najgłośniejszych podnoszonych przez klinicystów i pacjentów z NZJ w Polsce jest dostęp refundacyjny do terapii podskórnych. Nabral on na sile zwłaszcza w obecnej sytuacji epidemiologicznej, kiedy to wielu chorych z obawy przed zakażeniem wirusem SARS-CoV-2 przerywa leczenie biologiczne i nie zgłasza się do szpitali na kolejne podania leku. Klinicyści i pacjenci w Polsce oczekują więc na refundację publiczną podskórnej postaci wedulizumabu, której refundacja nie generowałaby żadnych dodatkowych kosztów, a wręcz prowadziła do oszczędności NFZ.

Alergologia

Lanadelumab w leczeniu zapobiegawczym dziedzicznego obrzęku naczynioruchowego (HAE)

Dziedziczny obrzęk naczynioruchowy (HAE) typu I lub II to rzadka choroba, której częstość występowania na świecie szacuje się na 1:40 000 – 1:50 000.⁴⁵ Choroba manifestuje się występowaniem obrzęków o różnej lokalizacji i różnej częstości ich występowania (m.in. obwodowy obrzęk skóry, obrzęk żołądkowo-jelitowy lub obrzęk górnych dróg oddechowych, w tym gardła i krtani). Te ostatnie wiążą się z wysokim ryzykiem zgonu sięgającym w przypadku braku leczenia 30%.^{46, 47}. Szacuje się, że około 50% pacjentów doświadczy w swoim życiu przynajmniej jednego ataku z obrzękiem krtani⁴⁸. Bez względu na lokalizację obrzękom towarzyszy silne uczucie bólu. Typowo pierwsze objawy pojawiają się w dzieciństwie, pogarszając się w okresie dojrzewania. Po pierwszym epizodzie choroby u większości pacjentów obserwuje się nawrót w ciągu < 12 miesięcy. Chorzy pozbawieni leczenia zapobiegawczego doświadczają ataków

⁴³ Overton PM, Shalet N, Somers F, Allen JA. Patient Preferences for Subcutaneous versus Intravenous Administration of Treatment for Chronic Immune System Disorders: A Systematic Review. Patient Prefer Adherence. 2021 Apr 19;15:811-834. doi: 10.2147/PPA.S303279. PMID: 33907384; PMCID: PMC8064718 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33907384/>

⁴⁴ Szczyt Zdrowie 2021: Lekarstwo na choroby cywilizacyjne: MedExpress.pl

⁴⁵ Lumry WR. Overview of epidemiology, pathophysiology, and disease progression in hereditary angioedema. Am J Manag Care 2013;19:s103-10

⁴⁶ Agostoni A, Aygoren-Pursun E, Binkley KE et al. Hereditary and acquired angioedema: problems and progress: proceedings of the third C1 esterase inhibitor deficiency workshop and beyond. J Allergy Clin Immunol 2004;114:S51-131.

⁴⁷ Bork K, Hardt J, Witzke G. Fatal laryngeal attacks and mortality in hereditary angioedema due to C1-INH deficiency. J Allergy Clin Immunol 2012;130:692-7.

⁴⁸ Agostoni A, Aygoren-Pursun E, Binkley KE et al. Hereditary and acquired angioedema: problems and progress: proceedings of the third C1 esterase inhibitor deficiency workshop and beyond. J Allergy Clin Immunol 2004;114:S51-131.

z częstością średnio co 7-14 dni.⁴⁹ Chorobowość jest różna, a przyczyna tego faktu niewyjaśniona. Czynniki sprzyjające pojawianiu się ataków^{50, 51}: obrzęki pojawiają się w sposób nieprzewidywalny, sprzyjają im m.in.: przyjmowanie niektórych leków, uraz fizyczny; zabiegi chirurgiczne lub stomatologiczne, infekcje, stres, który może wywołać m.in. dłuższa podróż, trudna sytuacja w pracy, ważne wydarzenie (ślub, matura etc).

Zgodnie z najnowszymi polskimi danymi epidemiologicznymi z krajowego rejestru chorych na HAE zarejestrowanych było łącznie 341 chorych z typem I lub II.⁵² Należy mieć jednak na uwadze, że rejestr ten nie obejmuje wszystkich ośrodków prowadzących terapię HAE w Polsce. Grupa chorych na HAE jest heterogenna pod względem zarówno częstości występowania obrzęków, jak również ich ciężkości.⁵³ Wśród wspomnianej estymowanej łącznej liczby pacjentów zdiagnozowanych w Polsce istnieje niewielka grupa chorych (ok. 10-15%, tj. ok. 40 chorych) szczególnie obciążona chorobą, u których choroba ma przebieg ciężki - dochodzi do częstych ataków choroby w okolicach brzucha, krtani i gardła (min. 2 ataki w ciągu miesiąca), którym towarzyszy wysokie ryzyko zgonu, a dostępne w Polsce wyłącznie interwencyjne postępowanie często nie jest wystarczające, aby zareagować na czas i pozwolić na prawidłową kontrolę tych objawów.^{54, 55} Negatywne skutki społeczne życia z chorobą - rozpoznanie dziedzicznego obrzęku naczynioruchowego wiąże się ze znacznym obciążeniem zarówno społecznym, jak i ekonomicznym. Nieprzewidywalność schorzenia oraz stres towarzyszący atakom mają wpływ na jakość życia pacjentów m.in.: edukację - pogorszenie wyników w szkole, a tym samym wpływ na przyszłe osiągnięcia zawodowe chorych; społeczeństwo - wpływ na relacje społeczne; pracę - obawa przed podejmowaniem planów w sferze zawodowej, rodzinnej czy społecznej; życie rodzinne - strach przed pojawieniem się objawów u dzieci pacjentów już zdiagnozowanych; zdrowie - wśród chorych z rozpoznaniem dziedzicznego obrzęku naczynioruchowego nierzadko stwierdza się depresję.⁵⁶

⁴⁹ Lumry WR. Overview of epidemiology, pathophysiology, and disease progression in hereditary angioedema. *Am J Manag Care* 2013;19:s103-10

⁵⁰ Nowicki RJ. Obrzęk naczynioruchowy. W: *Interna Szczeklika. Medycyna Praktyczna, Kraków* 2018: 2182-2188

⁵¹ Banerji A, Li Y, Busse P, Busse P, Riedl MA, Holtzman NS, Li HH, Davis-Lorton M, Bernstein JA, Frank M, Castaldo AJ, Long J, Zuraw B, Lumry W, Christiansen S. Hereditary angioedema from the patient's perspective: A follow-up patient survey. *Allergy Asthma Proc* 2018; 39(3):212-223

⁵² Stobiecki M, Czarnobilska E, Obtulowicz K. Nabyty obrzęk naczynioruchowy - kliniczna charakterystyka chorych zdiagnozowanych w kierunku nabytego niedoboru C1 inhibitora w latach 2012-2016. *Przegląd Lekarski* 2016;73: 12.

⁵³ Lumry WR. Overview of epidemiology, pathophysiology, and disease progression in hereditary angioedema. *Am J Manag Care* 2013;19:s103-10.

⁵⁴ Porębski G, Gocki J, Juchacz A, Kucharczyk A, Matuszewski T, Olejniczak K, Sokołowska M, Stobiecki M, Trębas-Pietraś E, Obtulowicz K. Postępowanie we dziedzicznym obrzęku naczynioruchowym z niedoboru inhibitora C1 - stanowisko Sekcji HAE Polskiego Towarzystwa Alergologicznego. Część II: leczenie i zapobieganie napadom, monitorowanie choroby i postępowanie w sytuacjach szczególnych. *Alergologia Polska - Polish Journal of Allergology* 2018; 5(2): 109-120

⁵⁵ Czarnobilska E.: Wrodzony obrzęk naczynioruchowy (HAE) - etapy postępowania diagnostycznego. *Alergia*, 2015, 1: 31-35

⁵⁶ Fouche AS, Saunders EFH, Craig T. Depression and anxiety in patients with hereditary angioedema. *Ann Allergy Asthma Immunol* 2014; 112(4):371-5.

W ostatnich latach dokonał się ogromny postęp w leczeniu HAE na świecie. Dzięki pojawieniu się nowych terapii, w tym pierwszego przeciwciała monoklonalnego w leczeniu HAE - lanadelumabu, możliwe jest leczenie zapobiegawcze, którego celem jest zapobieganie niebezpiecznym objawom choroby. Lanadelumab cechuje bardzo wysoka skuteczność, czego dowiedziono w badaniu rejestracyjnym: blisko 8 na 10 pacjentów nie doświadczyło żadnego ataku (w tym 9 na 10 żadnych ciężkich).⁵⁷ Lanadelumab został zarejestrowany w Unii Europejskiej (UE) w 22 listopada 2018 r. we wskazaniu rutynowej profilaktyki nawracających napadów dziedzicznego obrzęku naczynioruchowego (ang. Hereditary angioedema, HAE) u pacjentów w wieku 12 lat i starszych.⁵⁸ Ma status leku sierocgo oraz został zarejestrowany w tzw. procedurze *accelerated assessment*, czyli przyśpieszonej rejestracji zarezerwowanej dla bezpiecznych i skutecznych leków, aby terapia tymi lekami była zapewniona obywatelom UE, tak szybko jak to możliwe.⁵⁹ Lanadelumab jest refundowany w Polsce od 1 września 2021 r. w ramach programu lekowego pt. Leczenie zapobiegawcze chorych z nawracającymi napadami dziedzicznego obrzęku naczynioruchowego o ciężkim przebiegu (ICD-10: D 84.1), we wskazaniu: Terapia pacjentów w ramach profilaktyki nawracających napadów dziedzicznego obrzęku naczynioruchowego (typu I lub II) u pacjentów w wieku 12 lat i starszych (choroba ultrazadka).

Chirurgia

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

Problem uszkodzeń zwieraczy odbytu u kobiet po porodzie jest bardzo niezauważony. Mam tu na myśli mechaniczne uszkodzenia zwieraczy odbytu podczas porodu, a nie przejściową niewydolność zwieraczy odbytu, która występuje w pewnym odsetku u kobiet po porodzie siłami natury w wyniku samego porodu i która z czasem ustępuje. Uszkodzenia zwieraczy odbytu są ciężkimi uszkodzeniami ciała. Jest to problem wstydlivy i niedoszacowany. Uszkodzenia zwieraczy podczas porodu zwykle doprowadzają do nietrzymania stolca, które ujawnia się stosunkowo krótko po porodzie. Trzeba jednak wspomnieć, że u części kobiet występują mechanizmy działające niejako zastępczo w celu zapewnienia kontynencji (trzymania stolca). Polegają one na angażowaniu innych, poza uszkodzonymi zwieraczami, mięśni w celu zapewnienia trzymania stolca: np. mięśni ud czy pośladków. W ten sposób uszkodzenie zwieraczy jest maskowane zwykle do okresu menopauzy gdy mięśnie słabną, a nietrzymanie stolca staje się olbrzymim problemem nie tylko pacjentki ale także lekarzy. Nietrzymanie stolca po porodzie jest jednostką chorobową, która ma absolutnie dewastujący wpływ na zdrowie kobiety: brak kontynencji wymusza m. in. konieczność noszenia wkładek czy pieluch, w sposób istotny wpływa na aktywność życiową, seksualną, zawodową, spędzanie czasu wolnego. Dodatkowo powoduje ciężką dysfunkcję seksualną i psychiczną. Warto zwrócić też uwagę na kontekst wystąpienia nietrzymania stolca w związku z uszkodzeniami zwieraczy po porodzie: Pacjentka przychodzi do szpitala urodzić

⁵⁷ TAKHZYRO (lanadelumab) Summary of Product Characteristics. November 2018.

⁵⁸ https://www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/takhzyro-epar-product-information_pl.pdf

⁵⁹ <https://www.ema.europa.eu/en/news/human-medicines-highlights-2018>

dziecko, a wychodzi - w przypadku nieleczenia - z ciężką i potencjalnie tylko częściowo uleczalną jednostką chorobową. W sposób szczególny na mechaniczne uszkodzenia zwieraczy narażone są kobiety, u których poród przebiega z trudnościami lub wymaga szybkiego ukończenia np. z powodu objawów zagrożenia życia płodu. Te działania, zwykle ratunkowe wobec płodu, wymuszają stosowanie szerokich nacięć krocza, wyciągaczy próżniowych czy też kleszczy. To z kolei przekłada się na wyższe ryzyko uszkodzeń tkanek miękkich kanału rodnego i okolicy odbytu. Po ciężkich porodach ocena zwieraczy stanowi wyzwanie zarówno z powodu trudności w rozpoznaniu jak i zaopatrzeniu, gdyż mięśnie te po rozerwaniu zwykle bardzo krwawią. Tym niemniej mechaniczne uszkodzenia zwieraczy odbytu można - i należy - rozpoznawać i leczyć niemal natychmiast lub w krótkim czasie po porodzie. Dane literaturowe nie pozostawiają wątpliwości, że im szybciej zwieracz zostanie zaopatrzony, tym większa szansa, że naprawa będzie wysoce skuteczna. Jako wysoką skuteczność rozumiemy prawidłową pracę zwieracza w długim okresie czasu. Wiadomo bowiem że głównym problemem tych odroczonej napraw zwieraczy, to jest napraw wykonywanych w odległym czasie po porodzie, jest ich malejąca skuteczność wraz z upływem czasu. Wczesne naprawy zwieraczy uszkodzonych podczas porodu mają jeszcze jeden ważny wymiar: oszczędzają Pacjentce, która co dopiero urodziła dziecko, wszystkich niedogodności związanych z nietrzymaniem stolca w tym noszeniem pieluch, z którymi Pacjentka musi mierzyć się do czasu operacji naprawczej i to ciągle sprawując opiekę nad nowo narodzonym dzieckiem, a jednocześnie krążąc po poradniach w przygotowaniu do operacji naprawczej. W Polsce w przypadku amputacji w obrębie np. kończyny górnej pacjenci mają zapewnioną całodobowo dyżur replantacyjny pełniony w ośrodkach referencyjnych, do których ich się kieruje. U podstaw utworzenia tych ośrodków było zrozumienie kalectwa jakie niesie ze sobą utrata choćby części kończyny górnej. Nie mam najmniejszych wątpliwości, że uszkodzenie zwieraczy, szczególnie podczas porodu w przypadku jego nieleczenia także prowadzi do ciężkiego kalectwa. Dlatego uważam za niezbędne objęcia tych Pacjenteń uporządkowanym programem opieki już od czasu rozpoznania uszkodzenia zwieraczy ze szczególnym zwróceniem uwagi na pilność postępowania diagnostycznego, chirurgicznego i szalenie ważnego postępowania rehabilitacyjnego (!) oraz uprzywilejowanie w otrzymywaniu porad ambulatoryjnych. W jakiś sposób należałoby także uwzględnić poradnictwo dla pacjentek po uszkodzeniach zwieraczy, które planują kolejną ciążę. Podsumowując uważam że temat uszkodzeń okołoporodowych zwieraczy powinien znaleźć zrozumienie tak aby Polki otrzymywały w zakresie tej potencjalnie ciężko okaleczającej jednostki chorobowej świadczenia odpowiadające aktualnemu stanowi wiedzy.

Bezpieczeństwo lekowe w Polsce – podstawowe leki w terapii kobiety

Pandemia COVID-19 oraz wojna na Ukrainie pokazały, jak ważne jest bezpieczeństwo dostaw i dostępu chorych do leków, których na listach refundacyjnych jest kilka tysięcy. Korzystają z nich miliony Polaków oraz parę milionów uchodźców. 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. Niestety, udział krajowych leków w polskim rynku spada. Tymczasem import podstawowych leków mogą zatrzymać nie tylko pandemie i lockdowny, ale i kryzysy ekonomiczne, 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, zachęcając 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.

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-ekspertcka debata prezentująca inicjatorów powołania *think-tanku*, skład Rady Naukowej oraz **Tezy dla Zdrowia** wytyczające kierunki niezbędnych zmian w systemie ochrony zdrowia. Po trwających kilka miesięcy dyskusjach i konsultacjach powstała obecna wersja **Tez dla Zdrowia**, w których proponujemy:

1. PRZYJĘCIE ZASADY „ZDROWIE W POLITYCE”

ZDROWIE znajduje się na pierwszej pozycji naszych potrzeb. Nie stało się jednak priorytetem programu żadnej partii. Proponujemy zapisanie w regulaminie Sejmu zasady dorocznego expose Premiera odnoszącego się także do wyzwań 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 zredukować koszty pośrednie, co w dłuższej perspektywie poprawi kondycję zdrowotną Polaków i będzie miało pozytywny wpływ na budżet państwa.

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

Zasadą każdego ubezpieczenia jest precyzyjne określenie zakresu: szkód, działań i rekompensat pokrywanego przez firmę ubezpieczającą. Taka sama zasada powinna dotyczyć działań podejmowanych przez NFZ. Przy określeniu zawartości koszyka świadczeń gwarantowanych proponujemy przyjęcie zasady finansowania świadczeń diagnostycznych i terapeutycznych z następujących obszarów medycyny: ostre stany zagrażające życiu, drogie procedury szpitalne,

diagnostyka i leczenie chorób przewlekłych. System powinien gwarantować równy dostęp do świadczeń zdrowotnych zgodnych z aktualną wiedzą medyczną i adekwatnych do stanu zdrowia pacjenta.

7. WPROWADZENIE ZASADY RÓWNOŚCI PODMIOTÓW LECZNICZYCH WOBEC PŁATNIKA – NFZ

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

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

Najpilniejsze zadania w tym zakresie to wprowadzenie:

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

Alternatywne rozwiązanie to wprowadzenie ubezpieczeń komplementarnych na zasadach solidaryzmu społecznego.

9. POWOŁANIE FUNDUSZU WALKI Z RAKIEM

W związku z faktem, iż choroby nowotworowe stanowią jedno z największych zagrożeń cywilizacyjnych oraz wobec ogromnego postępu jaki dokonuje się w ich diagnostyce i terapii niezbędne jest zapewnienie odpowiedniego finansowania stosowanych tu procedur. Szczególną wagę należy 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 CHOROÓB RZADKICH I ULTRARZADKICH

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

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

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

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

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

13. POSTAWIENIE NA POZ I STWORZENIE PROGRAMU WSPARCIA OPIEKI ŚRODOWISKOWEJ

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

14. POWOŁANIE EUROPEJSKIEJ UNII ZDROWIA

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

15. UTRZYMANIE ZASADY OBOWIĄZKOWOŚCI SZCZEPIEŃ OCHRONNYCH W POLSCE

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

- zwiększyć wiedzę społeczną na temat szczepień,
- nasilić wszelkie formy przeciwdziałania Państwa przejawom deprecjonowania ich roli - konsekwentnie walczyć z fałszującymi prawdę mitami,

- zapewnić możliwie najskuteczniejszą ochronę osobom z medycznymi przeciwwskazaniami do szczepień
- zapewnić wzrost wyszczepialności osób dorosłych.

16. PROMOCJA POLSKI PRZEZ ZDROWIE

Dotychczasowe doświadczenia projektów z zakresu zdrowia promujących Polskę wskazują na dużą efektywność tego typu działań, szczególnie w państwach biedniejszych (Afryka, Azja Środkowa). Proponujemy, by w ramach promocji Polski za granicą, jako stały element, oprócz działań w zakresie kultury i nauki, włączyć działania prozdrowotne promujące polskie przedsięwzięcia w dziedzinie medycyny (leczenie słuchu, kardiologia, kształcenie pielęgniarek, itp.).

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

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

1. Powitaj pacjenta – podaj mu rękę na przywitanie.
2. Skup, choć kilka minut, tylko na nim swoją uwagę – dając do zrozumienia, że w tym czasie on jest najważniejszy dla ciebie i 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. 734 439 122, e-mail: jasinska@greencomm.pl

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

Raport powstał dzięki wsparciu partnerów:

