



**RAPORT:
BEZPIECZEŃSTWO
ZDROWOTNE POLSKI
– NOWE WYZWANIA
DLA IDEI
SOLIDARNOŚCI
EUROPY**

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
30 maja 2022 r.

Raport pt. *Bezpieczeństwo zdrowotne Polski – nowe wyzwania dla idei solidarności Europy. Medyczna Racja Stanu*, Warszawa, maj 2022

ISBN: 978-83-961477-9-0

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. Michał Byliniak, Prezes Związku Pracodawców Innowacyjnych Firm Farmaceutycznych INFARMA
4. Dr Grzegorz Cessak, Prezes Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych
5. Prof. Leszek Czupryniak, Kierownik Kliniki Diabetologii i Chorób Wewnętrznych, Uniwersyteckie Centrum Kliniczne WUM
6. Prof. Urszula Demkow, Polska 2050, Kierownik Zakładu Diagnostyki Laboratoryjnej i Immunologii Klinicznej Wieku Rozwojowego UCK WUM
7. Książd Władysław Duda, Dyrektor Archidiecezjalnego Zespołu Domowej Opieki Paliatywnej
8. Poseł Barbara Dziuk, Przewodnicząca Podkomisji Stałej do spraw Onkologii oraz Zespołu ds. Chorób Rzadkich Sejm RP
9. Ewa Falkowska, Dyrektor Advocacy, UNICEF Polska
10. Prof. Krzysztof Giannopoulos, Prezes Stowarzyszenia Hematologia Nowej Generacji, Kierownik Zakładu Hematoonkologii Doświadczalnej UM w Lublinie, Kierownik Oddziału Hematologicznego Centrum Onkologii Ziemi Lubelskiej
11. Dr Jakub Gierczyński, Ekspert systemu ochrony zdrowia
12. Dr Dmytro Hyk, Novapoliklinika, Ukraina
13. Krzysztof Kopeć, Prezes Polskiego Związku Pracodawców Przemysłu Farmaceutycznego
14. Prof. Paweł Kowal, Poseł na Sejm RP, Sejmowa Komisja Zdrowia
15. Ewa Krajewska, Główny Inspektor Farmaceutyczny
16. 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
17. Prof. Anna Latos-Bieleńska, Konsultant Krajowa w dziedzinie Genetyki Klinicznej, Kierownik Katedry i Zakładu Genetyki Medycznej Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego Centrum Biologii Medycznej
18. Lek. Krzysztof Łanda, Założyciel Fundacji Watch Health Care
19. Prof. Adam Maciejczyk, Prezes Polskiego Towarzystwa Onkologicznego
20. Prof. Artur Mamcarz, Kierownik III Kliniki Chorób Wewnętrznych i Kardiologii WUM
21. Dr Janusz Meder, Prezes Polskiej Unii Onkologii, NIO-PIB w Warszawie
22. Minister Maciej Miłkowski, Ministerstwo Zdrowia
23. Maksym Muzyczko, Pierwszy Sekretarz Ambasady Ukrainy w Rzeczypospolitej Polskiej
24. Minister Iryna Mykychak, Ministerstwo Zdrowia Ukrainy
25. Prof. Beata Naumnik, Konsultant wojewódzki w dziedzinie nefrologii, Kierownik I Kliniki Nefrologii i Transplantologii z Ośrodkiem Dializ, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
26. Prof. Aneta Nitsch-Osuch, Kierownik Zakładu Medycyny Społecznej i Zdrowia Publicznego Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego
27. Joanna Parkitna, Dyrektor Wydziału Oceny Technologii Medycznych w Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
28. Prof. Jarosław Pinkas, Konsultant Krajowy w dziedzinie zdrowia publicznego
29. Irena Rej, Prezes Izby Gospodarczej Farmacja Polska
30. Prof. Konrad Rejdak, Prezes Polskiego Towarzystwa Neurologicznego
31. Redaktor Iwona Schymalla, Medexpress, Służba Zdrowia
32. Dr Michał Sutkowski, Członek Narodowej Rady ds. Ochrony Zdrowia przy Prezydencie RP, Rzecznik Kolegium Lekarzy Rodziny w Polsce
33. Krystyna Wechmann, Członkini Narodowej Rady ds. Ochrony Zdrowia przy Prezydencie RP, Prezes Federacji Stowarzyszeń „Amazonki”
34. Prof. Tomasz Wróbel, Kierownik Kliniki Hematologii, Nowotworów Krwi i Transplantacji Szpiku Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego we Wrocławiu
35. Prof. Dorota Zozulińska-Ziótkiewicz, Prezes Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego, Kierownik Katedry i Kliniki Chorób Wewnętrznych i Diabetologii oraz Oddziału Diabetologii i Chorób Wewnętrznych Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu
36. Prof. Jakub Żołnierek, onkolog kliniczny, do niedawna Narodowy Instytut Onkologii Państwowy Instytut Badawczy w Warszawie

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

Wykorzystanie treści raportu pod warunkiem podania źródła: *Bezpieczeństwo zdrowotne Polski – nowe wyzwania dla idei solidarności Europy. Medyczna Racja Stanu*, Warszawa, maj 2022

Spis treści

1. Medyczna Racja Stanu – misja i działania	4
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. Leszek Czupryniak, Kierownik Kliniki Diabetologii i Chorób Wewnętrznych, Uniwersyteckie Centrum Kliniczne WUM	15
Dr Janusz Meder, Prezes Polskiej Unii Onkologii, Narodowy Instytut Onkologii w Warszawie, MRS...	16
Dr Michał Sutkowski, Specjalista Medycyny Rodzinnej i Chorób Wewnętrznych, Rzecznik Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce	16
Minister Iryna Mykychak, Wiceminister Zdrowia Ukrainy	17
Prof. Paweł Kowal, Poseł na Sejm RP, Sejmowa Komisja Zdrowia	18
Maksym Muzyczko, Pierwszy Sekretarz Ambasady Ukrainy w Rzeczypospolitej Polskiej	20
Ewa Krajewska, Główny Inspektor Farmaceutyczny	21
Dr Grzegorz Cessak, Prezes Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych	21
Irena Rej, Prezes Izby Gospodarczej Farmacja Polska.....	22
Prof. Jarosław Pinkas, Konsultant Krajowy w dziedzinie zdrowia publicznego.....	24
Minister Maciej Miłkowski, Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia	25
Joanna Parkitna, Dyrektor Wydziału Oceny Technologii Medycznych w Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji	25
Prof. Aneta Nitsch-Osuch, Kierownik Zakładu Medycyny Społecznej i Zdrowia Publicznego Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego.....	27
Prof. Anna Latos-Bieleńska, Konsultant Krajowa w dziedzinie Genetyki Klinicznej, Kierownik Katedry i Zakładu Genetyki Medycznej Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego Centrum Biologii Medycznej	27
Prof. Adam Maciejczyk, Prezes Polskiego Towarzystwa Onkologicznego.....	29
Lek. Krzysztof Łanda, Założyciel Fundacji Watch Health Care.....	31
Prof. Jakub Żołnierek, onkolog kliniczny, do niedawna Narodowy Instytut Onkologii Państwowy Instytut Badawczy w Warszawie	31
Prof. Konrad Rejda, Prezes Polskiego Towarzystwa Neurologicznego.....	33

Prof. Tomasz Wróbel, Kierownik Kliniki Hematologii, Nowotworów Krwi i Transplantacji Szpiku Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego we Wrocławiu	33
Prof. Krzysztof Giannopoulos, Prezes Stowarzyszenia Hematologia Nowej Generacji, Kierownik Zakładu Hematoonkologii Doświadczalnej UM w Lublinie, Kierownik Oddziału Hematologicznego Centrum Onkologii Ziemi Lubelskiej.....	34
Prof. Paweł Bogdański, Prezes Polskiego Towarzystwa Leczenia Otyłości, Kierownik Katedry i Zakładu Leczenia Otyłości, Zaburzeń Metabolicznych oraz Dietetyki Klinicznej UM w Poznaniu	36
Prof. Artur Mamcarz, Kierownik III Kliniki Chorób Wewnętrznych i Kardiologii WUM.....	37
Profesor Beata Naumnik, Konsultant Wojewódzki w dziedzinie Nefrologii, Kierownik I Kliniki Nefrologii i Transplantologii z Ośrodkiem Dializ, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku	37
Prof. Brygida Kwiatkowska, Konsultant Krajowa w dziedzinie reumatologii, Kierownik Kliniki Wczesnych Zapaleń Stawów Narodowego Instytutu Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji (NIGRIR) .	37
Ksiądz Władysław Duda, Dyrektor Archidiecezjalnego Zespołu Domowej Opieki Paliatywnej	39
Posel Barbara Dziuk, Przewodnicząca Parlamentarnego Zespołu ds. Chorób Rzadkich.....	39
Krystyna Wechmann, Członkini Narodowej Rady ds. Ochrony Zdrowia przy Prezydencie RP, Prezes Federacji Stowarzyszeń „Amazonki”	39
Minister Grzegorz Błażewicz, Zastępca Rzecznika Praw Pacjenta.....	40
Ewa Falkowska, Dyrektor Advocacy, UNICEF Polska	41
Prof. Urszula Demkow, Polska 2050.....	42
Dr Dmytro Hyk, Novapoliklinik, Ukraina.....	43
Krzysztof Kopeć, Prezes Polskiego Związku Pracodawców Przemysłu Farmaceutycznego.....	43
Michał Byliniak, Prezes Związku Pracodawców Innowacyjnych Firm Farmaceutycznych INFARMA....	44
Dr Jakub Gierczyński, Ekspert systemu ochrony zdrowia	45
4. Wnioski i Rekomendacje	45
5. Kluczowe informacje przygotowane na debatę przez Medyczną Rację Stanu z zakresu bezpieczeństwa zdrowotnego Polski.....	48
Onkologia.....	48
Apalutamid w terapii hormonowrażliwego raka gruczołu krokowego z przerzutami	48
Dostarlimab w terapii raka endometrium (trzonu macicy).....	48
Sacituzumab govitecan w terapii potrójnie ujemnego raka piersi (TNBC, triple-negative breast cancer)	49
Trastuzumab derukstekan w leczeniu HER2-dodatniego raka piersi	51

Terapia wirusowego zapalenia wątroby typu C w profilaktyce raka wątrobowokomórkowego.....	52
Onkohematologia	53
Ibrutinib w pierwszej linii leczenia pacjentów z przewlekłą białaczką limfocytową	53
Brentuksymab vedotin w terapii pacjentów z układowym chłoniakiem anaplastycznym z dużych komórek wcześniej nieleczonych	54
Iksazomib w schemacie IRd w terapii chorych na szpiczaka plazmocytozowego od drugiej linii leczenia	54
Daratumumab w terapii dorosłych pacjentów z nowo rozpoznanym szpiczakiem plazmocytozowym, którzy kwalifikują się do autologicznego przeszczepienia komórek macierzystych (I linia leczenia daratumumabem w skojarzeniu z bortezomibem, talidomidem i deksametazonem (DVTd)).....	55
Daratumumab w terapii dorosłych pacjentów chorych na nawrotowego i/lub opornego szpiczaka plazmocytozowego, u których zastosowano co najmniej jedną, ale nie więcej, niż trzy poprzedzające linie leczenia (II-IV linia).....	56
Psychiatria	56
Esketamina w leczeniu pacjentów z depresją lekooporną.....	56
Cukrzyca	57
Semaglutyd we wskazaniu: cukrzyca typu 2, u pacjentów stosujących co najmniej dwa doustne leki hipoglikemizujące lub insulinę bazową w skojarzeniu z co najmniej jednym doustnym lekiem hipoglikemizującym, z HbA1c \geq 8%, z otyłością definiowaną jako BMI \geq 30 kg/m ² oraz z bardzo wysokim ryzykiem sercowo naczyniowym.....	57
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.....	58
System ciągłego pomiaru glikemii metodą skanowania (isCGM) w terapii cukrzycy u dorosłych pacjentów z cukrzycą na wielokrotnych wstrzyknięciach insuliny	60
Nefrologia.....	62
Dapagliflozyna w terapii przewlekłej choroby nerek	62
6. Tezy dla Zdrowia.....	63

1. Medyczna Racja Stanu – misja i działania

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

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

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



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

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

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



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

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

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



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

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



W 2019 r. powołane zostały przy Medycznej Racji Stanu: Rada Ekspertów do spraw Chorób Rzadkich oraz Rada Ekspertów ds. Chorób Metabolicznych i Przeciwdziałania Otyłości. W 2020 r. ukonstytuowała się Rada Ekspertów ds. Onkologii. W 2021 r. powołano Radę Ekspertów ds. Chorób Autoimmunologicznych. W latach 2016-2021 Medyczna Racja Stanu zorganizowała debaty, których celem było stworzenie platformy dialogu „przy okrągłym stole”, zaproponowanie rozwiązań oraz zainicjowanie konkretnych działań w przestrzeni polityki zdrowotnej w Polsce.

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



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

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



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

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



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

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



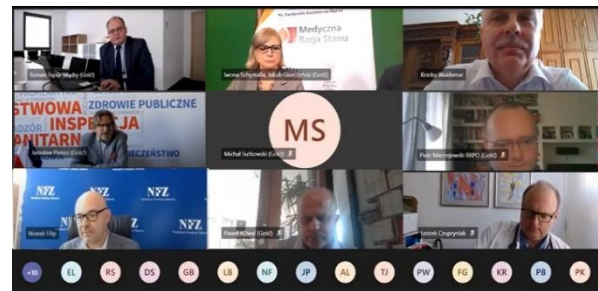
13 maja 2020 r. – III Spotkanie Rady Ekspertów ds. Chorób Rzadkich Medycznej Racji Stanu online – chorzy na choroby rzadkie wymagają szczególnej opieki w dobie pandemii oraz oczekują na Narodowy Plan dla Chorób Rzadkich.

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



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

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



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

4 lutego 2021 r. Światowy Dzień Walki z Rakiem - Otwarcia dla pacjenta. Otwarcia 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 autoimmunologicznych w dobie pandemii Covid-19



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

23 kwietnia 2021 r. 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 r. 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 r. 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 - Wygryzam. 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 - eksperci Medycznej Racji Stanu zastanawiali się, jak poradzić sobie z długim zdrowotnym i finansowym w onkologii, który powstał w wyniku pandemii Covid-19. Spowodowała 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



25 marca 2022 r. Debata Medycznej Racji Stanu pt. Zdrowie Kobiety w Obliczu Wyzwań Geopolitycznych - II etap kampanii informacyjno-systemowej „Zdrowie Kobiety – Bezpieczeństwo Rodziny”

Zapraszamy Państwa do lektury raportu, wszystkich opublikowanych raportów na stronie [www. medycznaracjastanu.pl](http://www.medycznaracjastanu.pl) oraz współpracy w ramach projektów Medycznej Racji Stanu.



Anna Jasińska



Grażyna Mierzejewska

2. Wprowadzenie, Anna Jasińska, Grażyna Mierzejewska, Medyczna Racja Stanu

Zdrowie jest podstawową wartością w życiu ludzi, a prawo do zdrowia należy do katalogu podstawowych praw człowieka. Realizacja tego prawa w stopniu gwarantującym bezpieczeństwo zdrowotne obywateli musi być wspierana skuteczną polityką państwa. Odnosząc się w tym kontekście do bezpieczeństwa zdrowotnego ludności Polski, należy mieć na uwadze zmieniającą się w czasie sytuację zdrowotną. W pierwszej dekadzie transformacji ustrojowej nastąpiły w Polsce korzystne

procesy, w tym przede wszystkim systematyczny spadek umieralności niemowląt, wysoki odsetek wyszczepialności oraz obniżenie umieralności z powodu chorób serca, co przyczyniło się do wzrostu przeciętnej długości życia. Te korzystne zmiany były wynikiem zarówno wzrostu finansowania ochrony zdrowia, realizowanych programów polityki zdrowotnej państwa, jak i prozdrowotnych zmian w stylu życia ludności. W kolejnych latach wystąpiły w Polsce pewne niepokojące trendy zdrowotne, w tym spowolnienie wzrostu długości życia (różnica 8 lat pomiędzy oczekiwaną długością życia kobiet – 82 lata, a mężczyzn – 74 lata), zbyt krótkie oczekiwane lata życia w zdrowiu (ok. 60 r.ż. dla mężczyzn i ok. 63 r.ż. dla kobiet), nadumieralność z powodu chorób sercowo-naczyniowych i nowotworów, pogorszenie stanu psychicznego Polaków oraz wzrost rozpowszechnienia czynników ryzyka (m. in. zanieczyszczenie powietrza, nadwaga i otyłość, palenie papierosów, nadużywanie alkoholu, niska aktywność fizyczna, stres), co prowadziło do wzrostu liczby zgonów.¹ Według GUS liczba zgonów w 2021 r. przekroczyła o blisko 154 tys. średnioroczną wartość z ostatnich 50 lat (519,5 tys. do 366 tys.), natomiast współczynnik zgonów na 100 tys. ludności osiągnął wartość wyższą o blisko 117 w stosunku do 2020 r. W 2021 r. zmarło 519 517 osób – wzrost liczby zgonów w stosunku do 2020 r. wyniósł ponad 42 tys. Główną przyczyną wzrostu liczby zgonów w Polsce w 2021 r. była trwająca od 2020 r. pandemia SARS-CoV-2, której kolejne fale osiągały swoje szczyty na przełomie marca i kwietnia oraz w grudniu. W 2020 r. z powodu COVID-19 zmarło w Polsce blisko 41,5 tys. osób, co stanowiło niespełna 9% wszystkich zgonów. W 2021 r. liczba zgonów z powodu koronawirusa zwiększyła się ponad 2-krotnie, osiągając poziom ponad 91 tys. Zmiany w umieralności pozostają w ścisłym związku ze zmianami w strukturze przyczyn zgonów. Według wstępnych danych o zgonach za 2021 rok – podobnie jak w latach ubiegłych – głównymi przyczynami zgonów były choroby układu krążenia i choroby nowotworowe, ale obie grupy odpowiadały już jedynie za nieco ponad połowę wszystkich zgonów. W stosunku do 2020 r. udział ten obniżył się o prawie 6%. Spadki obserwujemy niemal we wszystkich klasach przyczyn zgonów. Zmiany te są pochodną pandemii, w wyniku której w 2021 r. zmarło w Polsce ponad 91 tys. osób, co oznacza, że zgony z powodu COVID-19 stanowiły blisko 18% wszystkich zgonów.² Oprócz nadumieralności w konsekwencji wieloletnich zaniedbań w zakresie finansowania i optymalizacji systemu ochrony zdrowia w Polsce pandemia COVID-19 przyczyniła się do powstania długu zdrowotnego, wypalenia i migracji kadr medycznych z Polski lub z systemu publicznego do systemu prywatnego. Polski system ochrony zdrowia musi więc pilnie znaleźć odpowiedź na wyzwania związane z zapewnieniem bezpieczeństwa zdrowotnego mieszkańców Polski. Według Ministra Adama Niedzielskiego system ochrony zdrowia musi być odporny i stabilny, a także wspierać się na solidnych filarach: gwarancjach finansowych, stabilnych kadrach, cyfryzacji, profilaktyce i budowaniu autonomii lekowej.³ Według Ministerstwa Zdrowia w 2022 r. na ochronę zdrowia zostanie przeznaczony ok. 134 mld zł, co stanowi 5,75 proc. PKB. Realnym zatem wydaje się osiągnięcie progu 6% PKB publicznych nakładów na zdrowie w 2023 r., czyli kwoty 160 mld zł

¹ Stanowisko Rządowej Rady Ludnościowej w sprawie „Bezpieczeństwo zdrowotne ludności Polski”

https://bip.stat.gov.pl/files/gfx/bip/pl/defaultstronaopisowa/462/1/1/bip_stanowisko_rrl_bezp_zdrow_ludnosci.pdf

² Umieralność w 2021 roku. Zgony według przyczyn - dane wstępne. GUS, 2022 <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/statystyka-przyczyn-zgonow/umieralnosc-w-2021-roku-zgony-wedlug-przyczyn-dane-wstepne,10,3.html>

³ <https://pap-mediroom.pl/zdrowie-i-styl-zycia/w-dobrze-kryzysow-musimy-zadbac-o-odporny-i-stabilny-system-ochrony-zdrowia>

deklarowanej w Polskim Ładzie. To zbliży Polskę do średniego poziomu PKB przeznaczanego na ochronę zdrowia w państwach Unii Europejskiej.

Nowym wyzwaniem dla systemu ochrony zdrowia w Polsce i polityki zdrowotnej Unii Europejskiej jest wojna w Ukrainie. Od 24 lutego 2022 r. minęły już trzy miesiące. Od tego czasu do Polski wjechało blisko 3 mln uchodźców, w większości kobiety i dzieci. Jedna trzecia z tych osób otrzymała numery PESEL, które uprawniają do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej na terenie Polski. Początkowo problemy zdrowotne uchodźców wojennych związane były przede wszystkim z trudami podróży i aklimatyzacją. Do szpitali trafiały osoby z hipotermią i skrajnym wyczerpaniem. Obecnie w polskich szpitalach i hospicjach przebywa około kilka tysięcy obywateli Ukrainy. Szczególną kategorią pacjentów są dzieci chorujące onkologicznie, których leczenie gwałtownie przerwała wojna. Obecnie nie ma problemów z finansowaniem opieki dla ukraińskich pacjentów. Kierowane na ten cel środki nie pochodzą bezpośrednio ze składek, a z dodatkowych rezerw budżetowych. Kluczowe będzie jednak wsparcie finansowe Unii Europejskiej, które pozwoli odciążyć polski budżet. Szacuje się, że na milion uchodźców, wydatki z tytułu opieki zdrowotnej wynoszą około 300 mln zł miesięcznie. Jednak, aby świadczyć długofalową opiekę dla ukraińskich pacjentów, niezbędne będzie rozstrzygnięcie takich kwestii, jak wpływ braku dokumentacji medycznej na refundację leków, kwestie komunikacji z pacjentami nie mówiącymi po polsku oraz wiele innych wyzwań. Diagnostyka chorób zakaźnych czy leczenie chorób zakaźnych jak np. gruźlica, odra, COVID-19 są prowadzone zgodnie z aktualnymi wytycznymi medycznymi przez lekarzy w ramach systemu opieki zdrowotnej, do której dostęp dla uchodźców z Ukrainy został zagwarantowany w sposób nieodpłatny z zachowaniem zasad równego dostępu. Zalecane jest również zastosowanie polskiego kalendarza szczepień dla pacjentów z Ukrainy.

Bezpieczeństwo zdrowotne obywateli Unii Europejskiej staje się również strategicznym priorytetem wspólnoty jako gospodarczo-politycznego związku 27 demokratycznych państw europejskich. Komisja Europejska dąży do utworzenia Europejskiej Unii Zdrowotnej, w ramach której wszystkie kraje UE mogłyby przygotowywać się na ewentualne kryzysy zdrowotne i wspólnie na nie reagować, bez problemu pozyskiwać niedrogie i innowacyjne produkty medyczne oraz wspólnie doskonalić metody zapobiegania, leczenia i opieki. Europejska Unia Zdrowotna oznacza lepszy poziom ochrony zdrowia obywateli, większą gotowość UE i krajów członkowskich do zapobiegania ewentualnym pandemiom w przyszłości i do reagowania na nie oraz solidniejszych systemów opieki zdrowotnej w Europie. Ursula von der Leyen, przewodnicząca Komisji Europejskiej w przemówieniu na Światowym Szczycie Zdrowia (25 października 2020 r.) zaapelowała: „Nie możemy czekać, aż pandemia się skończy, by przystąpić do odbudowy i przygotować się na przyszłe wyzwania. Zbudujemy podstawy silniejszej Europejskiej Unii Zdrowotnej, w ramach której 27 państw będzie ze sobą współpracować w celu wykrywania zagrożeń oraz wspólnego przygotowywania się i reagowania na nie”. Pandemia COVID-19 dowiodła, że współpraca krajów UE ma pierwszorzędne znaczenie dla ochrony ludzkiego zdrowia. Zarówno w czasie pandemii, jak również w okresach, kiedy nie zmagamy się z sytuacjami kryzysowymi i możemy zająć się podstawowymi kwestiami związanymi z opieką zdrowotną, inwestować w solidne systemy opieki i szkolić pracowników służby zdrowia. Europejska Unia Zdrowotna ma na celu podniesienie w skali UE poziomu ochrony, profilaktyki, gotowości i reagowania na zagrożenia dla zdrowia ludzkiego.

W pierwszym wniosku ustawodawczym Komisji dotyczącym Europejskiej Unii Zdrowotnej podstawową rolę odgrywają środki w zakresie gotowości i reagowania na sytuacje kryzysowe. Są to: m.in. ulepszenie koordynacji na poziomie UE w obliczu międzynarodowych zagrożeń dla zdrowia oraz rozszerzenie

zakresu zadań Europejskiego Centrum ds. Zapobiegania i Kontroli Chorób oraz Europejskiej Agencji Leków w celu zapewnienia lepszego nadzoru oraz szczegółowych analiz i wytycznych naukowych do wykorzystania na wypadek kryzysu i w trakcie kryzysu. Komisja powołała do życia nowy europejski Urząd ds. Gotowości i Reagowania na Stany Zagrożenia Zdrowia (HERA). Jego zadaniem jest opracowywanie, produkowanie i nabywanie medycznych środków przeciwdziałania na wypadek kryzysów zdrowotnych oraz w ich trakcie. Cele urzędu HERA to lepsza koordynacja bezpieczeństwa zdrowotnego w UE przed kryzysem i w jego trakcie, współpraca państw członkowskich z przemysłem i zainteresowanymi stronami, opracowanie, produkcja, zakup, magazynowanie i sprawiedliwa dystrybucja medycznych środków przeciwdziałania oraz wzmocnienie globalnych struktur reagowania kryzysowego w sytuacjach zagrożenia zdrowia. Celem strategii farmaceutycznej jest modernizacja ram regulacyjnych oraz wspieranie badań naukowych, jak również technologii stosowanych u pacjentów. Cztery filary, na których opiera się strategia, to: realizacja dotychczas niezaspokojonych potrzeb medycznych, wspieranie konkurencyjnego i innowacyjnego europejskiego przemysłu farmaceutycznego, zwiększanie odporności poprzez zróżnicowane łańcuchy dostaw, zrównoważony charakter i gotowość na wypadek sytuacji kryzysowej oraz promowanie wysokich standardów dla produktów leczniczych na całym świecie. Europejski plan walki z rakiem ma na celu zapobieganie chorobom nowotworowym oraz zagwarantowanie wysokiej jakości życia pacjentom, osobom wyleczonym, ich krewnym i opiekunom. Dzięki kompleksowym działaniom w różnych obszarach unijnej polityki, takich jak cyfryzacja, badania naukowe czy innowacje, kraje UE mogą wygrać walkę z chorobami nowotworowymi. Te działania i inicjatywy przewodnie dotyczą poszczególnych aspektów zwalczania chorób i obejmują: profilaktykę, wczesne wykrywanie, diagnostykę i leczenie oraz jakość życia pacjentów i osób wyleczonych.

Jesteśmy zaszczytni, że tym razem możemy gościć nie tylko znakomite grono polskich ekspertów, lecz także ukraińskich. Dziękujemy Państwu za gotowość oddania głosu w tej ważnej debacie, w której przywołujemy trzy wartości: bezpieczeństw, zdrowie i solidarność. Nikt lepiej od Polaków nie wie, ile dobrego można zdziałać, działając wspólnie pod sztandarem solidarności. Po doświadczeniach COVID-19 i agresji Rosji na Ukrainę musimy od nowa przywołać te wartości i przypominać sobie o ich znaczeniu. Myślę, że w tym gronie nie trzeba nadmieniać, że bez bezpieczeństwa i wolności nie ma zdrowia, ale też bez zdrowia i bezpieczeństwa nie ma wolności. Każda z tych wartości jest od siebie zależna. Bezpieczeństwa zdrowotnego będziemy pilnować, również realizując zasady solidarności. Nie tylko w Polsce wobec Ukrainy, ale mam nadzieję także w ramach całej europejskiej społeczności. W ubiegłym tygodniu WHO ogłosiła rezolucję dotyczącą inwazji rosyjskiej w Ukrainie i stwierdziła, że w Ukrainie mamy kryzys zdrowotny.

3. Stanowiska ekspertów przedstawione w trakcie spotkania

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

Redaktor Iwona Schymalla, Medexpress, Służba Zdrowia

Medyczna Racja Stanu dziś wraz z Państwem będzie wspólnie dyskutować na temat bezpieczeństwa zdrowotnego Polski. Poruszymy temat nowych wyzwań dla idei solidarności Europy, bo tak jak wszyscy wiemy, mamy wielu uchodźców z Ukrainy, którzy także potrzebują opieki medycznej. Jest to bez wątpienia ogromne wyzwanie dla naszego systemu ochrony zdrowia. Część ekspertów gościmy w Pałacu Staszica Polskiej Akademii Nauk w Warszawie, a część w jest z nami online.



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

Witam państwa bardzo serdecznie. To jest szósty rok działalności *think tanku* - Medycznej Racji Stanu, która dzisiejszą debatą wraca do swoich korzeni. Pierwsze spotkanie, sześć lat temu, dotyczyło bezpieczeństwa zdrowotnego. Nie sądziliśmy, że ten temat stanie się tak bardzo ważny. Mamy nadzieję, że nasze dzisiejsze spotkanie pozwoli zasiać w debacie publicznej kilka koncepcji oraz idei, a pomysły doczekają się realizacji. Pracujemy i dyskutujemy, a raporty z konkretnymi wskazówkami są brane pod uwagę przez Ministerstwo Zdrowia, dlatego, że Medyczna Racja Stanu działa ponad podziałami politycznymi, jednak jak mówił Platon „wszystko jest polityką”. Cały czas leczymy w naszym szpitalu pacjentów z Ukrainy, którzy mają status uchodźcy i zgłaszają się z całą gamą różnych chorób. Staramy się im pomóc tak, jak umiemy najlepiej. Na takich pojedynczych przypadkach dramatów ludzkich widać, jaką skalę problemu zdrowotnego wywołała wojna, której końca niestety nie widać. Wyzwaniem jest zapewnienie ciągłości terapii uchodźców. To jest kluczowe, aby ukraińscy pacjenci dalej mogli być leczeni i korzystać z leków, wyrobów medycznych, glukometrów i systemów ciągłego monitorowania glikemii, które też w Ukrainie są używane. Godne pochwały są działania firm farmaceutycznych produkujących insulinę i leki, ponieważ przekazały na Ukrainę darowizny finansowe i sprzętowe. W diabetologii jesteśmy zainteresowani utrzymaniem ciągłości leczenia, bo doskonale wiemy, czym grozi nawet krótkotrwałe jego przerwanie. Na początku 2022 r. mieliśmy falę pacjentów, którzy jadąc trzy dni bez leków trafiali do szpitala w ciężkiej kwasicy ketonowej. W tej chwili ten proces trochę zelżał, ale pacjentów z Ukrainy przyjmujemy cały czas. W Polsce w zakresie diabetologii od paru lat przeżywamy absolutną rewolucję technologiczną. Pojawiły się nowe grupy leków: analogi GLP-1 oraz inhibitory SGLT2, które zmieniają całkowicie sposób leczenia cukrzycy typu 2. Powodują, że możemy odsuwać w czasie, a może nawet nie stosować insuliny przez wiele lat. Z jednej strony chcemy zapewnić odpowiednie leczenie uchodźców z Ukrainy, z drugiej zaś powinniśmy zagwarantować dobre leczenie Polakom. Należy stosować rozwiązania takie, aby nikt nie tracił niczym kosztem. Chodzi o to, by dostęp refundacyjny do tych terapii był jak najszerszy, bez zważania na obywatelstwo. Obywatele Ukrainy mają zapewniony bezpłatny dostęp do opieki zdrowotnej - to była bardzo dobra decyzja podjęta już na początku wojny. Wzmiankowane leki mogą być z powodzeniem stosowane również w niewydolności krążenia oraz w niewydolności nerek. Jesteśmy wdzięczni Panu Ministrowi Miłkowskiemu za wszystkie decyzje refundacyjne. Cieszy nas najnowsza refundacja floszyn dla pacjentów z przewlekłą chorobą nerek. Pacjenci z cukrzycą są w tej grupie ryzyka. Nerki mają to do siebie, że nie boją przez wiele, wiele lat,



dlatego te choroby trzeba wyłapywać we wczesnym stadium. Te szybkie decyzje ministerstwa uwzględniające refundację nowych leków przekładają się na korzyści długofalowe: zmniejszenie hospitalizacji, wydłużenie życia pacjenta, lepszą jakość życia oraz oszczędności po stronie innych świadczeń i redukcji powikłań.

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



Założeniem Medycznej Racji Stanu było, jest i zawsze będzie współdziałanie, koordynacja oraz kompleksowość. Od sześciu lat staramy się prowadzić konstruktywny dialog i omawiać największe wyzwania w medycynie. Chciałbym ustosunkować się do wypowiedzi kolegów onkologów i onkohematologów, którzy poruszali ważne elementy związane z postępem w medycynie, który nie jest w pełni wykorzystany z myślą o polskim pacjencie onkologicznym. Dostępność do terapii nie jest powszechna i nie jest równa - chociażby ze względu na kod pocztowy. Pacjenci tracą swoje szanse na przeżycie zanim trafią do jednostek, które dysponują nowoczesnymi metodami diagnostyki i leczenia. Dziękując za to, co się zadziało w ostatnich latach w refundacji nowych leków, czekamy na następne dobre decyzje refundacyjne. Postęp wiedzy medycznej i dostęp do nowoczesnych terapii jest coraz większy na świecie, a my, w Polsce nadrabiamy stopniowo te zaległości. Jako lekarze, chcemy mieć równe szanse w leczeniu polskiego pacjenta, analogicznie jak specjaliści z innych krajów Unii Europejskiej. Nie widzę powodu, żeby zwlekać kilka lat z refundacją publiczną leku, który został zarejestrowany w Unii Europejskiej. Również, jako onkolodzy, chcemy leczyć możliwie skutecznie już w pierwszych liniach terapii. Każda następna linia zmniejsza szansę o 50 proc., więc nie traćmy tego pacjenta, opóźniając dostęp do najskuteczniejszych terapii. Mam nadzieję, że Narodowa Strategia Onkologiczna zostanie w pełni zrealizowana w zakresie postawionych celów i zadań. Bardzo ważne jest wdrożenie Narodowego Programu Eliminacji Wirusa HCV, który nie został do dzisiaj wprowadzony. Każdy z nas - lekarzy, ma doświadczenia z pacjentami z wirusowym zapaleniem wątroby typu C. Jeżeli nie stworzymy narodowego programu, to będziemy tracić życia ludzkie, gros osób ze wspomnianym wirusem nie zdaje sobie nawet sprawy, że są nosicielami. Problem raka wątroby i WZW typu C jest bardzo ważny. Dzisiaj pomimo braku szczepionki leczenie WZW-C jest bardzo skuteczne. Terapia trwa 6-8 tyg. i jest w stanie w prawie 100 proc. wyeliminować wirusa, a poprzez to poważne i ciężkie choroby będące konsekwencją infekcji.

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



23 czerwca 2022 r. polska medycyna rodzinna kończy 30 lat. Próbuje od dekad organizować podstawową opiekę zdrowotną na miarę możliwości nowoczesnej, europejskiej medycyny rodzinnej. Działamy również w ramach Medycznej Racji Stanu, bo uważamy że jest to *think tank*, który działa na rzecz najważniejszych wartości, bezpieczeństwa zdrowotnego Polek i Polaków. Są to wyzwania również dla ekspertów zgromadzonych w Narodowej Radzie do spraw Ochrony Zdrowia przy Prezydencie RP. Nasze aktywności traktujemy jako pewnego rodzaju misję, nakierowaną na to, żeby politykom, ludziom, którzy mają wpływ na kształt ochrony zdrowia, przekazywać głos pacjentów,

lekarzy i całego środowiska medycznego. Mówimy dzisiaj o najpilniejszych wyzwaniach bezpieczeństwa zdrowotnego Polski. Po pierwsze, powinno to być przygotowanie systemu ochrony zdrowia do zagrożeń zarówno tych wojennych, jak i pandemicznych. System opieki zdrowotnej musi być elastyczny, kompatybilny i kompleksowy. Drugie, to konieczna reforma tego systemu. Musi się zwiększyć rola kadr medycznych i organizacji pacjenckich. Głównym filarem systemu musi być podstawowa opieka zdrowotna (POZ), która powinna być adekwatnie finansowana i zorganizowana.

Minister Iryna Mykychak, Wiceminister Zdrowia Ukrainy

Dziękuję z całego serca Ministerstwu Zdrowia, Prezydentowi, Premierowi oraz wszystkim obywatelom polskim za wsparcie Ukrainy w walce o wolność i niepodległość. Trudno wyrazić słowami naszą wdzięczność i szacunek dla Polski. Mija już ponad 100 dni walki Ukrainy z agresorem. Ukraina wstrzymuje agresję Rosji nie tylko na swój kraj, ale i na całą Europę. Nasz system ochrony zdrowia jest w trakcie transformacji. Jednym z celów jest jego kompatybilność z europejskim systemem. Niestety wojna powstrzymała szereg naszych planów. Na Ukrainie od początku działań wojennych Rosja zniszczyła ok. 600 szpitali i ok. 400 aptek. To jest przede wszystkim wojna przeciwko cywilom, która rujnuje także infrastrukturę medyczną. W czasie wojny jest trudniej dostarczać leki do pacjentów, bo zniszczone są apteki. Niestety agresja spowodowała zmiany nie tylko w Ukrainie, ale i u naszych sąsiadów w Polsce. Obecnie ok. 6 mln obywateli Ukrainy przebywa poza granicami kraju. Ponad 3 mln w Polsce, 500 tys. na Węgrzech, 800 tys. w Rumunii, ponad 400 tys. w Słowacji i 400 tys. Mołdawii. Duży ciężar opieki spadł na infrastrukturę medyczną w zachodniej części Ukrainy. Dzisiaj nie mamy bezpiecznego obszaru, ale szpitale w zachodniej i centralnej części kraju świadczą usługi medyczne dla pacjentów. Oprócz pacjentów emigrują także lekarze do zachodniej Ukrainy i poza jej granice, w tym do krajów Unii Europejskiej. Jako resort zdrowia Ukrainy zdajemy sobie sprawę, jak obciążony jest system ochrony zdrowia w Polsce i że leczenie, a także opieka zdrowotna obywateli Ukrainy jest ciężarem dla budżetu Państwa Polskiego, dlatego Ministerstwo Zdrowia Ukrainy jest w ścisłym kontakcie z Komisją Europejską, aby zrekompensować te straty, które ponosi Polska. Ministerstwo Zdrowia Ukrainy za pośrednictwem ambasadora Ukrainy w Polsce jest także w ścisłym kontakcie z polskim Ministerstwem Zdrowia. W przyszłym tygodniu odbędzie się formalne spotkanie ministerstw zdrowia Ukrainy i Polski. Będą podejmowane na nim m. in. kwestie bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli w Polsce, jak i na Ukrainie. Trwają prace nad usprawnieniem przekazywania dokumentacji medycznej z Ukrainy nie tylko do szpitali w Polsce, lecz także do innych krajów Europy. Nasze Ministerstwo Zdrowia zaproponowało wymianę danych z elektronicznego systemu ochrony zdrowia, aby zabezpieczyć ciągłość opieki. Z punktu widzenia strategii zapewni to dobrą opiekę dla obywateli obu krajów. Kryzys wojny przyczynił się do nawiązania dobrej współpracy między ukraińskimi kadrami medycznymi a kadrami europejskimi. Obecnie jest cały szereg problemów do rozwiązania, a jedną z tych kwestii jest immunoprofilaktyka i zapobieganie chorobom infekcyjnym. Ważne jest również zdrowie psychiczne i wsparcie psychologiczne uchodźców. Kluczowe jest zakończenie wojny i powrót obywateli do kraju. Ukraina rozpoczęła już działania w kierunku strategicznej odbudowy kraju, a priorytetem jest ochrona zdrowia. Doświadczenie Polski w transformacji systemu ochrony zdrowia będzie bardzo cenne dla Ukrainy.



Jesteśmy przekonani, że ta współpraca spowoduje większe bezpieczeństwo w zakresie ochrony zdrowia dla obywateli obu krajów. Jesteśmy razem w walce o zdrowie i demokrację.

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

Sześć lat temu dyskutowaliśmy o zdrowiu i bezpieczeństwie narodowym w kontekście Unii Europejskiej. Mówiliśmy, że do projektu Europejskiej Unii Zdrowia jeszcze daleko, a także o tym, że kwestie ochrony zdrowia są osadzone w traktacie, czyli np. ochrona obywateli przed zagrożeniami transgranicznymi. Kiedy przychodziło jednak do mówienia o polityce zdrowotnej na poziomie unijnym właściwie konkluzja była jedna - zasadniczo rzecz ujmując - nie jest to sprawa Unii Europejskiej. Oczywiście, pojawiała się kwestia zdrowia w różnych agendach europejskich - przykładowo w Dyrekcji Generalnej do spraw Zdrowia i Bezpieczeństwa czy Dyrekcji Generalnej do spraw Zatrudnienia. Panowało poczucie, że kwestie zdrowia muszą znaleźć się jako element polityki europejskiej na agendzie, jednak nie było rozwiązań instytucjonalnych. My wtedy odwoływaliśmy się do rozwiązań, jakie zastosowano w przypadku Unii Energetycznej. Kwestie energetyczne również były problemem o skali europejskiej, wymagały ścisłej koordynacji oraz dotyczyły aspektów transgranicznych (sąsiedztwa). Ten model Europejskiej Unii Energetycznej czy Unii Energetycznej, jako specjalnego rozwiązania we współpracy wewnątrz Unii, ale także we współpracy państw unijnych z państwami stowarzyszonymi czy kandydującymi braliśmy wtedy pod uwagę. Wychodziliśmy ze spotkania z konkluzją, która przez lata nas prowadziła, że trzeba widzieć europejski problem zdrowia w kategoriach bezpieczeństwa Unii Europejskiej. Dyskutowaliśmy wtenczas, czy warto więcej wydawać na zbrojenia czy na zdrowie. Zastanawialiśmy się nad tym, czy należy postrzegać zdrowie, jako kwestię bezpieczeństwa europejskiego i widzieć je, jako paralelne do kwestii ściśle militarnych. Wierzyliśmy, że jest możliwość budowania instytucjonalnego wsparcia dla polityki zdrowotnej na poziomie Unii Europejskiej i że byłoby to istotne dla Polski. Stąd też źródło nazwy naszego *think tanku* - Medyczna Racja Stanu. Później zaszły albo zachodzą dwa kluczowe wydarzenia, pandemia COVID-19 oraz wojna na Ukrainie, które wzmocniły nasze myślenie sprzed sześciu lat. Pandemia pokazała, że muszą funkcjonować sprawne mechanizmy ściślejszej koordynacji polityki zdrowotnej na poziomie unijnym i że jest to w interesie państw członkowskich. Stało się oczywiste, że państwa w obliczu konieczności negocjacji z koncernami czy intensyfikacji badań naukowych potrzebują wsparcia z centralnego poziomu Unii Europejskiej. Natomiast wojna na Ukrainie wykazała, że z perspektywy interesów państw warto w niektórych przypadkach zdecydować się na większą rolę instytucji europejskiej. Takim momentem, kiedy to się uwidoczniło były oczekiwania wobec Frontex (Europejska Agencja Straży Granicznej i Przybrzeżnej) w czasie kryzysu granicznego na Białorusi. Wtedy było widać, jak wielu polityków, także tych, którzy w ogólnych wypowiedziach są przeciwko instytucjom wspólnym stawia wobec Frontex oczekiwania, żeby on był nie tylko instytucją wspólną, ale by decydował na poziomie ponadpaństwowym, korzystając już tylko z woli politycznej komisarza. Te dwa elementy, które są ściśle powiązane, czyli lekcja z pandemii COVID-19 oraz wojny, przyspieszyły pewne procesy. Dzisiaj obserwujemy dużą aktywność Parlamentu Europejskiego w sprawach zdrowia. Przed sześciu laty były to aktywności głównie na skrzyżowaniu Zdrowie i Europejski Zielony Ład. Dzisiaj występuje to w sposób bardzo zintegrowany. Takim przykładem jest Komisja Walki z Rakim. Dużo więcej dzieje się po stronie instytucji wykonawczych Unii Europejskiej. Myślę nie tylko o wydzieleniu specjalnego budżetu, o czym



dyskusja zaczęła się już w 2020 r., ale jak zostało to zrealizowane. Dzisiaj mamy już program Unii Europejskiej zatwierdzony przez Komisję i przez Radę, który jest taką Europejską Unią Zdrowia, skoncentrowaną na kwestiach zagrożeń międzynarodowych. Zarówno kwestia COVID-19, jak i obecna wojna wskazały na to, że główną przyczyną polityczną, żeby argumentować za wspólnym działaniem na poziomie unijnym w dziedzinie zdrowia były kwestie międzynarodowe i transgraniczne. W kontekście instytucji oznacza to rozszerzenie zadań Europejskiego Centrum do spraw Zapobiegania i Kontroli Chorób (ECDPC- European Centre for Disease Prevention and Control) oraz oczywiście Europejskiej Agencji Leków (EMA-European Medicines Agency). W ramach pracy Komisji Europejskiej utworzono Europejski Urząd ds. Gotowości i Reagowania na wypadek Stanu Zagrożenia Zdrowia (HERA). To struktura Komisji, która współpracuje z ECDPC oraz EMA. Obecnie chodzi o to, żeby znowu skupić się na kwestiach bezpieczeństwa zdrowotnego, rozumianego tak, jak to się ukształtowało w ostatnich latach, czyli ze szczególnym uwzględnieniem pandemii, badań naukowych itd. I tu jest ważny element - instytucje europejskie zaczęły już na tym etapie zauważać, że są też inni interesariusze, czyli stowarzyszenia pacjenckie, biznes czy nauka. Chodzi również o to, aby Unia Europejska na poziomie koordynacyjnym była kompatybilna z innymi instytucjami, które działają globalnie. Przede wszystkim chodzi o ONZ i WHO, żeby można było tworzyć wspólne akcje. Można powiedzieć, że sprawy poszły bardzo do przodu, a dyskusja zmierza do odpowiedzi na kilka kluczowych pytań – jaki ma być zakres koordynacji. Wiemy już z doświadczenia, że w ochronie zdrowia, jeżeli zakres koordynacji jest za duży to istnieje ryzyko rozmycia zakresu odpowiedzialności instytucji europejskich lub mechanizmy nadregulacji. Warto zadać pytania, w jaki sposób wzmocnić tę odpowiedzialność? Gdzie przenieść już realnie kompetencje z państw członkowskich, albo podzielić się kompetencjami na poziomie Unii? Czy to oznacza zmianę traktatu? Czy to oznacza podpisanie dodatkowego traktatu, który włączyłby w ten proces także państwa stowarzyszone? Doświadczenie pokazuje, że niewralgiczny punkt styku z punktu widzenia bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli Unii to styk z państwami partnerstwa wschodniego na wschodzie i państwami stowarzyszonymi z Unią Europejską na południu. Nie europejskimi państwami, ale państwami, które są w polu ścisłego zainteresowania Francji, Hiszpanii, Włoch i tak dalej. Jeśli chodzi o kulturę polityczną Francji to mamy tam specjalną koncentrację na kwestiach zdrowia, szczepień i walki z epidemiami. Pojawiają się pytania - czy formalizować i w jaki sposób formalizować? To byłoby istotne z punktu widzenia polskiej racji stanu, które elementy koordynacji na poziomie unijnym powinny być z naszego punktu widzenia poddane ściślejszej organizacji na poziomie unijnym. Wszystko, to co wymieniłem stało się w oparciu o obecny traktat i gdybyśmy mieli na tej sali nie tylko politologa, ale na przykład specjalistę od prawa europejskiego, to dyskusja pewnie też by się wywiązała, na ile wręcz nagięto ten traktat, żeby stworzyć całą tę konstrukcję na poziomie europejskim. Kwestia transgranicznego statusu tych działań i włączenia w proces państw partnerstwa wschodniego jest w naszym kontekście dzisiaj kluczowa. Należy zadać pytanie, w jaki sposób kwestie zdrowia połączyć z kwestiami bezpieczeństwa narodowego. Wydarzenia ostatnich lat pokazały, że z punktu widzenia interesów Unii Europejskiej te sprawy są dużo bardziej połączone, niż się wcześniej wydawało. Należy również odpowiedzieć, jak bezpieczeństwo zdrowotne zapewniać Polakom. Bardziej czuję się w tym gronie reprezentantem Medycznej Racji Stanu niż konkretnej opcji politycznej. Chciałbym się więc skupić tylko na tych kwestiach, które dotyczą obecnego kryzysu, i co z nich wynika dla Polski i Unii Europejskiej. Również na sprawach legislacyjnych, które na tym etapie są moim zdaniem najważniejsze. Jeżeli chodzi o wojnę na Ukrainie, to opublikowaliśmy z Janem Krzysztofem Bieleckim tekst koncepcyjny w ubiegłym tygodniu o nowym traktacie polsko-ukraińskim, ponieważ mamy poczucie, że traktaty, ważne dokumenty międzypaństwowe, powstają albo wtedy, kiedy jest

taka potrzeba polityczna, kiedy prawnicy je piszą albo historia je pisze. A później trzeba je tylko zredagować. Mamy dzisiaj jakiś stan przejściowy, po polskiej stronie była reakcja władz rządowych, była reakcja samorządów i szpitali na tę sytuację. Ta nowa sytuacja dotyczy przede wszystkim zupełnie nowej historii, jeżeli chodzi o szpitale dziecięce i opiekę nad dziećmi. Znalazła się w Polsce i na jakiś czas zostanie, być może w części na zawsze, populacja kilkuset tysięcy dzieci. Ponad połowa z nich otrzymała PESEL, a więc pełne prawo do korzystania z systemu ochrony zdrowia. Trzeba natychmiast przesterować system, który sobie do tej pory poradził. To samo, jeżeli chodzi o kwestie zdrowia kobiet. Naszą rolą jest, żeby częścią traktatu polsko-ukraińskiego były też kwestie bezpieczeństwa, co jest oczywiste, ale bezpieczeństwa także rozumianego, jako kwestie zdrowotne. O tym napisaliśmy z Krzysztofem Bieleckim, który był premierem, który uznał Ukrainę, i ma ogromne zasługi, jeżeli chodzi o relacje polsko-ukraińskie. Wydaje nam się, że to jest nowy krok, który trzeba wykonać. Czyli, nowy traktat powinien mieć tę część, która dotyczy współpracy w dziedzinie medycyny i badań. Jest to również kwestia włączenia Ukrainy, jako państwa dzisiaj w partnerstwie wschodnim stowarzyszonego, a niebawem państwa kandydującego formalnie do Unii Europejskiej.

Maksym Muzyczko, Pierwszy Sekretarz Ambasady Ukrainy w Rzeczypospolitej Polskiej

Chciałbym podziękować całej Polsce, polskiemu systemowi ochrony zdrowia, każdemu Polakowi i Polce, którzy pomagają w tych trudnych czasach obywatelom Ukrainy. Bez Państwa wsparcia nie dalibyśmy sobie rady. Mnóstwo naszych rodaków przekroczyło granicę i zostało w Polsce. Rozumiemy oczywiście, że jest to duże obciążenie dla systemu ochrony zdrowia, ale jesteśmy też pod wrażeniem, jak dobrze sobie z tym radzicie. Współpraca polskiego i ukraińskiego ministerstwa zdrowia zawsze była dobra, tak jest i teraz. W ciągu tych 100 dni wojny przedstawiciele wspomnianych resortów kontaktują się ze sobą niemal codziennie. Na poziomie ministrów, wiceministrów, dyrektorów departamentów organizowane są grupy koordynacyjne, które kontrolują dostawy niezbędnych leków i wyrobów medycznych. Potrzeby są ogromne, ponieważ toczy się wojna, cierpią ludzie i wciąż potrzebujemy leków, na które zapotrzebowania się nie spodziewaliśmy. Skala obrażeń naszych żołnierzy i osób cywilnych jest ogromna. Strona polska pomaga nie tylko na Ukrainie, ale także Ukraińcom na terenie Polski. Ważną kwestią jest pomoc psychologiczna. W każdym mieście powstało centrum pomocy, które potrzebuje specjalistów w tym zakresie. 90 proc. osób, które uciekają to są kobiety i dzieci. Sygnały, które otrzymujemy z tych centrów pomocy są przerażające, ponieważ psychologowie w Polsce, jak i w innych krajach nie byli gotowi na to, co usłyszeli od osób, które przyjechały z Ukrainy. Dziękujemy za pomoc firm farmaceutycznych, które od pierwszego dnia włączyły się do procesu dostaw leków. Przed nami – Polską i Ukrainą stoi wyzwanie odbudowy infrastruktury ukraińskiej ochrony zdrowia. 600 szpitali zostało zrujnowanych, a 400 aptek zniszczonych.



Ewa Krajewska, Główny Inspektor Farmaceutyczny

Jako Główny Inspektorat Farmaceutyczny (GIF) jesteśmy urzędem wykonawczym i operacyjnym. W początkowym okresie wojny w Ukrainie dostrzegliśmy ogromną chęć pomocy wśród społeczeństwa, o czym świadczyły m. in. organizowane zbiórki leków. Szybko zorientowaliśmy się, że najbardziej efektywną formą pomocy, jaką możemy zaproponować jako administracja, jest przygotowanie systemowego wsparcia dla ludności ukraińskiej. GIF złożył propozycje zmiany specustawy dla pomocy obywatelom Ukrainy. Przygotowaliśmy rozwiązanie w postaci nowego kanału dystrybucji leków poprzez Rządową Agencję Rezerw Strategicznych. Główny Inspektorat Farmaceutyczny stale nadzoruje liczbę wysyłanych do Ukrainy leków, tak aby mieć najlepszą wiedzę na temat dostępności lekowej dla polskich i ukraińskich pacjentów. W oparciu o wiedzę nt. chorób populacyjnych w Ukrainie analizujemy ryzyko związane z dostępnością w Polsce leków stosowanych w terapii tych chorób i przedstawiamy wnioski w szczegółowych raportach Ministerstwu Zdrowia. Uczestniczymy na poziomie europejskim w działaniach koordynujących kwestie związane z dostępem do produktów leczniczych i wyraźnie widzimy intensyfikację tych działań. Uczestniczymy w pracach Urzędu ds. Gotowości i Reagowania na Stany Zagrożenia Zdrowia (HERA). Warto podkreślić, że Polska jest dostawcą leków zarówno na rynek ukraiński, jak i rosyjski. Jesteśmy w stanie odpowiedzieć na konsekwencje utraconego potencjału produkcyjnego w Ukrainie poprzez wzmożoną produkcję realizowaną przez zakłady farmaceutyczne zlokalizowane w Polsce, np. w przypadku cefalosporyn – bardzo istotnych produktów leczniczych z punktu widzenia zdrowia publicznego. W tej chwili dostępność lekowa dla polskich i ukraińskich pacjentów jest na dobrym poziomie, mimo wpływających do GIF zgłoszeń o brakach. Dysponujemy Zintegrowanym Systemem Monitorowania Obrotu Produktami Leczniczymi, do którego podmioty prowadzące obrót lekami raportują dane dot. m. in. stanów magazynowych leków. Dane te GIF analizuje i przekazuje w formie raportów do Ministra Zdrowia. Warto w tym miejscu nadmienić, że przed 2020 r., czyli przed wybuchem pandemii Covid-19, zmagaliśmy się z czasowymi problemami związanymi z ograniczoną dostępnością produktów leczniczych. Dzisiaj widzimy, że główny powód tych problemów wynika z wstrzymań w obrocie na wniosek podmiotów odpowiedzialnych. W tej chwili na arenie międzynarodowej dużo mówi się o niedoborach materiałów opakowaniowych czy półproduktów, co kiedyś było zupełnie niespotykanym zjawiskiem. Dlatego budowanie odpornego systemu ochrony zdrowia w Polsce powinno opierać się na dążeniach do uniezależnienia się od rynków pozakrajowych, szczególnie od rynku azjatyckiego i na wzmacnianiu produkcji leków w naszym kraju. Dług zdrowotny, który powstał po pandemii Covid-19 i który zwiększy się w wyniku toczącej się za naszą wschodnią granicą wojny, z całą pewnością będą sflaczały kolejne pokolenia, dlatego właśnie my, w tej chwili, powinniśmy zbudować mechanizmy pozwalające przeciwdziałać krótko- i długofalowym konsekwencjom tego długu. Największe wyzwania systemu ochrony zdrowia to przede wszystkim deficyty kadrowe. Z perspektywy Inspekcji Farmaceutycznej również je widzimy, np. organizując system farmacji klinicznej w Polsce. Poszukując konstruktywnych rozwiązań problemu ograniczonych kadr medycznych, nie sposób nie wspomnieć o tzw. *skill mix*, czyli o zjawisku krzyżowania się różnych kompetencji. Kierunek wdrażania krzyżujących się kompetencji powinien rozpoczynać się od kadry najbardziej specjalistycznej, której mamy najmniej, i iść w kierunku kadry wspierającej (pomocniczej). Przykładem efektywnie wprowadzanego zjawiska *skill mix* jest farmaceuta kliniczny – nowy rodzaj zawodu medycznego stanowiącego wsparcie dla lekarzy. Farmaceuta kliniczny powinien funkcjonować



w interdyscyplinarnym zespole na równych prawach jak pozostali jego członkowie. Pracując z tą grupą zawodową farmaceutów, widzimy, że należałoby zmienić optykę patrzenia na różne zawody medyczne, takie jak lekarz i pielęgniarka, z postrzegania ich jako autonomicznie działające jednostki w kierunku budowania interdyscyplinarnych zespołów kompleksowej opieki nad pacjentem. Już zalecenia WHO z 2000 r., wskazywały, jak ważnym elementem budowania odporności systemu ochrony zdrowia jest *skill mix*. Dla GIF istotne jest również zagadnienie farmacji szpitalnej i w tym aspekcie widzimy potrzebę większego wsparcia dla działań mających na celu optymalizację kosztów związanych z gospodarką lekową szpitala ze strony farmaceutów szpitalnych. Wychodząc naprzeciw potrzebie większego i skuteczniejszego nadzoru nad rynkiem farmaceutycznym, zaproponowałam kierunek reorganizacji Państwowej Inspekcji Farmaceutycznej zgodny z tym, w którym rozwija się Europejska Agencja Leków. Przygotowaliśmy m. in. projekt ustawy pionizującej Państwową Inspekcję Farmaceutyczną. W obecnym systemie mamy siedemnaście niezależnych organów, wojewódzkie inspektoraty farmaceutyczne, które wydają decyzje w tych samych kategoriach spraw. O pionizacji PIF mówi się już od dekady. W naszym projekcie znalazły się jednak dodatkowe rozwiązania usprawniające system ochrony zdrowia, w tym nadzór państwowy nad diagnostyką laboratoryjną i podwyższenie standardów wykonywania badań diagnostycznych.

Dr Grzegorz Cessak, Prezes Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych

Chciałbym podkreślić, że razem z Głównym Inspektorem Farmaceutycznym (GIF) współdziałamy w zakresie wyzwań dotyczących dostępności produktów leczniczych w Polsce. Pamiętajmy, że dług zdrowotny w zakresie zarówno produktów leczniczych, jak i wyrobów medycznych powstawał już przed pandemią COVID-19, natomiast w wyniku pandemii znacząco się pogłębił. Głównym problemem jest dostępność substancji czynnych, które docierają do nas przede wszystkim z Azji. Blisko 80% wszystkich produktów leczniczych, które są dostępne nie tylko w Polsce, lecz także w Unii Europejskiej, to substancje czynne wytwarzane w Chinach oraz w Indiach, więc jesteśmy uzależnieni od importu substancji czynnych. Od lat toczy się dyskusja na temat uniezależnienia się od tych dostawców. Jednakże pamiętajmy, że to są substancje bardzo tanie i cena powoduje problematyczność wytwarzania tych substancji czynnych na terytorium Polski czy Europy. Na samym początku pandemii mieliśmy problemy w UE w zakresie dostępności niesteroidowych leków przeciwzapalnych, leków onkologicznych i innych preparatów. Zostały stworzone struktury unijne na potrzeby kryzysów lekowych. Współpraca pomiędzy tymi instytucjami jest bardzo cenna. Obecnie w trakcie wojny na Ukrainie wykorzystujemy narzędzia, które zostały stworzone w czasie pandemii COVID-19. Zarówno Urząd ds. Gotowości i Reagowania na Stany Zagrożenia Zdrowia (HERA), jak i praca grup roboczych w Europejskiej Agencji Leków, spowodowały, że dzisiaj jest nam na pewno łatwiej koordynować proces niedoborów leków. Dzięki pracy Głównego Inspektoratu Farmaceutycznego wszystko jest skoordynowane. Temat badań klinicznych jest również bardzo istotny z punktu widzenia dostępu pacjentów do innowacyjnych produktów leczniczych. Z jednej strony Europejska Agencja Leków pochyliła się nad problemem, który wystąpił w związku z wojną w Ukrainie pod tym względem, że musimy pamiętać o uczestnikach badań klinicznych w tym kraju. 600 szpitali na Ukrainie jest



zniszczonych, a dla pacjentów, którzy są także przedmiotem badań klinicznych istotne jest kontynuowanie terapii w zakresie przede wszystkim chorób onkologicznych. Ważna jest kwestia dalszego prowadzenia tych pacjentów, ale także zabezpieczenia ich danych. Europejska Agencja Leków wprowadziła mechanizmy, bazując już na tych problemach, które były w trakcie pandemii. Musimy zadbać o integralność danych, bezpieczeństwo pacjenta i zabezpieczenie mu dostępu do produktów leczniczych. Są to olbrzymie wyzwania w zakresie badań klinicznych. Przede wszystkim musimy myśleć o pacjencie, zabezpieczeniu i kontynuacji jego terapii.

Irena Rej, Prezes Izby Gospodarczej Farmacja Polska

Dyskutujemy o kwestii bezpieczeństwa lekowego, o wyzwaniach systemowych i legislacyjnych w zupełnie nowej sytuacji demograficznej i geopolitycznej - w sytuacji wojny za naszą wschodnią granicą. Widzimy również, że w trudnych okolicznościach, jako Państwo jesteśmy sobie w stanie poradzić. Jesteśmy w przededniu oczekiwania na zmiany legislacyjne w zakresie refundacji leków. To są zmiany dosyć poważne i systemowe. Być może duża zmiana ustawy refundacyjnej będzie miała miejsce w tym roku, a może dopiero w następnym. To, co zdaje się być pocieszające w tej sytuacji, to planowane zmiany w Funduszu Medycznym. Ten fundusz powstał po to, żeby poprawić dostęp pacjentów do nowoczesnego leczenia. Fundusz ściśle określa, na co te pieniądze mają być przekazane i jak mają być rozdysponowane. Dosyć długo czekaliśmy, żeby to zaczęło funkcjonować w praktyce. Oczekujemy, że te działania w końcu się rozwiążą po myśli wszystkich zainteresowanych stron. Na czym właściwie ten problem polega? Głównie na tym, że trzeba przyspieszyć te prace. Nie można zakładać, że listy o wysokiej wartości technologicznej i klinicznej będą publikowane raz na rok, bo medycyna się rozwija. Jeżeli rzeczywiście chcemy wykorzystać Fundusz Medyczny, a na jego koncie jest 7 miliardów złotych, to im szybciej listy będą robione, tym więcej będziemy mieli propozycji, na bieżąco włączanych do refundacji. A nie na zasadzie - spotykamy się, dajemy jakąś listę, dyskutujemy, urzędowo zatwierdzamy i ona dalej wędruje do realizacji. To musi się odbywać „z marszu”. Choroby nie czekają. Nie można powiedzieć, że będziemy się zastanawiali, czy będzie coś lepszego. Jeżeli dzisiaj mamy opinie o lekach, które są skuteczne, to proces powinien przebiegać znacznie szybciej. Jesteśmy już wdrożeni w te procesy, wiemy, jak to wszystko powinno działać i wyglądać – znacznie szybciej niż teraz. Drugą kwestią jest transparentność działania. Te listy muszą być dla wszystkich wiadome i ci, którzy startują w przetargach, powinni też być traktowani, jako partnerzy. Powinni mieć prawo do wglądu w dokumentację i możliwość odwoływania się od tych decyzji. To, co zbulwersowało i poróżniło środowisko, to fakt, że arbitralnie postanowiono, że jeżeli lek nie będzie przynosił oczekiwanych skutków terapeutycznych, to ministerstwo może ten lek zdjąć z tej listy i zastąpić go innym produktem, a firma farmaceutyczna będzie dalej pacjenta leczyła na swój koszt. My nie jesteśmy instytucją charytatywną. Od przypadku do przypadku pomagamy. Bardzo duże pieniądze oraz ogromną pomoc materialną i rzeczową przekazaliśmy Ukrainie. Jednak nie możemy brać na siebie kosztów leczenia pacjentów. Tym bardziej, że kryteria, co do oceny skuteczności są dyskusyjne. Inną, bardzo ważną kwestią jest fakt, że z Funduszu Medycznego miały być sfinansowane badania diagnostyczne, przede wszystkim badania molekularne i genetyczne. Jeżeli my tego nie będziemy robili, a szukamy nowych leków, to będziemy na ślepo te leki starali się zastosować. Dobrze wiemy, jak to wygląda w przypadku chorób rzadkich. Bardzo często wszyscy chcą szybko osiągnąć rezultat, zastosować leczenie, ale każda



choroba musi być zdiagnozowana. Diagnostyka w Polsce wymaga optymalizacji. Mało jest przychodni diagnostycznych, są słabo wyposażone, a kliniki mają często problem ze źle zdiagnozowanymi pacjentami, których trzeba po raz kolejny diagnozować. Dobrą informacją jest fakt, że postanowiono zwiększyć wydatki na technologie lekowe z 5 do 10 proc. Natomiast martwi nas, że Fundusz Medyczny połączono z budżetem na refundację publiczną leków. To nie miało tak być. To miały być oddzielne byty. Pan Minister Maciej Miłkowski mówił, że nie będziemy robili dwóch prędkości. Uważam, że zawsze są dwie prędkości, bo inaczej jedzie rowerzysta, inaczej samochód. Każdy porusza się w swoim tempie. Takie połączenie może być wygodniejsze administracyjnie, ale myślę, że jeżeli chodzi o korzyść dla pacjentów może doprowadzić do spadku dostępności leków. Od lat mówimy o możliwości przesunięcia leczenia chorych programach lekowych ze szpitali do refundacji aptecznej. Głównie dotyczy to leków biologicznych i biopodobnych. Musi być uwzględniona w tych działaniach rola lekarza, który będzie mógł podjąć decyzję o leczeniu, nie można natomiast skracać czy wydłużać czasu terapii w sposób administracyjny. Ludzie, którzy są wyleczeni, wchodzi w okres remisji i mogą otrzymać leki w aptece i brać je w domu. Tym bardziej, że wchodzi coraz więcej form podskórnych leków, czyli ułatwiających możliwość stosowania w domu. Warto policzyć koszty i zobaczycie państwo, że dla pacjenta będzie taniej, dla systemu będzie taniej, bo więcej łóżek się uwolni w szpitalu, a pacjent utrzyma swoją produktywność. Zastanawiamy się również, jak będzie w tym roku ze szczepieniami. Sam fakt, że poszerzono liczbę miejsc, gdzie się szczepi jest bardzo dużym krokiem do przodu. Natomiast chcielibyśmy wiedzieć, kto będzie kupował szczepionki oraz, jak będą dystrybuowane? Jest już naprawdę bardzo późno, żeby podjąć właściwe decyzje. Do kampanii szczepionkowej szykujemy się, ale każdy z nas, kto chce zaangażować się musi mieć pewność, że jeżeli rozpoczniemy tę kampanię, to będą szczepionki i miejsca, gdzie będziemy się mogli szczepić. Niemniej jednak pozostaje jeszcze jedna rzecz, o której na końcu chciałam powiedzieć, a mianowicie, że jako przemysł ponosimy coraz większe koszty. Dzisiaj transport odbywa się drogą lotniczą, nie drogą morską i jest on czterokrotnie droższy. Wszystko drożeje, nawet te pomocnicze rzeczy, takie jak np. folia do blistrowania. Apelujemy, aby to uwzględnić w procesie negocjacji cen leków. Czym to się skończy, jeżeli będzie dalej taka polityka, a ceny będą mimo 15% inflacji w ogóle niezmieniane. Z niektórych leków będziemy rezygnować, dlatego że nie będzie nas stać na ich produkowanie, ponieważ stanie się to nieopłacalne. Hurtownie, które funkcjonują na niskiej marży od wielu lat w końcu przestaną codziennie wozić leki do apteki, będą wozić je co 3 dni, co przyczyni się do pogorszenia dostępności dla pacjentów.

Prof. Jarosław Pinkas, Konsultant Krajowy w dziedzinie zdrowia publicznego

Pandemia Covid-19 oraz wojna w Ukrainie to zupełnie nowe wyzwania, które nas dotknęły, a na które nikt nie był przygotowany. Cały świat został zaskoczony, bo przecież wydawało nam się, że jesteśmy w stanie poradzić sobie ze wszystkim, jesteśmy onnipotentni, że mamy leki, szczepionki oraz specjalistów. Nagle okazało się, że trzeba podejmować nowe działania i działać z odpowiednim natężeniem na osi czasu oraz szybko się uczyć. Kolejne zagrożenie - ponad 100 dni wojny na Ukrainie, także nie spodziewaliśmy się, że może do tego dojść.

Przeszliśmy przez pandemię COVID-19, ale straty są ogromne. Wysiętek ze strony personelu medycznego, wszystkich tych, którzy działali na rzecz przeciwdziałania pandemii, przede wszystkim



inspekcji sanitarnej i wszystkich służb w Polsce, które doprowadziły do sytuacji, że mamy jednak poczucie satysfakcji. Wiedzieliśmy, że gdybyśmy tego nie zrobili, na pewno dochodziłoby do znacznie większej liczby dramatów ludzkich. Te sytuacje absolutnego zagrożenia zdrowotnego, które nastąpiły są tego najlepszym przykładem. Chcę powiedzieć, że pewnie świat i Europa wyglądałaby inaczej, gdybyśmy działali wspólnie w zakresie zdrowia publicznego. Działania wspólne są niezwykle istotne, bo zdrowie publiczne jest zdrowiem globalnym, paneuropejskim. Zdrowie publiczne powinno być prawdziwą europejską, a nie tylko polską racją stanu. Przeżywalismy to w trakcie pandemii, widzieliśmy, jak różne działania podejmowały rządy. Jesteśmy jedną wspólną Europą i pomimo, że w żadnym traktacie europejskim nie ma zapisu o tym, że musimy zbudować jeden system opieki zdrowotnej, to możemy zbudować jedną silną instytucję zdrowia publicznego. Warto o tym pamiętać, że są na świecie ci, którzy potrafią przedstawić wartościową rzetelną wiedzę. Powstające wytyczne nigdy nie powinny być wyryte w kamieniu, powinny się zmieniać i to jest coś, co musimy przekazać wszystkim społeczeństwom. Marzę o tym, żeby powstała jedna silna instytucja zdrowia publicznego w postaci sieci instytutów zdrowia publicznego. Mamy w Polsce Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego.

W aspekcie wojny w Ukrainie, cztery miliony uchodźców przeszło przez nasz kraj lub tu zostało, co kreuje istotne problemy związane z systemem ochrony zdrowia, a szczególnie ze szczepieniami ochronnymi. Ukraina przez całe lata była poddawana dramatycznej indoktrynacji, że ministerstwo zdrowia prowadzi złą politykę, że kupuje złe szczepionki. Zasiano nieprawdopodobny ferment w zakresie denializmu szczepień ochronnych. Ukraińskie mamy zaczęły odchodzić od szczepień ochronnych dzieci, dlatego że były atakowane informacjami, że szczepienia powodują dramatyczne powikłania poszczepienne. Musimy to nadrobić, w żaden sposób nie stygmatyzując nikogo, a wręcz odwrotnie, stosując mądrą politykę przekonywania, że jednak to wygląda inaczej. Tych zagrożeń ze strony zdrowia publicznego jest bardzo dużo.

Maciej Miłkowski, Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia

Dyskutujemy o bezpieczeństwie lekowym Polski w kontekście wojny, która toczy się na Ukrainie, a także długu zdrowotnego wynikającego z pandemii COVID-19. Dyskutujemy o zmianie ustawy o organizacji inspekcji farmaceutycznej i oczekujemy na pełną integrację wojewódzkich inspekcji farmaceutycznych z Głównym



Inspektoratem Farmaceutycznym (GIF). Co do koncepcji nie ma żadnej nieścisłości, jeszcze sprawy techniczne są do uzgodnienia, ale mamy nadzieję, że będzie to realizowane w trybie szybkim. Jeśli chodzi o bezpieczeństwo lekowe związane z tym okresem, który nastąpił po inwazji Rosji na Ukrainę, to nie widzieliśmy żadnego istotnego zwiększenia zapotrzebowania na leki w Polsce. Monitorujemy tę sytuację poprzez działanie stałego Zespołu do spraw Monitorowania Dostępności Leków w Ministerstwie Zdrowia, który współpracuje z GIF, Urzędem Rejestracji Leków, NFZ i Centrum E-Zdrowia (CEZ). Analizujemy na bieżąco dane, które przekazują nam hurtownie farmaceutyczne i producenci leków. Dane są pozyskiwane na podstawie dostępności na każdym etapie sprzedaży, czyli producenta, podmiotu odpowiedzialnego, hurtu, jak również aptek ogólnodostępnych i szpitali. Widzimy, jakie są stany magazynowe leków, wiemy dokładnie, jakie są sprzedaże, a z danych z lat poprzednich możemy prognozować zapotrzebowanie na leki. Monitorujemy dokładnie odmowy w aptekach poszczególnych

transakcji lekowych oraz informacje na temat dostaw leków przygotowywane przez podmioty odpowiedzialne. Efektem prac Zespołu do spraw Monitorowania Dostępności Leków jest przedstawianie obwieszczenia o lekach zagrożonych brakiem dostępności. Leki, tak jak każdy inny produkt, mają możliwość normalnego przepływu pomiędzy poszczególnymi państwami, w związku z tym, tam gdzie są niższe ceny mogą być kupowane, celem zarobienia na innym rynku. Jeśli mamy problemy z istotnymi różnicami w cenach, to wówczas takie leki są na listę wprowadzane. Aktualnie na liście znajduje się 212 pozycji, a w czerwcu 2022 r. będziemy wydawali kolejną taką listę. W kwestii bezpieczeństwa lekowego Polski - jesteśmy w kontakcie z branżą, która skupia producentów wyrobów produkowanych w Polsce. Liderem jest Polski Związek Pracodawców Przemysłu Farmaceutycznego. Skończyliśmy w ubiegłym roku negocjacje cen i staraliśmy się w każdym przypadku dojść do porozumienia. Analizowaliśmy w szczególności procesy i plany inwestycyjne poszczególnych firm na najbliższe 2-3 lata, staraliśmy się tak negocjować, aby te procesy były niezachwiane w najbliższym czasie. Jeżeli chodzi o bezpieczeństwo lekowe, za każdym razem bierzemy pod uwagę również możliwości i koszty produkcji poszczególnych leków i czasami wyrażamy zgodę na podwyżki cen - dotyczy to głównie leków podstawowych i stosunkowo tanich. Jeśli chodzi o sytuację związaną z Ukrainą i obywatelami tego kraju, którzy przebywają na terenie Polski, to w tym zakresie nie widzimy jeszcze żadnego istotnego zwiększenia sprzedaży leków. Nie przewidujemy, żeby mogła pojawić się sytuacja, o której analizę prosiły stowarzyszenia, czyli, że zostanie przekroczona granica *pay-backu*, czyli 17% budżetu NFZ na refundację leków. To nie nastąpi, tym bardziej, że w przyszłym półroczu dosyć istotne koszty systemu ochrony zdrowia będą zwiększone w związku z wejściem ustawy o minimalnym wynagrodzeniu w podmiotach leczniczych. Przewidujemy, że na terenie kraju powinniśmy mieć zabezpieczone stany magazynowe na poziomie podmiotu odpowiedzialnego czy hurtowni, która sprzedaje leki podmiotom zagranicznym wraz z rynkiem hurtowym i aptecznym. Ten stan magazynowy powinien być trzymiesięczny, żeby zapewnić bezpieczeństwo w tym czasie. Jeśli nie będzie żadnego innego leku, mamy możliwość zorganizowania importu z różnych źródeł. Dużo łatwiejsza jest sytuacja w zakresie importu leków w programach lekowych chemioterapii, ponieważ jest w całości finansowany przez NFZ, gorzej to jednak wygląda w systemie aptecznym. Zdarza się, że mamy niedostępność niektórych leków. Analizujemy, jak zabezpieczać poszczególne z nich w ramach importu. W kwestii najbliższego procesu refundacyjnego - na początku maja podjęliśmy decyzję, że będziemy realizowali procesy planowo, wdrażali do refundacji nowe technologie lekowe. Dzisiaj prawdopodobnie będzie ogłoszona lista technologii lekowych o wysokim poziomie innowacyjności. Będziemy starali się przeprowadzić negocjacje szybko i sprawnie. Nie jest jeszcze uzgodnione, że będziemy publikować te listy raz na pół roku, ponieważ koncepcja jest jednak taka, że kolejna lista likwiduje tę poprzednią. W związku z tym, w przeciągu pół roku ani my nie będziemy w stanie, ani firmy zakończyć proces refundacyjny. W związku z tym, najprawdopodobniej zostaniemy przy rocznej liście, żeby mieć większą dostępność. Chciałem jednak zwrócić uwagę, że przy lekach o wysokiej innowacyjności ceny nie mogą być „z księżycą” i nie ma żadnej możliwości, żeby producenci oczekiwali cen nieskończonych. Ostatnio jest powielana informacja o terapii genowej w SMA i cenie 10 milionów złotych za kurację. To są niemoralne propozycje. Nieadekwatne ceny nie powinny być stosowane i my nie jesteśmy w stanie ich przyjąć, ponieważ odbyłoby się to ze szkodą dla innych polskich pacjentów.

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



Terapie, które umieszczone są przez Radę Przejrzystości na liście leków o wysokim stopniu innowacyjności dotyczą raka: piersi, endometrium, tarczycy, a także chłoniaków oraz szpiczaka. To są ważne problemy zdrowotne. Niezależnie od tego, jak dużo leków znajdzie się na liście, bardziej istotne jest, aby podmioty odpowiedzialne były zainteresowane refundacją tych leków. Zatem apeluję do przemysłu farmaceutycznego, skoro są leki i otwarcie ministra zdrowia na refundację, warto, aby podmioty zgłaszały chęć uczestniczenia w tym procesie refundacyjnym. Jeśli mogę pozwolić sobie na drugi apel, to nawiążę do tego, co mówili moi przedmówcy o transparentności procesu refundacyjnego. Drodzy Państwo, w zeszłym tygodniu uczestnicząc w bardzo ciekawym spotkaniu z kardiologami pokazywałam, jak wygląda transparentność ze strony Agencji. Nadal, mimo wielu apeli z naszej strony, podmioty odpowiedzialne zaczerniają w procesie refundacyjnym informacje o wskazaniach, w jakich chcą refundować leki. Zatem apeluję, żeby ta transparentność, o którą Państwo prosicie, była też po stronie podmiotów farmaceutycznych. Chcielibyśmy wszyscy widzieć, w jakich wskazaniach firmy farmaceutyczne chcą refundować leki. Pragniemy widzieć niezaczerniane wyniki badań klinicznych, tak aby eksperci kliniczni mogli odnieść się do tych informacji na podstawie, których firmy farmaceutyczne chcą refundować swoje leki. Warto także powiedzieć, że wykonywana przez Agencję analiza czasu, jaki oczekujemy od momentu, kiedy Europejska Agencja Leków zarejestruje lek do daty, kiedy wniosek o refundację wpłynie na biurko ministra wykazała prawie 3 lata. Zatem ten czas oczekiwania pacjentów na dostęp do leków nie zależy tylko od ministerstwa zdrowia czy biegłości pracy ze strony administracyjnej, ale przede wszystkim od chęci podmiotów do tego, aby zrefundować w Polsce bardzo ważne dla lekarzy i pacjentów leki.

*Prof. Aneta Nitsch-Osuch, Kierownik Zakładu
Medycyny Społecznej i Zdrowia Publicznego
Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego*



Wraz z zespołem opublikowaliśmy w Journal of Hospital Infection artykuł na temat wyzwań, jakie czekają polski system ochrony zdrowia w związku z napływem olbrzymiej liczby uchodźców z Ukrainy. Dane WHO z 26 maja 2022 r. mówią, że w tej chwili mamy do czynienia z 8 mln uchodźców, którzy translokowali się w obrębie Ukrainy oraz 6,6 mln uchodźców, którzy znaleźli schronienie i pomoc w krajach ościennych. Jak doskonale wiemy, największa liczba uchodźców znajduje się w Polsce, a zgodnie z szacunkami WHO ma ona wynosić nawet 3,5 mln osób. Szacowaliśmy, że liczba tych uchodźców będzie wynosiła 2,5 mln i na podstawie dostępnych danych dotyczących liczby kadry medycznej, łóżek, udzielanych wcześniej standardowo porad ambulatoryjnych, jak i porad w SOR-ach oraz ginekologicznych i położniczych, oszacowaliśmy, jakie mogą być potrzeby związane z przyjęciem 2 mln uchodźców. Zgodnie z naszymi danymi, przyjęcie do kraju 2 mln uchodźców spowodowałoby zwiększenie zapotrzebowania na dodatkowe świadczenia zdrowotne w postaci 14,3 mln porad

lekarskich, 8,7 mln porad POZ, 365 tys. hospitalizacji i 160 tys. interwencji zespołów ratownictwa medycznego. Główne ryzyka zdrowotne zidentyfikowane przez nas były związane z urazami, schorzeniami psychicznymi czy zdrowiem matki i noworodka. Wszyscy wiemy, że w tej chwili problemy zdrowia publicznego w Ukrainie koncentrują się wokół urazów i obrażeń związanych z konfliktem zbrojnym. Pojawiły się również doniesienia raportowane przez WHO o zakłóceniach w opiece okołoporodowej i zarządzaniu chorobami przewlekłymi, takimi jak HIV czy gruźlica. WHO wskazuje, że około 30 proc. gospodarstw domowych ma co najmniej jedną osobę cierpiącą na chorobę przewlekłą, która zgłasza problemy w dostępie do opieki zdrowotnej. Zwraca się również uwagę na ryzyko rozprzestrzeniania chorób zakaźnych, takich jak cholera, odra, błonica, krztusiec czy COVID-19, co jest związane z brakiem właściwego dostępu do wody, urządzeń sanitarnych, nieodpowiednim poziomem higieny oraz niskim poziomem wykonawstwa szczepień rutynowych wśród dzieci i dorosłych. Sytuacja epidemiologiczna w zakresie takich chorób zakaźnych, jak krztusiec, odra czy gruźlica w Ukrainie jest gorsza w stosunku do Polski. Chcę podkreślić, że kalendarz szczepień ochronnych u dzieci jest inny na Ukrainie. W Polsce mamy dodatkowo szczepienia obowiązkowe przeciwko pneumokokom i rotawirusom. Proszę zwrócić uwagę, że w Ukrainie stosowane jest nadal szczepienie doustne przeciw poliomyelitis, a szczepienia przeciwko krztuścowi kończą się, kiedy dziecko kończy dwa lata. W Polsce podajemy szczepionkę przeciwko krztuścowi w 6 i 14 roku życia. Stan zaszczepienia przeciwko wybranym chorobom zakaźnym w Ukrainie, zgodnie z aktualnymi szacunkami WHO, w pewnych sytuacjach nie budzi wątpliwości i zastrzeżeń, ale są takie choroby jak np. poliomyelitis, odra, świnka i różyczka, gdzie aktualny stan zaszczepienia w Ukrainie nie spełnia minimalnego wskaźnika wskazywanego przez WHO, który zapewnia uzyskanie odporności zbiorowskiej. Przypomnę też Państwu, że w drugiej dekadzie XXI wieku w Ukrainie doszło do kilkuletniego załamania systemu szczepień w związku z panującą tam wówczas sytuacją polityczną. Wskaźniki wyszczepialności dzieci poprawiły się w ostatnich latach, ale należy się spodziewać, że w tej chwili, zwłaszcza w obszarach objętych intensywnymi działaniami wojennymi, szczepienia nie są realizowane prawidłowo i trudno się temu dziwić. Wskaźnik zaszczepienia w latach 2014-2016 spadł znacząco, sięgając tylko 20-40 proc. Doszło wtedy do wybuchu epidemii odry, zachorowało wówczas w Ukrainie blisko 100 tys. osób. Wraz z napływem do Polski dzieci, które nie są w pełni zaszczepione, możemy się spodziewać pojawienia się ognisk epidemicznych odry czy też krztuśca. Mówię o tych dwóch chorobach, ponieważ w stosunku do nich wymagany jest najwyższy wskaźnik zaszczepienia, sięgający 95 proc., aby osiągnąć próg odporności zbiorowskiej i ograniczyć transmisję patogenów chorobotwórczych w populacji. Mogą się także pojawić problemy z poliomyelitis. Stan zaszczepienia dzieci zamieszkujących Ukrainę, dzieci do 8 miesiąca życia w początkowych miesiącach 2021 r. wynosił 53 proc., podczas gdy wymagany wskaźnik zaszczepienia wynosi 90 proc.. Z jednej strony przyjechała do Polski prawdopodobnie grupa dzieci, która została nie do końca dobrze i w pełni zaszczepiona, a z drugiej mamy własny problem ze zwiększającą się systematycznie liczbą polskich rodziców, którzy odmawiają wykonywania szczepień ochronnych u swoich dzieci. To zjawisko narasta niezależnie od występowania pandemii. Okazuje się, że stan zaszczepienia przeciwko odrze, różyczce i śwince, zwłaszcza w niektórych regionach naszego kraju, spada w stosunku do tego poziomu, który jest uznawany za bezpieczny. Dotyczy to także szczepień przeciwko krztuścowi. Obawiamy się więc wybuchu ognisk epidemicznych nie tylko odry, krztuśca, lecz także polio. Wskazujemy i uczulamy lekarzy POZ na możliwość wystąpienia tego rodzaju chorób. Został nawet stworzony słowniczek polsko-ukraiński opisujący wybrane choroby zakaźne wieku dziecięcego, po to, aby łatwiej się komunikować z uchodźcami. Ukazał się również komunikat ministra zdrowia, który wskazał, jak powinny wyglądać szczepienia dzieci z Ukrainy. Każdy obywatel,

który przyjeżdża do Polski i pozostaje na jej terytorium dłużej niż 3 miesiące podlega polskiemu Programowi Szczepień Ochronnych. Za priorytetowe uznawane są u dzieci z Ukrainy szczepienia przeciwko odrze, śwince i różyczce, krztuścowi, błonicy, tężcowi, polio, WZW typu B, przeciw COVID-19 i oczywiście szczepienia poekspozycyjne. Wskazaliśmy w naszym artykule na bariery w krajach przyjmujących uchodźców związane z dostępnością usług medycznych. Jest to niedostępność usług zdrowotnych w skali wymaganej, w miejscach masowego przemieszczania się uchodźców. To także brak wiedzy lub zrozumienia zasad działania opieki zdrowotnej. Pojawiają się problemy kadrowe, opóźnienia w leczeniu czy niedostateczne zaopatrzenie w usługi w zakresie chociażby zdrowia psychicznego. Wśród barier związanych z ograniczoną dostępnością usług medycznych wskazaliśmy też bariery językowe oraz informacyjne. Trudności, z którymi uchodźcy mogą się spotykać to odnalezienie się w systemie, procesach administracyjnych i rejestracyjnych. Wśród trudności związanych z akceptowalnością wskazywaliśmy na presję, aby priorytetowo traktować pilniejsze potrzeby związane z przetrwaniem, jak zapewnienie żywności czy schronienia, ale też obawa przed dyskryminacją lub kwestiami bezpieczeństwa. Pojawiła się konieczność poniesienia dodatkowych kosztów oraz stygmatyzacja społeczna. Aby usprawnić proces opieki nad uchodźcami, rekomendujemy zgodnie z zaleceniami WHO promowanie polityki zdrowotnej i ochrony prawnej. Promowanie zapewniania uchodźcom wysokiej jakości podstawowej opieki oparte jest przede wszystkim na zapewnieniu leków i szczepień. Zapewnianie jakości szczepień jest priorytetem dla dobrostanu kobiet i dzieci oraz osób, które mogą podlegać zjawiskom nierówności w zdrowiu, czyli głównie dla osób niepełnosprawnych lub dotkniętych chorobami przewlekłymi.

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



Od lat chcemy wypracować właściwą rangę nowoczesnej diagnostyki genetycznej. Znacząco zmienia ona podejście do procesu terapeutycznego, czyniąc go zindywidualizowanym, skuteczniejszym, poprawia rokowania nie tylko w wielu chorobach rzadkich, lecz także onkologicznych. Zresztą również wiele chorób onkologicznych należy do chorób rzadkich. Medyczna Racja Stanu wiele razy podnosiła znaczenie diagnostyki genetycznej w chorobach rzadkich i w onkologii. Cieszę się, że dziś dyskutujemy o Funduszu Medycznym, bo w ramach tego mechanizmu finansowania znajdzie się siedem rodzajów badań genetycznych, łącznie z tymi najnowocześniejszymi. Myślę, że to jest kwestia najbliższych miesięcy, kiedy pojawi się dostęp do nowoczesnej diagnostyki genetycznej, w tym z zastosowaniem sekwencjonowania następnej generacji.

Od 26 maja 2022 r. jestem także Przewodniczącą Rady ds. Chorób Rzadkich, która ma uprawnienia przygotowywania projektów dotyczących optymalizacji diagnostyki genetycznej. Bez diagnostyki genetycznej nie jest często możliwa ani terapia, ani właściwa opieka medyczna nad pacjentem onkologicznym. Dlatego programy ministerialne dotyczące opieki nad rodzinami wysokiego ryzyka genetycznego przechodzą z Ministerstwa do NFZ. Myślę, że w drugiej połowie 2022 r. będą one refundowane przez NFZ. W tej chwili trwa ostatni etap przygotowań. Aby zabezpieczyć właściwy koszt

badan refundowanych dla diagnostyki genetycznej musimy jednak pamiętać o zabezpieczeniu kadrowym. W genetyce, która się tak szybko rozwija, mamy ogromne braki kadrowe. Nie jest możliwe, aby w tej chwili szybko zabezpieczyć kadrę genetyków klinicznych, ale jest sposób, aby ich wesprzeć poprzez powołanie nowego zawodu: „doradcy genetycznego”. Taki zespół, w którym jest doradca genetyczny i genetyk kliniczny jest w stanie przyjąć 3-4 razy więcej pacjentów. Doradca genetyczny jest ważny także w onkologii – w opiece nad rodzinami wysokiego ryzyka genetycznego, gdzie wspierałby lekarza onkologa i pełnił rolę koordynatora. Muszą być również zabezpieczone kadry do prowadzenia testów genetycznych, zwłaszcza badań z zastosowaniem sekwencjonowania następnej generacji. Potrzebne są tutaj kompetencje biotechnologa. Na Uniwersytecie Medycznym w Poznaniu zajęcia z genetyki, biologii molekularnej i diagnostyki genetycznej zajmują na Analityce medycznej 180 godzin, a na Biotechnologii medycznej ponad 900 godzin. Dlatego tak ważne jest zabezpieczenie właściwego statusu dla biotechnologów i danie im uprawnień, żeby mogli robić specjalizację, która da im uprawnienia do samodzielnej pracy w diagnostyce molekularnej, a nie pod nadzorem diagnosty. To są w tej chwili najważniejsze zadania, jakie widzę.

Prof. Adam Maciejczyk, Prezes Polskiego Towarzystwa Onkologicznego

Mamy dziś znacząco rosnącą populację kobiet z typowymi problemami onkologicznymi, takimi jak rak piersi, jajnika czy endometrium. Na początek przypomnę, że w ramach działań Polskiego Towarzystwa Onkologicznego i NFZ skoordynowaliśmy ruch pacjentek onkologicznych w ramach infolinii. Pacjentki mogą dzwonić na infolinię NFZ, a tam są kierowane do koordynatorów wojewódzkich. To rzeczywiście działa. Monitoruję to na Dolnym Śląsku. Do nas trafiały te pacjentki w liczbie kilku, kilkunastu tygodniowo. To nie były tylko pacjentki onkologiczne, lecz także z podejrzeniem nowotworu oraz w procesie kontroli po leczeniu, w różnych stadiach zaawansowania procesu. Zwróciliśmy uwagę na standaryzację procesu. Ścieżka diagnostyczno-terapeutyczna Polski różni się od tej na Ukrainie. Pojawiły się pacjentki, które miały dostęp do nowoczesnych leków dzięki zakupowi prywatnemu. My takiej kontynuacji nie mogliśmy zapewnić, bo leczenie nie było refundowane. W większości pacjentki były leczone w inny sposób niż nasze rekomendacje. Organizowaliśmy odpowiednie konsylia lekarskie, żeby dobrać optymalną terapię dla tych chorych. Chcę podkreślić, że pacjentki z Ukrainy są traktowane tak samo, jak Polki. Dotyczy to również procedur diagnostycznych, związanych z oczekiwaniem na leczenie. Nie odbywa się to kosztem polskich pacjentek. Dołączam się do pozytywnych opinii skierowanych pod adresem Ministerstwa Zdrowia, co do szybkości i zakresu procesu refundacji. Zaangażowanie ze strony personelu lekarskiego, jak i koordynatorek, pielęgniarek było i jest bardzo duże. Dostęp do nowych technologii w raku piersi, jajnika czy endometrium na pewno jest. Zauważyłem różnicę wdrażania nowych technologii w różnych szpitalach. Zaobserwowałem to akurat na przykładzie raka płuca, że w szpitalach onkologicznych wdrażane były szybciej noworefundowane terapie. Dostęp do nowych terapii np. w szpitalach pulmonologicznych, w których jest mniej onkologów doświadczonych w zakresie stosowania chociażby immunoonkologii jest inny. Dlatego tak ważne jest monitorowanie przebiegu ścieżki terapeutyczno-diagnostycznej, które mam nadzieję będzie na coraz większą skalę wprowadzane w ramach Krajowej Sieci Onkologicznej (KSO). Pamiętajmy, że jest to jedno z głównych zadań KSO, czyli zapewnienie



dostępu do kompleksowej opieki onkologicznej wszystkim pacjentom w naszym kraju. Narzędzia, które sprawdzaliśmy w ramach pilotażu też zdają egzamin. Są różnice, ale naszym zadaniem jest, aby je wyrównywać, czyli standaryzować procesy. Nawet, jeśli w jakimś mniejszym szpitalu nie ma personelu w zakresie wprowadzania nowych terapii, to pacjentka może być przekazana do szpitala o wyższych poziomach referencyjności.

Lek. Krzysztof Łanda, Założyciel Fundacji Watch Health Care



Przede wszystkim trzeba powiedzieć, że rak endometrium jest diagnozowany w tej chwili coraz częściej i zapadalność praktycznie się podwoiła. Śmiertelność w przebiegu tego nowotworu zwiększyła się również dwukrotnie. Wyniki leczenia tzw. zwykłą chemioterapią są słabe, bo odpowiedź na leczenie ma tylko 7 do 14 proc. kobiet. Natomiast pojawił się lek, który moim zdaniem nadaje się idealnie do finansowania w ramach Funduszu Medycznego, bo zaawansowany czy nawrotowy rak endometrium spełnia również kryteria choroby rzadkiej. Lek jest bardzo skuteczny, a EMA zarejestrowała go w trybie nadzwyczajnym. Jest to skuteczna terapia, gdzie odpowiedź na leczenie sięga 40-50 proc. kobiet. Odnośnie sytuacji w leczeniu szpiczaka plazmocytozy mamy specyficzną sytuację, bo rzeczywiście pacjenci mają sporo opcji lekowych w programie lekowym, natomiast pojawiają się coraz skuteczniejsze metody leczenia, które powinny być stosowane we wcześniejszych fazach i mniej zaawansowanych procesach nowotworowych. Szczególnie nieuzasadnione wydaje mi się odwlekanie decyzji refundacyjnych i zagrożenie negatywną decyzją refundacyjną, jeżeli opłacalność wprowadzenia danej terapii stanowi zaledwie niewielki ułamek progu opłacalności. Bardzo żałuję, że w Polsce w ustawie refundacyjnej wpisano tylko pułap opłacalności na granicy trzy razy PKB na osobę za QALY, czyli za rok życia w pełnym zdrowiu. Postuluję, żeby refundacja była automatyczna poniżej jednego PKB na osobę za QALY.

***Prof. Jakub Żołnierek, onkolog kliniczny, do niedawna
Narodowy Instytut Onkologii Państwowy Instytut
Badawczy w Warszawie***



W Polsce coraz efektywniej leczymy raka prostaty. Bardzo doceniamy zmiany programu lekowego wprowadzone w marcu 2022 r. Rak gruczołu krokowego jest jednym z najczęstszych nowotworów u mężczyzn. Zachorowalność na ten nowotwór rośnie z różnych powodów. Jest to efekt starzenia się społeczeństwa, lepszej diagnostyki, lepszej i skuteczniejszej terapii. Wszystko razem prowadzi do wydłużenia czasu przeżycia chorych i kumulacji mężczyzn z rozpoznaniem raka stercza – co dodatkowo zwiększa populację osób zmagających się z chorobą. Ciężar terapii u starszych mężczyzn z obciążeniami przesuwają się w stronę nowoczesnej hormonoterapii, która, do niedawna, stosowana była tylko i wyłącznie na ostatnich etapach tej choroby – tj. po transformacji raka do postaci odpornej na kastrację z przerzutami. Od niedawna mamy możliwość zastosowania tych leków na wcześniejszym etapie - oporności na kastrację bez przerzutów. To jest specyficzna populacja chorych, u których

uprzednio zastosowano leczenie z intencją radykalną, ale bez powodzenia. Nawrót choroby i jej późniejsza progresja obserwowana pomimo zastosowania skutecznej kastracji farmakologicznej (tzw. deprivacji androgenowej – od ang. *androgen deprivation therapy*; ADT) ujawnia się u tych chorych w postaci tylko i wyłącznie rosnącego stężenia PSA - jako markera nowotworowego. To grupa mężczyzn, którzy nie mają poczucia choroby, ponieważ nie odczuwają dolegliwości wtórnych do rozwijających się przerzutów – u nich nowotwór zaledwie się tli - będąc niewidocznym w konwencjonalnych badaniach obrazowych. ADT traci kontrolę nad chorobą, leki starej generacji nie oferują zwykle nic poza toksycznością a na chemioterapię jest zdecydowanie za wcześnie. Nowoczesne leki hormonalne, które od niedawna możemy stosować w tej chorobie są dobrze tolerowane i skutecznie hamują postęp choroby nowotworowej – odraczają moment powstania przerzutów o średnio 2 lata. To ważne, bowiem ich ujawnienie się jest punktem krytycznym w przebiegu raka gruczołu krokowego - dramatycznie pogarsza rokowanie oraz, generując objawy rozsianej choroby nowotworowej – negatywnie wpływa na jakość życia, stwarza konieczność działań interwencyjnych, generując dodatkowe koszty leczenia. Ponadto, a być może przede wszystkim, wspomniane leki hormonalne nowej generacji przedłużają czas przeżycia chorych. To na co czekamy i czego potrzebujemy, to refundacja stosowania nowoczesnej hormonoterapii jeszcze na wcześniejszym etapie – tj. u chorych, u których stwierdzamy rozsiew raka gruczołu krokowego w fazie wrażliwości na kastrację. Dołączenie nowoczesnych leków hormonalnych do ADT, jako podstawy leczenia systemowego raka gruczołu krokowego jest istotne z punktu widzenia większych korzyści klinicznych jakie dzięki takiemu postępowaniu jesteśmy w stanie osiągnąć. Jednocześnie wyzwaniem będzie optymalne wykorzystanie dostępnych opcji terapeutycznych w leczeniu sekwencyjnym – tj. stosowaniu leków w odpowiedniej kolejności – zastępowania tego, który traci kontrolę nad procesem nowotworowym innym – zwykle o odmiennym mechanizmie działania. Tutaj są duże problemy z danymi niemniej z problemem tym będziemy musieli się zmierzyć – i to w niedługiej przyszłości. Za dobry przykład może tu posłużyć funkcjonujący od niedawna nowy program lekowy określający warunki refundacji leczenia chorych z rozsiałym rakiem nerki. Oprócz rozszerzenia w nim, choć nie bez pewnych istotnych deficytów, dostępu do nowych leków, wprowadzono bardzo ważne i korzystne zmiany umożliwiające optymalne wykorzystanie farmakoterapii, które zbliżają nas do nowoczesnego leczenia raka nerki. Udało się je osiągnąć dzięki dobrej współpracy środowiska onkologów i przedstawicieli Ministerstwa Zdrowia – za co, w imieniu własnym i chorych, pragnę podziękować. Analogicznej współpracy i zrozumienia problematyki klinicznej owocujących zmianami oczekivalibyśmy w odniesieniu do programu lekowego terapii raka gruczołu krokowego. Oprócz wspomnianej możliwości refundowanego stosowania nowoczesnych leków hormonalnych w fazie rozsiewu wrażliwego na kastrację należałoby wypracować racjonalne warunki refundacji tzw. inhibitorów PARP – skutecznej opcji leczenia chorych z rozsiałym opornym na kastrację rakiem gruczołu krokowego z identyfikowanymi mutacjami w obrębie genów naprawy DNA – BRCA2 i BRCA1. Będzie się z tym wiązał dodatkowy problem organizacji diagnostyki molekularnej chorych. W mojej opinii aktualnym problemem są obowiązujące w programie lekowym zapisy definiujące progresję raka gruczołu krokowego – określające, zatem, kryteria rozpoznania nieskuteczności prowadzonej terapii systemowej. Otóż, wbrew międzynarodowym zaleceniom oceny skuteczności hormonoterapii w raku gruczołu krokowego, mówiących o konieczności stwierdzenia kombinacji co najmniej 2 z 3 rodzajów progresji (spośród zdefiniowanych precyzyjnie: progresji biochemicznej [wzrost stężenia PSA w surowicy krwi], progresji klinicznej [pogorszenie stanu sprawności ogólnej chorego, wzrost natężenia objawów / dolegliwości związanych z chorobą nowotworową z koniecznością zastosowania opiatów i/lub interwencji chirurgicznej czy radioterapii],

progresji radiograficznej [postęp choroby w badaniach obrazowych]) nowy program lekowy nakazuje nam przerwanie leczenia już po wyłączeniu stwierdzeniu wzrostu stężenia PSA. To skutkować musi przedwczesnym zakończeniem terapii, której potencjału w pełni jeszcze nie wykorzystaliśmy. Tę zmianę idącą w kierunku rekomendacji międzynarodowych, a nie arbitralnego zapisu powinniśmy wprowadzić w pierwszej kolejności.

Prof. Konrad Rejdak, Prezes Polskiego Towarzystwa Neurologicznego

Problemy neurologiczne dotyczą wielu polskich pacjentów. Najczęstsze z nich to migrena przewlekła, stwardnienie rozsiane, udar mózgu, choroba Parkinsona i padaczka. Jeśli skoncentrujemy się na samej migrenie przewlekłej, to mamy nadzieję, że od lipca 2022 r. będą refundowane nowe terapie – toksyna botulinowa i przeciwciała monoklonalne w ramach programu lekowego. Jesteśmy w trakcie rozmów i bardzo się cieszymy na dużą otwartość ze strony Pana Ministra Macieja Miłkowskiego i całego zespołu ministerstwa. Liczymy, że nastąpi stworzenie czegoś, czego nie było nigdy w Polsce. Przypomnę że w migrenie żaden lek nie jest refundowany. Refundacja nowych leków w programie lekowym migreny przewlekłej będzie rewolucyjnym i kompleksowym podejściem. Czekamy również na modyfikację programów lekowych oraz refundację nowych leków w stwardnieniu rozsianym we wrześniu 2022 r. Diagnostyka i leczenie tej choroby jest sporym sukcesem polskiej neurologii, gdyż aż 40% zdiagnozowanych chorych jest skutecznie leczonych.



Prof. Tomasz Wróbel, Kierownik Kliniki Hematologii, Nowotworów Krwi i Transplantacji Szpiku Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego we Wrocławiu

Chciałbym powiedzieć parę słów o terapiach w chłoniaku anaplastycznym z dużych komórek, istotnych dla klinicyстів i pacjentów w Polsce. Chłoniak anaplastyczny czy w ogóle chłoniaki komórkowe to niszowa grupa nowotworów krwi, gdyż stanowią one ok. 10 proc. ogólnej populacji pacjentów leczonych na chłoniaki. W naszej szerokości geograficznej są to głównie chłoniaki B-komórkowe. Ta wąska grupa pacjentów właściwie do tej pory nie korzystała z żadnych innowacyjnych terapii. Standardem była klasyczna chemioterapia. Jednak w ostatnich latach postęp, który się dokonał, zaczął dotyczyć również chorób nowotworowych wywodzących się z limfocytów T. Pojawiły się możliwości immunoterapii w tej grupie pacjentów. Jest to przeciwciało anti-CD30, które w skojarzeniu z chemioterapią w istotny sposób poprawia wyniki leczenia. Brentuksymab vedotin, to jest lek, który już znamy, bo ma refundację w leczeniu chłoniaka Hodgkina. Natomiast zastosowanie tego leku w innym wskazaniu również z obecnością antygeny CD30, czyli w chłoniakach T-komórkowych, w chłoniaku anaplastycznym T-komórkowym CD30 pozwoli na skuteczną terapię naszych chorych.



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



Trzeba wyraźnie powiedzieć, że ostatnie decyzje refundacyjne wzbogaciły możliwości terapii nowotworów krwi. Od 1 marca 2022 r. sytuacja się poprawiła, co nie znaczy, że jest optymalna, dlatego że nadal są grupy pacjentów, którzy w pierwszej linii terapii nie są w pełni zabezpieczeni. Pierwsza grupa to są chorzy na szpiczaka plazmocytozy, którzy kwalifikują się do przeszczepienia. Tam nadal jest tylko dostępna stara chemioterapia. Ona jest skuteczna, natomiast dodanie przeciwciała monoklonalnego - daratumumabu do schematu leczenia dwukrotnie zwiększa skuteczność tej terapii. Mamy dowody, które wskazują, że jednoczesna chemioterapia z immunoterapią byłaby optymalna, a jest to grupa, która ma najlepsze rokowania, dlatego tym bardziej powinniśmy wykorzystać siłę pierwszej linii leczenia, która będzie później konsolidowana procedurą autologicznego przeszczepienia, żeby pacjenci żyli dłużej. W przewlekłej białaczce limfocytowej decyzje refundacyjne dotyczyły grupy pacjentów niekwalifikujących się do immunochemioterapii. Tu mamy nowoczesne leczenie wolne od chemioterapii, ale osoby młodsze nie mają dostępności do tej terapii. One mają dostęp do tych leków, ale dopiero w nawrocie. A w niektórych sytuacjach dopiero w drugim nawrocie. Taka procedura jest niezgodna z międzynarodowymi standardami. Zdecydowanie korzystniejsze jest leczenie optymalne od początku, a dane pokazują że optymalne leczenie na początku skutkuje przedłużeniem przeżycia. W odniesieniu do przewlekłej białaczki limfocytowej schematy w pełni doustne są dostępne, ale dopiero od nawrotu choroby. Natomiast w odniesieniu do pierwszej linii leczenia jest to schemat leku doustnego z przeciwciałem monoklonalnym, dzięki któremu możliwe są krótkie hospitalizacje. W szpiczaku plazmocytozy mamy bardzo dobrą decyzję refundacyjną od 1 marca 2022 r., która umożliwi stosowanie formy podskórnej daratumumabu. W Polsce on jest refundowany w schemacie bortezomib-dexametazon. Bortezomib jest również w formule podskórnej, a dexametazon to lek doustny, dlatego ci pacjenci mogą otrzymywać pół-ambulatoryjne leczenie. Na tym etapie jesteśmy bardzo zadowoleni z tych decyzji, ale wiemy, że można więcej. Że można daratumumab połączyć z dwoma lekami doustnymi: lekiem immunodelującym i sterydem. Mamy wtedy najskuteczniejszy schemat w leczeniu chorych na szpiczaka plazmocytozy: daratumumab, lenalinomid i deksametazon. W hematologii, a szczególnie w szpiczaku plazmocytozy, mówimy o refundacji pojedynczych leków, ale cały czas rozumiemy to jako określony schemat terapeutyczny. To jest duże wyzwanie, ale też duże ograniczenie. Bo na pytanie, czy daratumumab jest dostępny w Polsce odpowiemy - tak. Czy pacjenci optymalnie korzystają z tej terapii? Nie. Dlatego, że pacjenci korzystają tylko w nawrocie i tylko w najślabszym połączeniu w schemacie: bortezomib-dexametazon. Czyli korzyść z bardzo skutecznego leczenia jest niestety w pewnych grupach niwelowana przez dodanie mniej skutecznej części chemioterapeutycznej. Optymalnym byłoby refundowanie leków, które są zarejestrowane we wszystkich schematach. Nie powinno być dyskusji, czy daratumumab w tym czy w innym połączeniu powinien być dostępny. On powinien być dostępny we wszystkich połączeniach, dlatego że badania pokazują bardzo dużą skuteczność dodania przeciwciała monoklonalnego do każdego z trzonów terapii. Mierzalna choroba

resztkowa może być uznawana za istotny i obiektywny czynnik predykcyjny leczenia chorób hematoonkologicznych. Ocena mierzalnej choroby resztkowej zależy od tego, jakich narzędzi użyjemy, żeby ocenić brak nieprawidłowych komórek. Zazwyczaj są to czułe metody genetyczne albo czułe metody fenotypowe, czyli określające nieprawidłowe komórki na poziomie białkowym. Nowością jest wprowadzenie tej metody dla ostrej białaczki szpikowej i dla przewlekłej białaczki limfocytowej. Przy tej ostatniej wszystkie dotychczasowe procesy rejestracyjne, a więc badania kliniczne trzeciej fazy polegały na wykazaniu korzyści w odniesieniu do czasu wolnego od progresji (PFS). Natomiast uzyskanie korzyści w odniesieniu do całkowitego przeżycia (OS), jeśli jest to grupa pacjentów, u których przewidujemy wieloletnie przeżycia, tak naprawdę spowolniła postęp w terapiach, dlatego że bardzo późno były te leki rejestrowane. EMA i FDA uznały, że mierzalna choroba resztkowa, a dokładnie jej brak, jest świetną oceną skuteczności terapii. W przewlekłych nowotworach krwi, kiedy nie możemy mówić o wyleczeniu pacjenta albo na razie nie możemy mówić o wyleczeniu pacjenta, terapia, która doprowadza do eradykacji mierzalnej choroby resztkowej jest skuteczniejsza niż terapia, która w mniejszym odsetku doprowadza do tego.

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



Aktualnie w diabetologii mamy sporo rewolucyjnych rozwiązań. I na pewno floszyny i analogi GLP-1 do nich należą. Co to znaczy w leczeniu cukrzycy typu 2? Oznacza to modyfikację przebiegu choroby i fakt odsunięcia insulinoterapii w czasie. Mówiliśmy o ponad trzech milionach uchodźców z Ukrainy. Jeżeli weźmiemy odsetek 10% chorych z cukrzycą, to mamy kolejne 300 tys. pacjentów, którymi musimy się zaopiekować, oprócz 3 mln Polaków chorych na cukrzycę. Jeżeli zainwestujemy w nowe terapie, w nowoczesne systemy monitorowania glikemii oraz pompy insulinowe, to sprawimy, że będziemy efektywniejsi w osiągnięciu celów terapeutycznych. Nowe leki zdecydowanie łatwiej pozwalają samoopiekować się pacjentowi z cukrzycą typu 2, w porównaniu do insulinoterapii, i eliminują ryzyko hipoglikemii. Nowoczesne terapie dają wielu pacjentom możliwość uproszczenia skomplikowanego leczenia. Dowody naukowe wskazują, że stosowanie w terapii pacjenta z cukrzycą typu 2 floszyn i analogów GLP-1 pozwala niejednemu pacjentowi uciec od przewlekłych powikłań i wydłużyć życie. Mamy określone grupy pacjentów z cukrzycą typu 2, które mogłyby najbardziej skorzystać z rozszerzenia refundacji floszyn i inkretyn. Wskazane one są w zaleceniach Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego. Pacjent niewyrównany metabolicznie, to jest pacjent, który ma zwiększone ryzyko rozwoju powikłań i przedwczesnego zgonu. Aktualne kryterium refundacyjne wskazuje wartość glikowanej hemoglobiny >8% utrzymującej się przez 6 miesięcy nieskutecznej terapii dwoma lekami przeciwhiperglykemicznymi u pacjenta bardzo wysokiego ryzyka sercowo-naczyniowego. Obniżenie wartości hemoglobiny glikowanej we wskazaniach refundacyjnych do 7%, byłoby działaniem, które poszerzy grupę pacjentów lepiej leczonych. W przypadku analogów GLP-1, to kolejnym kryterium refundacyjnym limitującym, oprócz hemoglobiny glikowanej, jest bardzo duża masa ciała (BMI>35). Diabetolodzy argumentują zasadność obniżenia tego kryterium refundacyjnego do BMI>30. Należy podkreślić, że na terapii floszynami i analogami GLP-1, jako lekami modyfikującymi

przebieg cukrzycy zdrowotnie skorzystają także pacjenci z cukrzycą typu 2 już leczeni insuliną. Takie skojarzenie pozwala zredukować dawkę insuliny, zmniejszyć ryzyko hipoglikemii, a nawet u wybranych osób odstawić insulinę. Czas pandemii pokazał, że najczęściej z powodu COVID-19 umierał pacjent z cukrzycą, który był niewyrównany metabolicznie. Biorąc pod uwagę współistnienie cukrzycy z innymi chorobami jest niezwykle ważne, żeby pacjent był dobrze leczony i wyrównany metabolicznie.

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



Otyłość jest epidemią, to bardzo groźna choroba. Potrzebne są działania w kilku obszarach. Po pierwsze, musimy podnieść świadomość związaną z tym, że otyłość to przewlekła choroba bez tendencji do samoistnego ustępowania, a z tendencjami do nawrotów i z bardzo licznymi powikłaniami. Zrozumienie tego faktu jest kluczem do sukcesu. Badania, które przeprowadzaliśmy jako Polskie Towarzystwo Leczenia Otyłości wskazują, że jedynie 15% Polaków zdaje sobie sprawę z zagrożeń wynikających z nierozpoznanej i nieleczonej otyłości. Tymczasem obserwujemy z ogromnym niepokojem, że pacjenci chorujący na otyłość ustawiają się w coraz dłuższych kolejkach do wielu specjalistów, którzy tak naprawdę zajmują się leczeniem powikłań otyłości. To powoduje ogromne obciążenie systemu opieki zdrowotnej. Obawiam się, że jeżeli nie rozpoczniemy dyskusji na temat zmian systemowych, to otyłość będzie problemem, z którym żaden system opieki zdrowotnej sobie nie poradzi. Amerykanie wykazali, że jeden dolar zainwestowany w zapobieganie leczeniu otyłości zwraca się pięcioma, sześcioma dolarami. To największa, najlepsza inwestycja, zwłaszcza w tych trudnych czasach, które są przed nami. W czasach niedoborów, wysokiej inflacji, musimy zahamować wydatki w tym zakresie. Jedną kwestią to zwiększenie świadomości problemu otyłości wśród pacjentów oraz osób, które decydują o zmianach systemowych. A druga, to ciągłe podnoszenie kwalifikacji i wiedzy w zakresie kompleksowego leczenia otyłości wśród kadr medycznych. Jako Polskie Towarzystwo Leczenia Otyłości przygotowaliśmy i opublikowaliśmy zalecenia dotyczące zasad leczenia otyłości. Wskazaliśmy na konieczność tworzenia zespołów interdyscyplinarnych, które zdecydowanie poprawiają skuteczność terapii, ale także wykorzystania wszystkich dostępnych metod, którymi dzisiaj dysponujemy. W ostatnich latach dokonał się postęp w zakresie farmakologii i chirurgii bariatrycznej. Jeszcze raz przypomnę to, co obserwujemy w grupie dzieci i młodzieży, w szczególności sposób budzi zgrozę. 400 tys. dzieci z nadmierną otyłością, a co roku będzie przybywać następne 80 tys. Jako Polska, mamy piąte miejsce na świecie, a jesteśmy niechlubnymi liderami w Europie, pod względem wzrostu nadmiernej masy ciała wśród dzieci i młodzieży. Nastolatek z nadmierną masą ciała jest 18 razy bardziej zagrożony wystąpieniem otyłości w życiu dorosłym. Ale jeśli pochylimy się nad tematem i wykorzystamy możliwości, którymi dysponujemy, to mamy szansę na poprawę. Wczesne rozpoznawanie i profilaktyka otyłości oraz leczenie tej choroby jest bezwzględnie obowiązkiem każdego lekarza. Identyfikacja tego problemu na poziomie lekarza podstawowej opieki zdrowotnej powinna być standardem postępowania. Na każdej wizycie lekarskiej w POZ powinien być wykonany pomiar masy ciała i wzrostu oraz wyliczone BMI. Często nawet pięć lat upływa zanim lekarz rozpozna

chorobę. Polskie Towarzystwo Leczenia Otyłości opracowało zalecenia, jak postępować na każdym etapie. Od momentu profilaktyki, po okres leczenia choroby. To powinien być standard postępowania.

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

Problem zapobiegania otyłości i skutecznego jej leczenia z perspektywy kardiologa jest istotny. Otyłość nie jest defektem estetycznym, tylko przewlekłą chorobą bez tendencji do samoistnego ustępowania. Głównymi powikłaniami otyłości są problemy metaboliczne, w tym cukrzyca oraz choroby układu sercowo-naczyniowego. Są to: przedwczesna miażdżyca, dyslipidemia, arytmie, nadciśnienie tętnicze. Nadciśnienie tętnicze jest w zasadzie wpisane w standard rozpoznawania u pacjenta z otyłością. Lekarze mogą mieć problem z pomiarem ciśnienia u osoby otyłej, bo potrzebne są specjalne mankiety. Pacjenci otyli mają zaburzenia gospodarki lipidowej, a wiemy o tym, że dyslipidemia jest kluczowym czynnikiem ryzyka miażdżycy, w konsekwencji ostrych i przewlekłych zespołów wieńcowych. Znamy mechanizmy, które determinują wystąpienie zaburzeń rytmu u pacjentów z otyłością, a arytmie przekładają się na ryzyko wystąpienia udaru mózgu. Arytmie wynikają również z obturacyjnego bezdechu sennego, który u pacjenta z otyłością występuje bardzo często i generuje arytmie przedsionkowe, komorowe, co zwiększa ryzyko zgonu. U pacjentów, którzy mają otyłość, prawdopodobieństwo wystąpienia niewydolności serca jest większe. Dlatego flozyny oraz inkretyny mają także znaczenie w zmniejszeniu ryzyka powikłań sercowo-naczyniowych.



***Prof. Beata Naumnik, Konsultant Wojewódzki
w dziedzinie nefrologii, Kierownik I Kliniki
Nefrologii i Transplantologii z Ośrodkiem Dializ,
Uniwersytet Medyczny w Białymstoku***

Dla pacjentów chorujących na przewlekłą chorobę nerek od dwudziestu lat nie było takiego skutecznego leczenia, które poprawiłoby ich rokowanie. Bardzo nas cieszy, że od 1 lipca 2022 r. dapagliflozyna będzie refundowana dla chorych na przewlekłą chorobę nerek. Flozyny, poprzez działanie nefroprotektoryjne, obniżają śmiertelność całkowitą o ponad 30%, a w 34% redukują czas wejścia w dializę chorych na przewlekłą chorobę nerek. W związku z tym, dzięki flozynom jesteśmy w stanie wydłużyć naszym pacjentom życie oraz odciążać stacje dializ. Oczywiście bierzemy tu również pod uwagę przeszczepienie nerki. Przewlekła choroba nerek wpisuje się w choroby cywilizacyjne. Otyłość i cukrzyca są najczęstszą przyczyną uszkodzenia nerek. Oczywiście mówimy również o nadciśnieniu tętniczym, o pierwotnych chorobach nerek, chorobach autoimmunologicznych, reumatologicznych i hematologicznych. Dochodzi do tego nadużywanie niesteroidowych leków przeciwzapalnych. Praktycznie 4,7 mln Polaków ma uszkodzone nerki, ale 95% z tych osób nic o tym nie wie. Chore nerki nie dają objawów, a objawy pojawiają się bardzo późno. W związku z tym, musimy stworzyć program profilaktyki wczesnego wykrywania przewlekłej choroby nerek. Sprawa jest bardzo ważna, bo mamy obecnie przeciążony system opieki zdrowotnej, małą liczbę nefrologów i pielęgniarek na stacjach dializ. Domowa dializa otrzewnowa jest znacznie tańsza niż hemodializoterapia oraz



zapewnia lepszy komfort życia pacjenta, niestety nie jest w Polsce popularna. W związku z tym, bardzo ważny jest program profilaktyki, polegający na oznaczeniu stężenia kreatyniny, a w grupach ryzyka oznaczenie albuminurii. Albuminuria do chwili obecnej nie znajduje się w koszyku świadczeń w podstawowej opiece zdrowotnej. Dzięki powołaniu Koalicji na Rzecz Przewlekłej Choroby Nerek jest nadzieja na realizację programu, który ma sześć bardzo ważnych postulatów. Jednym z nich jest dodanie do podstawowego koszyka świadczeń w POZ oznaczania albuminurii w grupach ryzyka.

Prof. Brygida Kwiatkowska, Konsultant krajowa w dziedzinie reumatologii, Kierownik Kliniki Wczesnych Zapaleń Stawów Narodowego Instytutu Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji (NIGRIR)



Zapalne choroby reumatyczne głównie dotyczą osób młodych, które wchodzą w życie, uczą się, są aktywne zawodowo. To samo dotyczy chorych z Ukrainy. Natomiast zupełnie inna organizacja opieki zdrowotnej w systemie ukraińskim powoduje, że zdarzają się pacjenci, którzy mają pozarejestrowane zastosowanie leków. W Polsce zasady podawania leków są zgodnie ze wskazaniami rejestracyjnymi. I to wymaga dużej weryfikacji z naszej strony. Na Ukrainie istniał program lekowy leczenia młodzieńczego idiopatycznego zapalenia stawów, co stwarzało szanse na właściwą terapię dzieci i młodzieży. Natomiast, jeżeli chodzi o osoby dorosłe, to mogę powiedzieć, że dość duża grupa chorych jest chorymi zaniedbanymi. Ukraiński system kształcenia lekarzy różni się znacząco od polskiego, dlatego mamy w tej chwili zatrudnione jako pomoc lekarską dwie panie doktor z Ukrainy, ze względu na konieczność weryfikacji kwalifikacji. Weryfikacja kwalifikacji wymaga zsynchronizowania wiedzy oraz komunikacji w języku polskim. Pamiętajmy, że pacjent reumatologiczny ma większe ryzyko cukrzycy, depresji, nadciśnienia tętniczego, choroby wieńcowej czy chorób nowotworowych. Dlatego tak ważne jest wczesne wykrywanie chorób reumatologicznych. Jeżeli będziemy wcześniej leczyć zapalenie błony naczyniowej oka, nie rozwinie się łuszczyca. Jeżeli się nie rozwija się łuszczyca, to nie rozwija się również łuszczycowe zapalenie stawów. W tej chwili wiemy, że dobre leczenie łuszczycy zmniejsza ryzyko rozwoju łuszczycowego zapalenia stawów o 38%. Bardzo ważne jest wyrównanie szans pacjentów w Polsce do poziomu Unii Europejskiej. W przypadku reumatoidalnego zapalenia stawów, które głównie dotyczy kobiet, możliwość skutecznego leczenia nowymi lekami dotyczy 2% chorych w Polsce, gdy w Europie jest leczonych ok. 20-30%. To powoduje, że proces autozapalny jest niewłaściwie leczony, a co za tym idzie pojawia się rozwój choroby oraz inne jednostki chorobowe, które są wynikiem tego przewlekłego niekontrolowanego zapalenia i indukuje to niesprawność. Liczę na to, że rzeczywiście poprawi się znacząco możliwość skutecznego leczenia chorób reumatycznych, ale jednocześnie poprawi się wykrywalność i profilaktyka tych chorób, które są następstwem niewłaściwego leczenia schorzeń zapalnych.

Ksiądz Władysław Duda, Dyrektor Archidiecezjalnego Zespołu Domowej Opieki Paliatywnej

Medycyna paliatywna i ruch hospicyjny w Polsce w tej chwili jest w bardzo trudnej sytuacji. Pandemia COVID-19 spowodowała, że w całej Polsce w hospicjach przebywają pacjenci bardzo krótkoterminowi. Opieka trwała średnio trzy miesiące. Oczywiście, byli pacjenci pod opieką ponad kilka lat, ale byli też pod opieką parę tygodni. W tej chwili przeważają pacjenci kilkudniowi. Przyczyna jest zapewne taka, że pacjenci w trakcie pandemii nie diagnozowali się. I kiedy teraz zaczęli się diagnozować, to okazało się, że mają bardzo zaawansowane procesy nowotworowe. Obecnie przygotowywane są nowe standardy opieki paliatywnej. Odnotowujemy olbrzymie braki kadrowe - brakuje lekarzy i pielęgniarek. Medycyna paliatywna jest niedofinansowana, a na opiekę paliatywną przeznaczonych jest 0,7% budżetu NFZ. W związku z tym nie jesteśmy konkurencyjni dla pracowników medycznych. Tym bardziej, że jest to bardzo trudna praca. Miejmy nadzieję, że sytuacja się poprawi.



Posel Barbara Dziuk, Przewodnicząca Parlamentarnego Zespołu ds. Chorób Rzadkich

Całe społeczeństwo oraz reprezentujący je politycy mają przed sobą ogromne wyzwanie, jeśli chodzi o bezpieczeństwo zdrowotne mieszkańców Polski oraz solidarną pomoc medyczną dla uchodźców z Ukrainy. Apeluję w tym kontekście o budowanie porozumienia pomiędzy krajami, które udzielają tej pomocy, przy wsparciu Unii Europejskiej. W kluczowych wyzwaniach zdrowotnych podejmujemy bardzo trudne dyskusje, ale zawsze dla dobra pacjenta. Ministerstwo Zdrowia w swoich działaniach zapewnia opiekę nad wszystkimi pacjentami w Polsce. Wiemy, że są momenty trudne, jeżeli chodzi o dostępność do POZ czy szpitali. Natomiast uważam, że jak najszybciej powinniśmy zagospodarować kadrę medyczną z Ukrainy, która chce u nas pracować. Musimy wspólnie podejmować działania, aby te osoby zagospodarowywać w polskim systemie ochrony zdrowia. Jeżeli chodzi o finansowanie opieki medycznej dla Ukraińców w Polsce, to jest ona finansowana z odrębnych i dodatkowych środków. Polscy pacjenci w żaden sposób nie muszą się obawiać, że doprowadzi to do zagrożenia finansowania ich opieki. Apeluję o wzajemną współpracę i wspólne rozwiązywanie wszystkich problemów dla dobra pacjentów w Polsce.



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

W ostatnim czasie została powołana Rada Organizacji Pacjentów przy Ministrze Zdrowia, która, mam nadzieję, będzie wspierać optymalizację systemu ochrony zdrowia w Polsce. Współpraca organizacji pacjentów z Rzecznikiem Praw Pacjenta pokazała, jak ważny jest konstruktywny dialog. Bardzo ważny jest rozwój profilaktyki zdrowotnej – w tym lekcji o zdrowiu w szkołach. Ostatnio na posiedzeniu Rady Ochrony Zdrowia przy Prezydencie RP



dyskutowaliśmy o Narodowym Programie Eliminacji HCV oraz jak najszybszym wdrożeniu szczepień przeciwko HPV. Dzisiaj rozmawiamy o bezpieczeństwie zdrowotnym obywateli Polski w kontekście ogromnego napływu uchodźców z Ukrainy. Stawia to dodatkowe wyzwanie dla polskiego systemu ochrony zdrowia, który jest bardzo obciążony z powodu pandemii COVID-19. Jako organizacja pacjentów organizujemy pomoc psychologiczną, szukamy wolontariuszy-tłumaczy, a także pomagamy dotrzeć do specjalistów obywatelom Ukrainy. Polska Koalicja Pacjentów Onkologicznych działa. Mamy specjalny numer telefonu dla „pacjenta wykluczonego” i pomagamy tym osobom, które nie są widoczne w systemie e-WUŚ. Wiemy, że bardzo dużo uchodźców zakażonych różnymi patogenami przekroczyło granicę Polski. To zwiększa zagrożenie nie tylko z powodu COVID-19, ale innymi chorobami zakaźnymi. Szczególnie u dzieci, odra, gruźlica, polio, wszystkie tego typu zakażenia będą zagrożeniem również dla tych dzieci, które są zaszczepione. Ale też, jak słyszymy, ciągle narasta ruch antyszczepionkowy. I tutaj edukacja powinna być nasiloną. Dzisiaj w debacie biorą udział osoby, które też mają duży wpływ na to, żeby w tej kwestii zająć stanowisko i edukować społeczeństwo.

Grzegorz Błażewicz, Zastępca Rzecznika Praw Pacjenta

Z tego miejsca chciałbym podziękować organizacjom pozarządowym, które zaangażowały się w pomoc obywatelom Ukrainy. Od początku działań wojennych Rzecznik Praw Pacjenta (RPP) włączył się w pomoc na rzecz pacjentów z Ukrainy. Na bieżąco przygotowujemy i publikujemy odpowiedzi na najczęściej zadawane na Telefonicznej Informacji Pacjenta pytania. Publikujemy je na stronie RPP w dwóch językach polskim i ukraińskim. Przygotowaliśmy ulotki i plakaty w języku ukraińskim informujące o prawach pacjenta. Zostały one rozesłane do podmiotów leczniczych w całej Polsce. Kontaktujemy się z Narodowym Funduszem Zdrowia i innymi instytucjami, które organizują pomoc uchodźcom, celem poprawy ich sytuacji. Od początku wybuchu wojny przeprowadziliśmy kilkanaście interwencji związanych z sytuacją uchodźców. Te interwencje, bez względu na to, czy chodzi o obywateli polskich czy ukraińskich, mają miejsce w sytuacjach, które mogą zagrażać życiu pacjenta. Chciałbym podkreślić, że przepisy, w tym Ustawa o prawach pacjenta i Rzecznik Praw Pacjenta zapewniają równy dostęp do leczenia. Ustawa nie faworyzuje pacjentów pochodzących z Ukrainy i nie deprecjonuje polskich pacjentów. Wszystkim przysługują dokładnie takie same świadczenia, chciałbym to bardzo wyraźnie podkreślić. We wspólnym komunikacie wydanym przez Rzecznika Praw Pacjenta i Narodowy Fundusz Zdrowia, podkreślamy, że jedyne kryteria, które powinny decydować o kolejności w dostępie do świadczeń, to kryteria medyczne i stan zdrowia pacjenta. Liczymy na to, że placówki medyczne będą kierować się właśnie tymi kryteriami. W opinii Rzecznika Praw Pacjenta ważne jest systematyczne, konsekwentne budowanie wydolnego systemu ochrony zdrowia, który będzie zapewniał równy dostęp do świadczeń zdrowotnych. Zrównoważony system opieki zdrowotnej, to taki system, który skupia się na jakości usług zdrowotnych i bezpieczeństwie pacjenta, a nie jedynie na liczbie świadczeń. Monitorowanie jakości i bezpieczeństwa świadczeń jest niezbędne. Zrównoważony system powinien koncentrować się także na profilaktyce, która jest doskonałym krokiem do odciążenia systemu w przyszłości. Edukacja zdrowotna jest punktem wyjścia do zmian w świadomości obywatelskiej oraz w świadomości pacjentów. Po doświadczeniu pandemii oraz w obliczu konfliktu zbrojnego w Ukrainie, nie ma wątpliwości, iż konieczne jest dalsze wspieranie odporności systemu. Niezmiernie ważna, szczególnie w kontekście ograniczeń jest właściwa koordynacja usług. Zarówno na poziomie systemowym, jak i z poziomu indywidualnego



pacjenta. Dlatego istotne jest dalsze rozwijanie narzędzi, przede wszystkim informatycznych, służących do lepszej koordynacji, optymalizacji dostępności oraz poprawy jakości świadczeń. Nikt już chyba dzisiaj nie wyobraża sobie naszego systemu ochrony zdrowia bez e-recept, e-skierowania czy elektronicznego zwolnienia lekarskiego. To jest ten kierunek, który powinniśmy kontynuować. Warto też wspomnieć o potrzebie zapewnienia odpowiednich warunków dla rozwoju kadr medycznych. Zdajemy sobie sprawę, że nastąpił brak zastępowalności pokoleń w zawodach medycznych. Maleje liczba aktywnych lekarzy, pielęgniarek i położnych. Cieszą działania rządu zmierzające do kształcenia większej liczby osób mających wykonywać zawody medyczne. Realizując te wszystkie postulaty, o których wspomniałem, musimy pamiętać też o największym wyzwaniu stojącym przed systemem ochrony zdrowia, a związanym ze starzeniem się społeczeństwa. Proces ten niewątpliwie odbije się zarówno na strukturze świadczeń, jak i kompetencjach. Powinniśmy zrobić wszystko, aby maksymalnie zoptymalizować system i przygotować go do zmian demograficznych.

Ewa Falkowska, Dyrektor Advocacy, UNICEF Polska

Mówiąc o bezpieczeństwie zdrowotnym dzieci, podobnie jak i innych grup mamy na myśli bezpieczeństwo, zarówno w krótkim, jak i długim okresie. Dzieci stanowią w chwili obecnej około 18% populacji Polski. Ale w przyszłości będą stanowiły 100%. W związku z tym, tak ważne jest, aby dbać o kondycję zdrowotną dzieci, aby intensyfikować profilaktykę oraz wszelkiego rodzaju działania związane z edukacją zdrowotną. Jeszcze przed wybuchem pandemii COVID-19 sytuacja w zakresie dostępności dzieci do opieki zdrowotnej nie była najlepsza. Natomiast pandemia pogłębiła te negatywne trendy. Tematów trudnych, wymagających natychmiastowej poprawy jest wiele. Pierwszym, na który pandemia miała ogromny wpływ była sytuacja w obszarze zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży. UNICEF szacuje, że na świecie co siódme dziecko żyje ze zdiagnozowanymi problemami zdrowia psychicznego. Natomiast w Polsce szacunki mówią, że specjalistycznej pomocy psychologicznej lub psychiatrycznej potrzebuje około 630 tysięcy dzieci. Czy tą pomoc otrzymają? Prowadzona jest reforma systemu psychiatrii dziecięcej, ale potrzeba na to bardzo dużo czasu, żeby zobaczyć jej efekty. Dane wyglądają niezbyt optymistycznie. Jeśli chodzi o lekarzy psychiatrów, to ich liczba w Polsce jest o połowę mniejsza niż mówią standardy WHO. Niemal w połowie szkół w Polsce nie ma zatrudnionych psychologów. Bardzo dużo mówimy o tym, że psycholog powinien być w każdej szkole. Brakuje miejsc w szpitalach, na oddziałach psychiatrii dziecięcej. Szpitale muszą przyjąć dziecko, jeżeli jest zagrożone jego życie i zdrowie, czyli na przykład po próbie samobójczej. Dlatego obłożenie w niektórych szpitalach sięga 200%. Proszę sobie wyobrazić, jak wygląda opieka psychologiczna i psychiatryczna w szpitalu, w którym jest tak wysokie obłożenie. Prawie 60% dzieci, które trafiają do szpitali psychiatrycznych, nigdy nie miała udzielonych żadnych świadczeń profilaktycznych, czyli nie korzystała z pomocy psychologa lub psychiatry. Proszę zwrócić również uwagę na to, że do Polski przyjechało ponad 3 miliony uchodźców z Ukrainy. Szacuje się, że 90% z nich, to matki z dziećmi. Dzieci może być około 50%, czyli tak naprawdę do polskiego systemu opieki zdrowotnej wejdzie między milion a milion pięćset tysięcy dzieci. Te dzieci dramatycznie będą potrzebowały pomocy psychiatrycznej i psychologicznej. To są dzieci po ciężkiej traumie, z trudnymi doświadczeniami czasu wojny. Czy będziemy w stanie im taką opiekę zagwarantować? Bo ta opieka jest konieczna. Oczywiście mówiąc o braku lekarzy psychiatrów, nie można zapomnieć, że to nie jest



problem dotyczący wyłącznie tej dziedziny. W Polsce borykamy się z permanentnym brakiem lekarzy pediatrów, kardiologów dziecięcych, urologów dziecięcych, reumatologów dziecięcych itd. Dodatkowo pogłębia się luka pokoleniowa, z którą w tej chwili się zmagamy. I w związku z tym, wiele dzieci, szczególnie na tych terenach oddalonych od ośrodków miejskich, żeby dostać się do lekarza specjalisty musi oczekiwać w bardzo długiej kolejce, sięgającej czasami nawet kilku miesięcy. Wiemy wszyscy, że szybka diagnoza jest gwarancją sukcesu i wyleczenia dziecka. Należy wspomnieć, że mamy bardzo duże problemy z rehabilitacją i ze wsparciem dzieci z niepełnosprawnościami. Do Polski zostało ewakuowanych kilka tysięcy dzieci z ukraińskich domów dziecka. Natomiast specyfika tamtego systemu jest taka, że gros dzieci, które w nich mieszkają to dzieci z niepełnosprawnościami. One wkrótce trafią do naszego systemu. Rodzi się pytanie, czy będziemy w stanie im pomóc, czy będziemy w stanie sprostać tym naprawdę ogromnym wyzwaniom? Następną kwestią, o której chciałabym powiedzieć, to są szczepienia ochronne. W Polsce od wielu lat systematycznie spada wyszczepialność dzieci. W ciągu ostatnich pięciu lat podwoiła się liczba odmów szczepień i w tej chwili sięga 50 tysięcy odmów. Ale co to oznacza? Podam przykład odrę. W przeciągu ostatnich kilku lat wyszczepialność na odrę sięgała 90 kilku procent, czyli oscylowała na poziomie odporności populacyjnej. Natomiast w dobie pandemii, według ekspertów, spadła do poziomu 80%. Do Polski napłynęła bardzo duża liczba dzieci z Ukrainy, gdzie poziom wyszczepialności był znacząco niższy niż w Polsce. Trzeba sobie to jasno powiedzieć, że w Polsce utraciliśmy odporność populacyjną na odrę. I to jest coś, czego musimy być świadomi, dlatego że odra jest niezwykle niebezpieczną chorobą dla dzieci. W krajach rozwijających się, gdzie nie ma jeszcze powszechnych szczepień przeciwko odrze, jest to pierwsza przyczyna śmiertelności dzieci poniżej 5 roku życia, z powodu chorób, którym zapobiegają szczepienia. Na odrę nie ma lekarstwa. I jeżeli w takiej sytuacji pojawi się wirus odrę, choroba rozprzestrzeni się bardzo szybko. W związku z tym, zdecydowane działanie w tym obszarze szczepień są niezbędne. Analogiczna sytuacja może się pojawić również w innych obszarach dotyczących szczepień, czyli będziemy mogli mówić o epidemii na przykład krztuśca czy innych chorób uwzględnionych w kalendarzu szczepień obowiązkowych.

Prof. Urszula Demkow, Polska 2050

Od 24 lutego 2022 r. toczy się wojna na Ukrainie i mnóstwo Ukraińców ruszyło po pomoc do Polski. Były to głównie kobiety z dziećmi, w tym dzieci niepełnosprawne i chore. Warto podkreślić, że polska medycyna jest na najwyższym, światowym poziomie. Potrafimy zbadać genom, wyciągnąć z tego wnioski, pomóc pacjentom na poziomie takim, jak to odbywa się na świecie. Dorównujemy wysokim światowym standardom. Ale

zasobów mamy za mało. I jesteśmy w stanie pomóc jednemu pacjentowi, dwóm, trzem, pięciu, ale nie jesteśmy w stanie pomóc większości. Jakich zasobów nam brakuje? Brakuje nam kadr medycznych. Każdy rząd o tym mówi i ma jakieś programy. Ale działań jest za mało i odbywają się w sposób nieskoordynowany. Czy wiecie Państwo, że w poprzednim roku akademickim na wydziałach lekarskich zostało tysiąc miejsc nieobsadzonych? Mówi się, że mamy za mało lekarzy, ale część chętnych na studia lekarskie w Warszawie odeszło z kwitkiem, ponieważ nie dostali się na wymarzone studia. Ale w Opolu zostały wolne miejsca. I to jest jeden z wielu przykładów. Lekarze emigrują, pielęgniarki też, choć pielęgniarki niekoniecznie za granicę, ale do innych działów gospodarki. Wolą pracować w perfumerii, gdzie nie pracuje się w nocy, nie dźwiga się ciężkich pacjentów. Zarobki są nadal nieadekwatne do



obciążenia pracą. Pandemia spowodowała, że wielu pracowników odeszło ze szpitali. W szpitalu, w którym pracuję, odeszło 5 pielęgniarek anestezjologicznych oraz 5 pielęgniarek z zespołu intensywnej terapii. To jest ogromna strata, dlatego że te osoby mają unikalne kompetencje, których nie da się tak prosto kogoś nauczyć. Obok kadr, drugim problemem jest niewystarczające finansowanie publicznego systemu ochrony zdrowia w Polsce. Trzecim - system ochrony zdrowia nie ma żadnych rezerw. Widzimy kolejki karetek do izby przyjęć czy chorych na korytarzu. Średnia życia Polaka jest o ponad 6 lat krótsza od średniej w krajach skandynawskich, a o 4 lata krótsza od średniej w Unii Europejskiej. Dodatkowo nie ma integracji pomiędzy kolejnymi krokami leczenia. Pacjent z POZ wychodzi, ale już o specjalistę musi się zatroszczyć sam. A lekarz POZ nie wie, co się dzieje, z tym pacjentem w szpitalu, a lekarz ze szpitala nie konsultuje się z lekarzem podstawowej opieki zdrowotnej.

Dr Dmytro Hyk, Novapoliklinik, Ukraina

Są różne szczeble bezpieczeństwa. Kraje w pierwszej kolejności zabiegają o to militarne - to jest podstawa, ale kluczowe również jest dbanie o podstawową opiekę zdrowotną. Należy inwestować w profilaktykę, bo wtedy będziemy rozmawiać o bezpieczeństwie pacjentów jeszcze na tym etapie, kiedy oni nie są chorzy. Z punktu widzenia bezpieczeństwa, to jest długa droga, bo to nie jest rozwiązanie na rok, ani na dwa. Bardzo ważna w tym procesie jest edukacja, aby pacjent wiedział, co trzeba robić, żeby być zdrowym. Kluczowe jest kształcenie kadr medycznych.



Krzysztof Kopeć, Prezes Polskiego Związku Pracodawców Przemysłu Farmaceutycznego

Jestem przekonany, że po dwóch latach pandemii COVID-19 oraz w trakcie trwającej wojny na Ukrainie zaczynamy w pełni rozumieć znaczenie krajowej produkcji leków. Dla bezpieczeństwa zdrowotnego nas wszystkich, bo w centrum wszystkich naszych działań powinien być pacjent. W 2015 r. opracowaliśmy raport, w którym sygnalizowaliśmy zagrożenia dla dostaw i produkcji leków w Polsce. Bezpieczeństwo lekowe ma kilka wymiarów. Jest równie ważne, jak to militarne, bo możemy mieć żołnierzy czy obywateli, którzy bez leków będą umierać. Jeśli nie będzie insuliny, leków hipertensyjnych, antybiotyków, to ludzie będą w krótszym czy w dłuższym czasie po prostu umierać. Żeby być adekwatnie zabezpieczonym, potrzebne jest posiadanie przemysłu krajowego. Teraz zaledwie 20% substancji czynnych jest produkowane w Europie i w USA, a cała reszta w Azji. Cieszy nas fakt, że przy negocjacjach refundacyjnych ministerstwo zdrowia zaczyna uwzględniać, czy podmiot buduje fabrykę, czy inwestuje w Polsce. Także w ustawie refundacyjnej proponowane są instrumenty promujące leki produkowane w Polsce. My uważamy, że trzeba pójść jeszcze krok dalej i dać taki instrument, który zachęci do wzmacniania produkcji u nas w kraju. W Polsce nie brakowało leków w trakcie pandemii, a teraz wysyłamy leki do Ukrainy. Możemy to robić, bo mamy krajową produkcję prowadzoną przez producentów polskich i zagranicznych. Na pewno drogą do tego nie są proponowane „korytarze cenowe”. Bardzo liczymy na dofinansowanie w ramach Krajowego Planu Odbudowy oraz z innych mechanizmów finansowych, w tym Agencji Badań



Medycznych. Ja wierzę, że te środki mogą wzmacniać bezpieczeństwo lekowe Polski. W programach lekowych w Polsce w tej chwili jest kilkaset leków. W 2021 r. leczylimy w ramach programów lekowych ok. 16 tysięcy pacjentów. Jednak lekami podstawowymi, którymi leczą lekarze POZ i specjaliści miliony Polaków są leki niechronione patentem i konkurujące ceną, produkowane w Polsce. Więc musimy skupić się na tym, żeby wszystkie te leki były dostępne dla każdego pacjenta. Pamiętajmy, że w Polsce możemy produkować leki na cały świat. Jeśli szybciej wystartujemy z mechanizmami wsparcia krajowych producentów i zdobędziemy nowe rynki, to też jest innowacja społeczna i ekonomiczna dla polskiej gospodarki.

Michał Byliniak, Prezes Związku Pracodawców Innowacyjnych Firm Farmaceutycznych INFARMA

W czasie pandemii COVID-19 oraz wojny w Ukrainie największym wyzwaniem było zapewnienie nieprzerwanych dostaw leków i szczepionek. Okazało się, że przemysł farmaceutyczny sprostał tym wyzwaniom i zagwarantował bezpieczeństwo lekowe kraju w czasie obu kryzysów. Cały czas sobie z tym radzimy, jednak zwracamy uwagę na dynamikę obecnej sytuacji na świecie. W tej chwili obszar, który wydaje się jednym z najbardziej istotnych to sankcje, które są nakładane na Rosję i które mogą w konsekwencji prowadzić do problemów w dostępie do źródeł energii. Źródła energii są potrzebne, żeby, po pierwsze, leki produkować, a po drugie, żeby leki transportować. Dzisiaj słyszymy w mediach, że najbliższe wakacje będą najdroższe w historii ze względu na rosnące ceny paliwa, ale to samo paliwo jest wlewane do baków samolotów cargo, które te leki transportują. Mamy także wyzwania związane z zakończeniem kolejnej fali pandemii COVID-19 w Chinach. Zdawałoby się, że to będzie dobra informacja, a okazuje się, że to przełoży się na znaczący wzrost zużycia surowców energetycznych, które są potrzebne do produkcji leków. To wszystko złoży się na rosnące ceny leków, niezależnie od tego, czy są produkowane w Polsce czy za granicą. Wszyscy będziemy musieli odpowiedzieć sobie na pytanie, w jaki sposób podwyżki, które widzimy codziennie na stacjach paliw, na rachunkach za gaz, będą musiały zostać uwzględnione w budżecie płatnika oraz w jaki sposób projektować zmiany przepisów? Dotyczy to m. in. projektu nowej ustawy refundacyjnej, która powstała, kiedy nie rozmawialiśmy o problemach energetycznych, natomiast poruszaliśmy kwestie związane z łańcuchami dostaw i wyzwań związanych z różnymi problemami produkcyjnymi w Chinach czy Indiach. Kwestii innowacyjnych ten problem mniej dotyczy, bo skala produkcji w tych krajach jest mniejsza. Niemniej jednak efekty globalne dotyczą wszystkich. Jak wszyscy wiemy branża farmaceutyczna ma fundamentalne znaczenie dla funkcjonowania systemu ochrony zdrowia. Widzimy, jak społeczeństwo się starzeje, jak z jednej strony rosną potrzeby zdrowotne, a z drugiej, jak wzrasta świadomość zdrowotna i postęp w medycynie. Bardzo ważny jest dostęp do aktualnych informacji w zakresie dostępu do innowacyjnych leków, zaleceń i standardów terapii. Takim źródłem informacji jest platforma internetowa i raport Access Gap, który porównuje dostępność do leków w Grupie Wyszehradzkiej i który potwierdza, że choć w ostatnich latach włączono do refundacji wiele innowacyjnych leków, to nadal pozostało wiele do zrobienia, aby zapewnić pacjentom nowoczesne leczenie. Wydaje się, że dochodzimy do momentu, w którym model działania aktualnej ustawy o refundacji powoli się wyczerpuje. Projekt, który obecnie mamy przed sobą nie adresuje tych wyzwań. Musimy zacząć zadawać pytanie, kiedy zaczniemy inwestować w leki kwotę, która jest przewidziana w



ustawie refundacyjnej? Kiedy zaczniemy się zbliżać do 17%? Na pewno właściwym pytaniem jest to, kiedy zaczniemy patrzeć na oszczędności, jakie przynoszą innowacyjne leki w systemie ochrony zdrowia i poza nim. Dlatego, kluczowe jest przyjęcie długofalowej perspektywy polityki lekowej.

Dr Jakub Gierczyński, ekspert systemu ochrony zdrowia

Bezpieczeństwo zdrowotne Polski zależy przede wszystkim od adekwatnego finansowania potrzeb medycznych pacjentów w systemie ochrony zdrowia oraz procesu optymalizacji i wzrostu efektywności tych działań. Dług zdrowotny narasta już od dekad, bo system ochrony zdrowia był i 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. Ten trend musi dalej rosnąć, aby finansowanie publiczne wzrastało, aż do standardowego dla OECD i Unii Europejskiej 9% poziomu PKB. Przypomnę, że w Polsce już mamy ceny surowców, energii, żywności zbliżone do cen w Niemczech, a Niemcy przeznaczają na ochronę zdrowia na głowę mieszkańca ok. 4,5 tys. Euro PPP, gdy Polska przeznacza ok. 1,5 tys. Euro PPP. Średnia Unijna to 2,6 tys. Euro PPP. Polski produkt krajowy brutto (PKB) w przeliczeniu na głowę mieszkańca wynosił ok. 32 tys. Euro PPP, a niemiecki PKB – 51 tys. Euro PPP. Czesi przeznaczają na zdrowie 2,3 tys. Euro PPP, przy PKB na głowę mieszkańca 38 tys. Euro PPP. Wynika z tego, że w Polsce musi rosnąć nie tylko odsetek wydatków publicznych na zdrowie w zakresie PKB, ale i sam PKB. A to może nastąpić tylko przez wzrost gospodarczy, który jest uwarunkowany zdrowym i produktywnym społeczeństwem. Według danych ostatecznych GUS na koniec 2020 r. liczba pracujących w gospodarce narodowej wynosiła 16 mln osób, na ok. 23 mln w wieku produkcyjnym. To pokazuje, że obecnie 16 mln pracujących utrzymuje 38 mln społeczeństwo polskie. Dane za 2021 r. dotyczące 520 tys. zgonów i tylko 330 tys. urodzeń żywych pokazują dramatyczny trend depopulacyjny (minus 180 tys. mieszkańców Polski w 2021 r.) utrzymujący się już od dekady. Tylko poprawa sytuacji zdrowotnej i ekonomicznej społeczeństwa doprowadzi do wzrostu dzietności, wzrostu produktywności oraz dłuższego czasu życia w zdrowiu. Przypomnę, że statystyczny Polak żyje ok. 78 lat, z czego w zdrowiu ok. 62 lat.



4. Wnioski i Rekomendacje

Wnioski	Rekomendacje
Wojna na Ukrainie zwiększyła liczbę pacjentów w Polsce nawet o 3 miliony uchodźców.	Dofinansowanie i optymalizacja systemu ochrony zdrowia w Polsce powinno być kluczowym priorytetem państwa. Jak najszybciej powinny być uruchomione fundusze celowe Unii Europejskiej.
Olbrzymia liczba uchodźców z Ukrainy wymaga nie tylko standardowego zabezpieczenia w zakresie świadczeń zdrowotnych, ale również dodatkowych działań oraz inwestycji w szczepienia przeciw COVID-19 oraz	Należy zintensyfikować kompleksowe działania w zakresie zabezpieczenia populacji uchodźców z Ukrainy w Polsce w szczepienia ochronne,

w ramach PSO oraz profilaktykę p. gruźliczą.	
Rak prostaty jest jednym z najczęstszych nowotworów wśród mężczyzn, a śmiertelność rośnie.	<p>Rekomendowana jest refundacja publiczna leku:</p> <ul style="list-style-type: none"> • apalutamid w terapii hormonowrażliwego raka gruczołu krokowego z przerzutami.
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>Rekomendowana jest refundacja publiczna leków:</p> <ul style="list-style-type: none"> • sacituzumab govitecan w terapii potrójnie ujemnego raka piersi. • 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.
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>Rekomendowana jest refundacja publiczna leku:</p> <ul style="list-style-type: none"> • dostarlimab w leczeniu nawrotowego lub zaawansowanego raka endometrium u kobiet, które wcześniej były leczone nieskutecznie.
Wirusowe zapalenie wątroby typu C prowadzi do rozwoju raka wątrobowokomórkowego.	<p>Rekomenduje się uruchomienie:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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.
Nowotwory krwi dzięki postępowi w medycynie mogą być skutecznie leczone już od pierwszych linii leczenia.	<p>Rekomendowana jest publiczna refundacja leków:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ibrutinib w pierwszej linii leczenia pacjentów z przewlekłą białaczką limfocytową • brentuksymab vedotin w terapii pacjentów z układowym chłoniakiem anaplastycznym z dużych komórek wcześniej nieleczonych • iksazomib w schemacie IRd w terapii chorych na szpiczaka plazmocytozowego od drugiej linii leczenia • daratumumab w terapii dorosłych pacjentów z nowo rozpoznany szpiczakiem plazmocytozowym, którzy kwalifikują się do autologicznego przeszczepienia komórek macierzystych (I linia leczenia daratumumabem w skojarzeniu z bortezomibem, talidomidem i deksametazonem (DVTd)) • daratumumab w terapii dorosłych pacjentów chorych na nawrotowego i/lub opornego szpiczaka plazmocytozowego, u których zastosowano co najmniej jedną, ale nie więcej, niż trzy poprzedzające linie leczenia (II-IV linia)

<p>U około 30% pacjentów z depresją rozpoznaje się lekooporność, przez co znacznie spada skuteczność dostępnych metod leczenia, co w konsekwencji prowadzi do znaczącego pogorszenia stanu chorego, wyłączając całkowicie pacjenta z życia rodzinnego, społecznego i zawodowego</p>	<p>Rekomenduje się refundację publiczną leku:</p> <ul style="list-style-type: none"> • esketamina w leczeniu pacjentów z depresją lekooporną
<p>Migrena przewlekła w istotny sposób wpływa na całe życie pacjenta prowadząc wręcz do niepełnosprawności.</p>	<p>Rekomendowana jest refundacja publiczna leku:</p> <ul style="list-style-type: none"> • toksyna botulinowa oraz • przeciwciała monoklonalne
<p>Cukrzyca stanowi narastający oraz istotny problem zdrowotny prowadzący do rozwoju powikłań oraz przedwczesnych zgonów pacjentów.</p>	<p>Rekomendowane jest poszerzenie wskazań refundacyjnych dla leków:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 • 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/m² oraz z bardzo wysokim ryzykiem sercowo naczyniowym <p>Rekomendowane jest:</p> <ul style="list-style-type: none"> • poszerzenie wskazań refundacyjnych dla systemu ciągłego pomiaru glikemii metodą skanowania (isCGM) w terapii cukrzycy u pacjentów na intensywnej insulinoterapii, pompach insulinowych, niewidomych chorych z cukrzycą oraz kobiet z cukrzycą ciążową i przedciążową.
<p>Przewlekła Choroba Nerek (PChN) stanowi istotny problem kliniczny, ekonomiczny oraz socjalny. Jest coraz bardziej rozpowszechniona w Polsce i na świecie. W Polsce z powodu PChN co roku umiera przedwcześnie 80 tys. osób</p>	<p>Rekomendowana jest refundacja publiczna leku:</p> <ul style="list-style-type: none"> • dapagliflozyna w terapii przewlekłej choroby nerek

5. Kluczowe informacje przygotowane na debatę przez Medyczną Rację Stanu z zakresu bezpieczeństwa zdrowotnego Polski

Onkologia

Apalutamid w terapii hormonowrażliwego raka gruczołu krokowego z przerzutami

Rak prostaty to jeden z trzech najszybciej rozwijających się nowotworów, powodujący największą śmiertelność. Zachorowalność i śmiertelność wzrastają (największy wzrost wśród nowotworów u mężczyzn w ostatnich latach). Mimo starzejącej się populacji, dzięki stosowaniu nowoczesnych terapii można obniżyć wskaźnik śmiertelności. W Polsce w ostatnich latach wprowadzono wiele refundacji w raku piersi i płuca, które przyczyniły się do zrównania leczenia w Polsce ze standardami europejskimi, a w raku prostaty nadal pozostały białe plamy do zaopiekowania. Obecny standard opieki nad pacjentami jest niewystarczający – tą białą plamą jest grupa pacjentów z hormonowrażliwym rakiem gruczołu krokowego z przerzutami (mHSPC – metastatic hormone sensitive prostate cancer), u których nie ma zasadności zastosowania chemioterapii. Europejskie wytyczne (zarówno urologiczne jak i onkologiczne) jednoznacznie mówią o tym, że nowoczesne leczenie powinno być włączane jak najwcześniej. Pomimo zmian w programie lekowym od marca 2022, wciąż pozostaje grupa pacjentów, która musi czekać na progresję choroby, by otrzymać nowoczesne leczenie. Pacjenci, u których wykryto już przerzuty odległe, a którzy wciąż są wrażliwi na hormonoterapię nie mogą być zakwalifikowani do leczenia nowoczesną hormonoterapią. Inwestowanie we wczesne leczenie u pacjentów z mHSPC opóźnia progresję do śmiertelnego i kosztownego etapu mCRPC bez zwiększania wykorzystania zasobów medycznych. Wczesne zastosowanie leku apalutamid w tym stadium choroby zapewnia skuteczną dodatkową linię leczenia, jednocześnie zachowując wszystkie przyszłe opcje leczenia. Podanie apalutamidu wydłuża przeżycie pacjentów i redukuje ryzyko zgonu o 33%. Spodziewane wejście na rynek w 2022 r. generycznych odpowiedników abirateronu na pewno spowoduje uwolnienie znacznej części środków w programie lekowym. Należy jednak pamiętać, że nawet przy stosowaniu odpowiedników zgodnie z rejestracją, duża grupa pacjentów w zaawansowanym stadium choroby (przerzutowym hormonowrażliwym rakiem gruczołu krokowego) nie będzie mogła otrzymać takiego leczenia. Abirateron przeznaczony jest do użycia tylko w grupie o nowo zdiagnozowanych pacjentów z wysokim ryzykiem. Wskazanie leku apalutamid jest szerokie i umożliwia zastosowanie go u każdego pacjenta w tym stadium choroby.

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 kobietę do szybkiego zgłoszenia się do lekarza. Niestety, w ok. 10–15 proc. przypadków następuje wznowa, a u ok. 10–15 proc. pacjentek jest on wykrywany już w formie zaawansowanej. Te przypadki są trudne do leczenia: 5-letnie przeżycia nie przekraczają 19–20 proc. Wymaga to nowego podejścia do terapii. Nadziej na leczenie trudnych przypadków okazało się wykrycie w tych guzach defektu genów naprawy niedopasowań (dMMR) i niestabilności mikrosatelitarnej (MSI). – Okazuje się, że aż 30 proc. raków endometrium ma cechy niestabilności mikrosatelitarnej. W UE i USA rekomendowane jest wykonywanie badań w kierunku niestabilności mikrosatelitarnej u wszystkich chorych z rakiem endometrium. Leczeniem z wyboru dla tych chorych jest immunoterapia, a przede wszystkim tzw. inhibitory punktów kontrolnych. To leki, które odwracają hamowanie odpowiedzi immunologicznej. Pozwalają układowi immunologicznemu znów „zobaczyć” komórkę nowotworową i ją zwalczać. Nie daje się on już „oszukać” nowotworowi. U chorych z rakiem endometrium takim lekiem zarejestrowanym w Polsce jest dostarlimab. W badaniu GARNET prowadzonym u pacjentek z rakiem endometrium z cechami niestabilności mikrosatelitarnej, aż 42 proc. chorych z nawrotami choroby lub zaawansowanym nowotworem uzyskało odpowiedź na leczenie, a u 58 proc. uzyskano kontrolę choroby. Wyniki tego badania są jednoznacznie pozytywne, a lek jest bardzo dobrze tolerowany.⁴ 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.⁵ 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. Rada Przejrzystości przy Prezesie Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji wydała opinię co do priorytetowego finansowania terapii z budżetu Funduszu Medycznego oraz 16 maja 2022 r. uchwaliła opinię w sprawie listy technologii lekowych o wysokim poziomie innowacyjności, przygotowywanej przez ministra zdrowia. Dostarlimab na wykazie technologii lekowych o wysokim poziomie innowacyjności (TLI) z 25 lutego uzyskał pozytywną opinię Rady Przejrzystości AOTMiT.

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

⁴ <https://jamanetwork.com/journals/jamaoncology/fullarticle/2771011>

⁵ <https://ec.europa.eu/health/documents/community-register/html/h1538.htm>

możemy podzielić na 4 główne podtypy: HR+/HER2- (Luminal A), HR+/HER2+ (Luminal B), HR-/HER2+ (HER2-enriched) oraz HR-/HER2 (TNBC). Potrójnie ujemny rak piersi (TNBC, triple-negative breast cancer) to nowotwór, który nie wykazuje obecności receptorów estrogenowych (ER), receptorów progesteronowych (PgR) i nadekspresji ludzkiego naskórkowego receptora typu 2 (HER2, human epidermal receptor 2) w ocenie immunohistochemicznej. Ujemne wyniki oceny tych parametrów oznaczają, że proliferacja (rozwój) komórek tego nowotworu i jego progresja nie są stymulowane przez receptory dla estrogenu i progesteronu ani poprzez receptor HER2. Rak potrójnie ujemny stanowi około 10-15% wszystkich nowotworów piersi. Według danych z Narodowego Instytutu Onkologii w Warszawie w latach 2016–2018 w Polsce pierwotne TNBC stanowiły 9,6%, a rozsiane (czyli z przerzutami) - 17,9%. TNBC, jest podtypem biologicznym raka piersi charakteryzującym się najgorszym rokowaniem i najczęstszym występowaniem u chorych w młodszym wieku. Wynika to z samej biologii komórek nowotworowych, charakteryzujących się większą dynamiką wzrostu, większą złośliwością kliniczną, czy niższym zróżnicowaniem komórek nowotworu, ale również z braku możliwości zastosowania wielu terapii systemowych skutecznych w innych podtypach biologicznych raka piersi, takich jak hormonoterapii czy terapii anti-HER2 (Human epidermal growth factor receptor 2 -receptor ludzkiego naskórkowego czynnika wzrostu). Wobec tego bardzo ważny jest dalszy rozwój terapii systemowych dostępnych dla tej grupy chorych. Przeciwnowotworowe leczenie systemowe (inaczej „układowe”) polega na stosowaniu leków podawanych w taki sposób, by działały na cały organizm. Obecnie można wskazać trzy główne sposoby przeciwnowotworowego leczenia systemowego: chemioterapia, czyli leczenie cytotoksyczne (powodujące śmierć komórek); hormonoterapia, czyli celowe oddziaływanie na produkcję/działanie hormonów (rzadko wywołuje śmierć komórek, ale często powoduje zatrzymanie ich rozwoju – leczenie cytostatyczne); leczenie biologiczne, czyli wpływające na działanie układu odpornościowego i ukierunkowane na określone cele molekularne (np. szczególne receptory na powierzchni komórek). Część przypadków TNBC ściśle wiąże się z zaburzeniami genów BRCA i ich produktów białkowych. W grupie kobiet z mutacją w genie BRCA1 75% rozpoznawanych raków piersi ma postać raka potrójnie ujemnego. Ogólna charakterystyka TNBC to: agresywny przebieg kliniczny, bardzo ograniczona liczba opcji terapeutycznych, gorsze prognozy przeżycia 5-letniego w porównaniu do innych podtypów molekularnych, oraz wyższym ryzykiem występowania przerzutów do narządów trzewnych (najczęściej płuca - 40%, mózg - 30%, wątroba - 20%, kości - 10%), występuje częściej u kobiet młodszych, w wieku przed-menopauzalnym. Wytyczne europejskie (ESMO - European Society of Medical Oncology) rekomendują u pacjentek we wczesnym stadium choroby zastosowanie chemioterapii. 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. Gdy pacjentka przestaje odpowiadać na leczenie i pojawią się przerzuty, rekomendowane są inhibitory PARP (w przypadku wystąpienia mutacji BRCA), immunoterapia lub kontynuowana jest chemioterapia. W kolejnym etapie preferowaną opcją jest terapia lekiem - sacituzumab govitecan. Lek został zarejestrowany w Unii Europejskiej w listopadzie 2021 r. w monoterapii, we wskazaniu: leczenie dorosłych pacjentów z nieresekcyjnym lub przerzutowym potrójnie ujemnym rakiem piersi (ang. metastatic triple-negative breast cancer, mTNBC), którzy wcześniej otrzymali co najmniej dwie linie

leczenia systemowego, w tym co najmniej jedną w zaawansowanej chorobie.⁶ Wytyczne NCCN na 2022 r. rekomendują stosowanie sacituzumabu govitekanu w terapii potrójnie ujemnego przerzutowego TNBC, u pacjentów którzy otrzymali co najmniej 2 wcześniejsze linie leczenia lub co najmniej 1 linię w przypadku choroby przerzutowej. Równocześnie wskazują inne preferowane oraz dodatkowe schematy leczenia, których stosowanie w ramach kolejnych linii powinno być każdorazowo ocenione z uwzględnieniem dotychczasowej terapii oraz ryzyka i korzyści nowej linii leczenia. Wyniki uzyskane dla przeżycia całkowitego wykazały, że mediana OS w przypadku leczenia sacituzumabem govitekanu (SG) wynosi ok. 12 miesięcy, a w przypadku leczenia chemioterapią – prawie 7. Mediana czasu do progresji choroby wyniosła ok. 5 miesięcy u pacjentów leczonych SG i niecałe 2 miesiące w sytuacji chemioterapii. Obiektywny wskaźnik odpowiedzi (ORR) wyniósł niecałe 35% (odsetek odpowiedzi całkowitych (CR) stanowił ok. 4%) w terapii SG z medianą DOR wynoszącą 6,3 miesiąca.⁷

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). Zaobserwowano 3-krotne wydłużenie mediany PFS (25,1 miesiąca vs 7,2 miesiąca) i redukcja ryzyka progresji lub zgonu na poziomie 72%. Odnotowano 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 r. 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

⁶ https://www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/trodelvy-epar-product-information_pl.pdf

⁷ https://bipold.aotm.gov.pl/assets/files/wykaz_tli/RAPORTY/2022/Trodelvy_25_2022_BIP.pdf

technologii lekowych o wysokim poziomie innowacyjności jako terapia, która powinna zostać objęta finansowaniem w ramach Funduszu Medycznego.

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 niemedyycznych, 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.⁸

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

⁸ https://easl.eu/wp-content/uploads/2019/04/EASL_Policy_Statement_on_Hepatitis_C_Elimination_June2019_PL.pdf

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.⁹ 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.

Onkohematologia

Ibrutynib w pierwszej linii leczenia pacjentów z przewlekłą białaczką limfocytową

Obecnością delekcji 17p/mutacji TP53 lub uIGHV stanowi negatywny czynnik rokowniczy i wiąże się z krótkim przeżyciem pacjentów. Natomiast leczenie ibrutynibem tej grupy pacjentów zwiększa prawdopodobieństwo wydłużenia przeżycia wolnego od progresji choroby i przeżycia całkowitego w porównaniu do chemioterapii. Ibrutynib jest zarejestrowany we wskazaniu dorośli pacjenci z PBL, wcześniej nieleczeni, u których występują przeciwwskazania medyczne do zastosowania schematu chemioterapii opartej o fludarabinę (FCR) i u których występuje delekcja 17p lub mutacja TP 53 lub niezmutowany status w genie IGHV (uIGHV). Imbrutynib w leczeniu 1L PBL stanowi odpowiedź na niezaspokojone potrzeby medyczne, szczególnie w grupie pacjentów z wysokim ryzykiem genetycznym, gdyż obecnie u tych pacjentów zastosować można głównie schematy chemioterapii, które wykazują niższą skuteczność i większą toksyczność. Pomimo refundacji w listopadzie 2021r schematu wenetoklaks+obinutuzumab w leczeniu 1L PBL, we wnioskowanej populacji pacjentów nadal pozostaje niezaspokojona potrzeba medyczna, gdyż leczenie wenetoklaksem skierowane jest do innej grupy pacjentów, (tj. pacjentów starszych w gorszym stanie zdrowia), niż wnioskowane leczenie ibrutynibem. Stosowanie ibrutynibu w ramach 1L leczenia u pacjentów z obecnością zmian genetycznych jest rekomendowane przez polskie i zagraniczne wytyczne kliniczne (PTOK 2020, PTHiT 2016, ESMO 2020, NCCN 2022). Również AOTMiT pozytywnie ocenił stosowanie ibrutynibu w tej grupie pacjentów wskazując na możliwe korzyści kliniczne.

⁹ <https://www.gov.pl/web/zdrowie/choroby-nieonkologiczne>

Brentuksymab vedotin w terapii pacjentów z układowym chłoniakiem anaplastycznym z dużych komórek wcześniej nieleczonych

Układowy chłoniak anaplastyczny z dużych komórek (ang. systemic anaplastic large cell lymphoma, sALCL) jest rzadkim i agresywnym chłoniakiem nieziarnicznym powstającym z obwodowych limfocytów T. Rokowanie u chorych zależy przede wszystkim od podtypu histopatologicznego, stopnia zaawansowania choroby i czynników rokowniczych. Ten typ chłoniaka występuje z częstością 1-9/100 000 osób. Jak wynika z dostępnych danych, takich pacjentów jest w Polsce ok. 70. Brentuksymab vedotin jest dedykowany leczeniu osób wcześniej nieleczonych z układowym chłoniakiem anaplastycznym z dużych komórek, ze sprawnością w stopniu 0-2 wg klasyfikacji ECOG. Obecnie produkt jest refundowany w populacji pacjentów z nawrotowym lub opornym na leczenie układowym chłoniakiem anaplastycznym z dużych komórek (sALCL). Niezaspokojona potrzeba tej grupy chorych polega na tym, że brak jest aktualnie wysoce skutecznego leczenia standardowego. Chorzy na sALCL niepoddawani wcześniej leczeniu otrzymują niespecyficzną dla tej choroby chemioterapię skojarzoną, której skuteczność jest ograniczona. W ocenie skuteczności schematu BV+CHP vs schemat CHOP (cyklofosamid, doksorubicyna, winkrystyna, prednizolon) na podstawie badania RCT w populacji sALCL stwierdzono istotną statystycznie redukcję ryzyka progresji choroby lub zgonu o 41% w ramieniu BV+CHP w porównaniu z ramieniem CHOP. Stosowanie BV+CHP w porównaniu z CHOP skutkowało istotną statystycznie redukcją ryzyka zgonu o 46%. Szacowany wskaźnik PFS w grupie BV+CHP oraz CHOP wyniósł kolejno 88% vs 68,4% (w 6 mies.), 78,7% vs 60,3% (w 12 mies.), 68,4% vs 53,9% (w 24. mies.), 65,5% vs 50,2% (w 36 mies.). Profil bezpieczeństwa w grupie BV+CHP określono jako zgodny ze znanym profilem bezpieczeństwa chorych leczonych brentuksymabem vedotin. Nie zidentyfikowano nowych zagrożeń związanych ze stosowaniem brentuksymabu vedotin. Profil bezpieczeństwa w populacji sALCL określono jako zgodny z profilem bezpieczeństwa dla populacji ogólnej.

Iksazomib w schemacie IRd w terapii chorych na szpiczaka plazmocytozowego od drugiej linii leczenia

Zmiany wprowadzone w programie lekowym „B.54, Leczenie chorych na szpiczaka plazmocytozowego (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 icksazomibem do wcześniejszej linii leczenia wskazują zarówno polscy klinicyści, jak również wytyczne (polskie i zagraniczne). Udostępnienie pacjentom ze szpiczakiem plazmocytowym schematu IRd już od drugiej linii leczenia pozwoli na odniesienie największej korzyści klinicznej w tej grupie pacjentów.

Daratumumab w terapii dorosłych pacjentów z nowo rozpoznany szpiczakiem plazmocytowym, którzy kwalifikują się do autologicznego przeszczepienia komórek macierzystych (I linia leczenia daratumumabem w skojarzeniu z bortezomibem, talidomidem i deksametazonem (DVTd))

Daratumumab jest zarejestrowany w terapii dorosłych pacjentów z nowo rozpoznany szpiczakiem plazmocytowym, którzy kwalifikują się do autologicznego przeszczepienia komórek macierzystych (1L leczenia daratumumabem w skojarzeniu z bortezomibem, talidomidem i deksametazonem (DVTd)). Daratumumab ma również status leku sierociego, a szpiczak mnogi to choroba rzadka. Ta populacja chorych nie ma dostępu do innowacyjnego leczenia, pomimo ostatnich zmian od marca 2022 r. w programie lekowym. Dorośli pacjenci z nowo zdiagnozowanym szpiczakiem plazmocytowym, kwalifikujący się do przeszczepienia (1 linia leczenia) stanowią ok. 30% pacjentów w 1L szpiczaka plazmocytego. Jest to grupa pacjentów z lepszym rokowaniem („tzw. pacjentów młodszych”), którzy pełnią nadal aktywnie swoje funkcje rodzinne, zawodowe i społeczne, w wieku do około 65 r.ż. Jest to ograniczona populacja - pacjenci, którzy dzisiaj kwalifikują się do schematu VTd, (bortezomib, talidomid i deksametazon). Schematem VTd leczonych jest obecnie około 90% chorych otrzymujących przeszczep. Dla tej grupy pacjentów DVTd jest schematem o udowodnionej, najwyższej skuteczności. Daratumumab jest dodany do dotychczas najskuteczniejszego schematu w tej populacji VTd, co zwiększa jego skuteczność, przy podobnym profilu bezpieczeństwa. Krótki czas leczenia: 6 cykli -> ograniczony i przewidywalny wpływ na budżet – całe leczenie wraz z przeszczepieniem trwa 9 mies. Schemat DVTd - odpowiedź na niezaspokojoną potrzebę medyczną: Populacja pacjentów, którzy nadal nie mają dostępu do innowacyjnego leczenia – wejście 1.03.2022 Lenalidomidu do 1L nie zaopiekowało tej grupy pacjentów (schematy z lenalidomidem Rd, RVd dotyczą innej populacji pacjentów niekwalifikujących się do przeszczepienia). Ten sSchemat w czerwcu 2021r. otrzymał pozytywną rekomendację Prezesa AOTMiT, bo jest to schemat o wysokiej skuteczności klinicznej (*wydłuża czas utrzymywania remisji po autoHCT (autotransplantacji), co jest podstawowym problemem terapeutycznym w szpiczaku*) i schemat kosztowo-efektywny. Wysoka wartość kliniczna schematu DVTd względem VTD udowodniona w badaniu CASSIOPEA - przy medianie czasu obserwacji 44,5 miesiąca, w ramieniu pacjentów, którzy otrzymali schemat DVTd nie została osiągnięta mediana czasu wolnego od progresji lub zgonu (PFS). Bardzo dobry wynik dotyczący MRD (minimalna choroba resztkowa, minimal residual disease), który jest bardzo istotnym czynnikiem predykcyjnym w leczeniu chorób hematologicznych. Prawdopodobieństwo braku MRD po 100 dniach od ASCT było istotnie większe podczas terapii DVTd w porównaniu do samego VTd: 63,7% vs 43,5%. Pacjenci, którzy osiągnęli MRD-ujemny wynik po indukcji i utrzymali MRD-ujemny wynik po konsolidacji, uzyskiwali istotny PFS, czyli przeżycie bez progresji choroby. Schemat rekomendowany

przez polskie i międzynarodowe wytyczne leczenia szpiczaka plazmocytoowego (EHA-ESMO 2021; Zalecenia Polskiej Grupy Szpiczakowej 2021). Zastosowanie skuteczniejszej terapii (schematu DVTd) w pierwszej linii leczenia daje szansę na dłuższy czas remisji i obniżenie wydatków na leczenie w kolejnych liniach. Od 1 maja 2022 r. refundacją publiczną zostały objęte leki generyczne lenalidomidu, co spowodowało uwolnienie znacznych środków finansowych (wartość refundacji lenalidomidu w 2022r. ok. 217 mln PLN). Środki te mogą zostać wykorzystane na refundację nowych terapii w leczeniu szpiczaka, co jak słyszymy jest planem Ministerstwa.

Daratumumab w terapii dorosłych pacjentów chorych na nawrotowego i/lub opornego szpiczaka plazmocytoowego, u których zastosowano co najmniej jedną, ale nie więcej, niż trzy poprzedzające linie leczenia (II-IV linia)

Bardzo ważna jest refundacja publiczna schematu DRd (2-4L) zarówno dla pacjentów kwalifikujących i niekwalifikujących się do autologicznego przeszczepienia komórek macierzystych (ASCT) oraz rozszerzenie obecnie refundowanego skutecznego schematu DVd o 2-0gą linię leczenia pacjentów niekwalifikujących się do autologicznego przeszczepienia komórek krwiotwórczych. Schemat DRd cechuje się bardzo wysoką, nienotowaną dotychczas skutecznością potwierdzoną w badaniu POLLUX versus Rd. Jest to przełomowy schemat w leczeniu szpiczaka opornego / nawrotowego (PFS: prawie 4 lata), prowadzący do znaczącego wydłużenia czasu wolnego od progresji choroby lub zgonu PFS do prawie 4 lat: DRd vs Rd 45 mies. vs 17,5 mies.; HR 0,44 [0,35; 0,54]. Jest to schemat bardzo oczekiwany przez środowisko lekarzy i przez pacjentów oraz silnie rekomendowany w leczeniu szpiczaka nawrotowego/opornego przez międzynarodowe i polskie zalecenia ((IMWG 2021, EHA-ESMO 2021, PGSz). Obecnie schemat DRd dostępny jest w refundacji publicznej prawie we wszystkich krajach Unii Europejskiej. Wysoka skuteczność leczenia DVd została potwierdzona w badaniu CASTOR versus Vd, w którym wykazano prawie 3,5-krotne wydłużenie czasu wolnego od progresji choroby lub zgonu PFS w 2. linii leczenia: 27 mies. vs 7,9 mies.; HR 0,21 [0,15; 0,31].

Oba schematy DRd i DVd zastosowania daratumumabu mają bardzo istotne miejsce w terapii pacjentów chorych na szpiczaka plazmocytoowego, w zależności od otrzymanego wcześniejszego leczenia. Stwierdzona jest bardzo wysoka skuteczność obu terapii – mimo długiego okresu obserwacji w badaniu klinicznym w dalszym ciągu nie osiągnięto mediany przeżycia całkowitego – jest to potwierdzeniem bardzo wysokiej skuteczności obu terapii. Podkreśla się istotne miejsce dla schematu DVD w terapii 2L dla pacjentów niekwalifikowanych w pierwszej linii do ASCT i leczonych lenalidomidem (Rd / RVd) w pierwszej linii – obecnie Ci pacjenci nie mogą być leczeni daratumumabem. Terapie DRd i DVd są dobrze tolerowane przez pacjentów.

Psychiatria

Esketamina w leczeniu pacjentów z depresją lekooporną

Esketamina stanowi odpowiedź na niezaspokojone potrzeby medyczne pacjentów z depresją. U około 30% pacjentów z depresją rozpoznaje się lekooporność, przez co znacznie spada skuteczność dostępnych metod leczenia, co w konsekwencji prowadzi do znaczącego pogorszenia stanu chorego,

wyłączając całkowicie pacjenta z życia rodzinnego, społecznego i zawodowego. Esketamina jest zarejestrowane we wskazaniu terapii dorosłych pacjenci z opornym na leczenie dużym zaburzeniem depresyjnym, którzy nie zareagowali na co najmniej dwie różne terapie lekami przeciwdepresyjnymi w obecnym epizodzie depresyjnym o nasileniu umiarkowanym do ciężkiego, w skojarzeniu z selektywnym inhibitorem wychwytu zwrotnego serotoniny lub inhibitorem wychwytu zwrotnego serotoniny i noradrenaliny (SSRI lub SNRI). Lek ma odmienny mechanizm działania od dostępnych leków przeciwdepresyjnych, co pozwala przełamać występującą u pacjentów lekooporność oraz prowadzi do mniejszych interakcji z innymi lekami, czy występowania działań niepożądanych podczas stosowania leku. Szczególnie istotny jest szybko uzyskiwany efekt terapeutyczny, który pozwoli chorym na sprawny powrót do pełnienia ról społecznych, czy wykonywania pracy zawodowej. Esketamina to przełomowy lek w leczeniu depresji, zarówno ze względu na wysoką skuteczność leczenia oraz bezpieczeństwo stosowania. Wyniki badań klinicznych wskazują blisko 70% odpowiedź na leczenie w 28 dni leczenia. Dodatkowo leczenie esketaminą wiąże się ze mniejszym ryzykiem nawrotów choroby o 51% u pacjentów, którzy osiągnęli stabilną remisję oraz o 70% u pacjentów ze stabilną odpowiedzią na leczenie.

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.¹⁰ Wskazanie, którego dotyczy zlecenie zawiera się we wskazaniu rejestracyjnym produktu

¹⁰ 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

lecniczego semaglutyd, jednocześnie lek ten znajduje się aktualnie na liście leków refundowanych i jest finansowany (w węższej niż wnioskowana) populacji chorych z cukrzycą typu 2 przed włączeniem insuliny, leczonych co najmniej dwoma doustnymi lekami hipoglikemizującymi od co najmniej 6 miesięcy, z HbA1c \geq 8 %, z otyłością definiowaną jako BMI \geq 35 kg/m² oraz bardzo wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym. Pod uwagę wzięto także wyniki analizy klinicznej, które wskazują, iż stosowanie semaglutylidu 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.

Semaglutyd, który pełni rolę agonisty receptora GLP-1 selektywnie wiąże się z receptorem GLP-1, aktywując go, podobnie jak natywny GLP-1. GLP-1 to fizjologiczny hormon o wielorakim działaniu w zakresie regulowania apetytu i stężenia glukozy oraz czynności układu sercowo-naczyniowego. Jego wpływ na stężenie glukozy i apetyt jest związany z receptorami GLP-1 znajdującymi się w trzustce i mózgu. Zgodnie z Charakterystyką Produktu Lecniczego (ChPL) semaglutyd jest wskazany do stosowania u dorosłych z niedostatecznie kontrolowaną cukrzycą typu 2 łącznie z odpowiednią dietą i wysiłkiem fizycznym w monoterapii, u pacjentów, u których stosowanie metforminy jest niewskazane ze względu na nietolerancję lub istniejące przeciwwskazania oraz w skojarzeniu z innymi produktami leczniczymi stosowanymi w leczeniu cukrzycy. Wnioskowane wskazanie zawiera się we wskazaniu rejestracyjnym.

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 według 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.

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

tętnicze, palenie tytoniu

https://bipold.aotm.gov.pl/assets/files/zlecenia_mz/2020/298/REK/Rekomendacja_nr%2014_2021_Ozempic.pdf

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 2.¹¹ Pacjent, który ma cukrzycę, ale nie wystąpiło u niego jeszcze zdarzenie sercowo-naczyniowe ma takie samo ryzyko wystąpienia zdarzenia sercowo-naczyniowego i zgonu S-N, jak pacjent bez cukrzycy, ale ze zdarzeniem w wywiadzie.¹² 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 rozpoznąną (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).¹³ 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-

¹¹ <https://www.diabetes.org/diabetes/cardiovascular-disease>

¹² Henry R. Preventing Cardiovascular Complications of Type 2 Diabetes: Focus on Lipid Management. Clin Diabetes 2001;19(3):113–120

¹³ Gerstein et al. Dulaglutide and cardiovascular outcomes in type 2 diabetes (REWIND): a double-blind, 59 randomized placebo-controlled trial. Lancet. 2019 Jul 13;394(10193):121-130.

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 niezmieniony. Istotnym jest jednak umożliwienie stosowania innowacyjnych leków 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 dekompensacji metabolicznej, co jest niezgodne z zapisami standardów diabetologicznych.

System ciągłego pomiaru glikemii metodą skanowania (isCGM) w terapii cukrzycy u dorosłych pacjentów z cukrzycą na wielokrotnych wstrzyknięciach insuliny

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 sczytane z niego przy pomocy czytnika lub smartfonu 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 – dorośli

pacjenci z cukrzycą na wielokrotnych wstrzyknięciach insuliny. 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.¹⁴ 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 dorosłych z cukrzycą leczonych metodą intensywnej insulinoterapii. 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. 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 2021 r. 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 %), kwasicą ketonową czy śpiączką cukrzycową.

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 w Polsce.

¹⁴ <https://diabetyk.org.pl/wp-content/uploads/2021/06/Raport-glikemia-final.pdf>

Nefrologia

Dapagliflozyna w terapii przewlekłej choroby nerek

Przewlekła Choroba Nerek (PChN) stanowi istotny problem kliniczny, ekonomiczny oraz socjalny. Jest coraz bardziej rozpowszechniona w Polsce i na świecie. W Polsce z powodu PChN co roku umiera przedwcześnie 80 tys. osób. Schyłkowa niewydolność nerek wiąże się z bardzo wysoką śmiertelnością (rocznie umiera 10-15% chorych), zachorowalnością na choroby współistniejące i obniżoną jakością życia. Szacuje się, że za 20 lat będzie ona piątą przedwczesną przyczyną śmierci Polaków. Choroba, zwłaszcza w początkowych stadiach, może przebiegać bezobjawowo, powolne narastanie objawów pozwala się do nich powoli przyzwyczajać, przez co wymyka się uwadze pacjenta i lekarzom. PChN zwiększa ryzyko zgonu z powodów sercowo-naczyniowych (zawał, udar, niewydolność serca), pogarsza rokowanie co do długości życia pacjentów z chorobami układu sercowo-naczyniowego, cukrzycą lub nowotworami. Leczenie przewlekłej choroby nerek zwykle kojarzy się z ostatnim stadium choroby, czyli z dializoterapią. Szacunkowo większość pacjentów jest leczona u nefrologów dopiero na 11 miesięcy przed rozpoczęciem dializ. Wynika to z faktu, że co drugi pacjent, rozpoczynający dializy, nie miał rozpoznanej wcześniej choroby – nie był diagnozowany w kierunku PChN. Im bardziej nerki są chore, tym pacjent ma krótszy czas przeżycia ze względu na postępującą chorobę. Określa się pięć stopni (stadium) przewlekłej choroby nerek (G1-G5), gdzie stadium G3 – to ostatnia faza choroby, w której należy wprowadzić terapię nefroprotekcijną, aby utrzymać pacjenta w zdrowiu. W późniejszych stadiach działania prewencyjne już nie odnoszą efektu, a czas przeżycia w stadium G5 skraca się o 70%. Najbardziej kosztocionną procedurą są dializoterapie, jakiej poddawani są pacjenci z PChN jest dializoterapia, która dotyczy pacjentów w ostatnim stadium choroby. Roczny koszt dializoterapii na jednego pacjenta wynosi 70 tys. zł. W 2019 roku łączne koszty leczenia nerkozastępczego wyniosły ok. 1,33 mld PLN, co stanowiło 86% wszystkich wydatków ponoszonych na leczenie pacjentów z PChN. Od 20 lat w nefrologii nie było skutecznego leczenia poprawiającego rokowania pacjentów z PChN. Zasadna jest inwestycja w nowoczesną farmakoterapię – flosyny- które – zastosowane we wczesnych stadiach choroby G3 i G4 przedłużają życie pacjentom i odsuwają czasie konieczność dializ. Zastosowanie dapagliflozyny w PChN na wcześniejszym etapie choroby (G3-G4), oprócz standardowego leczenia ACE lub ARB, wykazało w badaniu DAPA-CKD 31% redukcję ryzyka zgonu niezależnie od przyczyny oraz 34% redukcję częstości przewlekłej dializoterapii lub przeszczepu nerki, co przekłada się na wydłużenia życia o 4 lata i czasu do dializoterapii o 7 lat. Wyniki DAPA-CKD są przełomem w nefrologii jakiego nie było od 20 lat.

Refundacja dapagliflozyny dla pacjentów chorujących na PChN we wczesnych stadiach choroby G3 i G4 pozwoli na przedłużenie życia pacjentom i odsunięcie w czasie konieczności dializ, a co za tym idzie na redukcję rocznych kosztów związanych z procedurą dializoterapii. Z inicjatywy Polskiego Towarzystwa Medycyny Rodzinnej utworzono Koalicję na rzecz PChN, w skład której wchodzi specjaliści różnych dziedzin medycyny: nefrologi, a także specjaliści w dziedzinie zdrowia publicznego i medycyny rodzinnej. Misją Koalicji jest budowanie świadomości, edukacja nt. wczesnej diagnostyki oraz działań mających na celu zmniejszenie śmiertelności, odsunięcie w czasie dializoterapii i poprawy jakości życia pacjentów z przewlekłą chorobą nerek.

6. Tezy dla Zdrowia

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

1. PRZYJĘCIE ZASADY „ZDROWIE W POLITYCE”

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

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

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

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

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

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

Wydatki na leki powinny rosnać wraz z wydatkami publicznymi na ochronę zdrowia i stanowić co najmniej 17% całego budżetu przeznaczanego na świadczenia gwarantowane. Procedura refundacyjna powinna być przejrzysta i odbywać się tak sprawnie by zapewnić pacjentom możliwie najszybszy dostęp do leków. Konieczne jest wprowadzenie szybkiej ścieżki refundacyjnej dla terapii stanowiących jedyny ratunek w stanach bezpośrednio zagrażających życiu i zapobiegających poważnym powikłaniom chorób przewlekłych oraz określenie jakich terapii to dotyczy i wskazanie kryteriów oraz zasady ich typowania. Jesteśmy za automatyczną refundacją danego leku w ciągu

6 miesięcy od uzyskania pozytywnej oceny AOTMiT i poszerzeniem wskazań refundacyjnych zgodnie z ChPL produktu i aktualną wiedzą medyczną, przy jednoczesnym, szerszym wykorzystaniu instrumentów dzielenia ryzyka w korelacji z dowodami skuteczności terapii. W gestii Ministra Zdrowia powinna pozostać kwestia ustalenia progu refundacji. Refundacją powinny być obejmowane leki, których miesięczny koszt stosowania, w typowej dawce 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 ultrarzadkich. Wprowadzenie analizy kosztów pośrednich pozwoli przeznaczyć środki publiczne na terapie, które przynoszą najlepsze efekty zdrowotne i pomagają redukować koszty pośrednie, co w dłuższej perspektywie poprawi kondycję zdrowotną Polaków i będzie miało pozytywny wpływ na budżet państwa.

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

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

7. WPROWADZENIE ZASADY RÓWNOŚCI PODMIOTÓW LECZNICZYCH WOBEC PŁATNIKA – NFZ

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

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

Najpilniejsze zadania w tym zakresie to wprowadzenie:

- zasady powszechnego (tj. obejmującego wszystkich obywateli w wieku 18-62 lata) opłacania składki na ubezpieczenie zdrowotne, co zwiększając liczebność owej grupy mogłoby nawet pozwolić na obniżenie składki.
- możliwości finansowania przez obywateli szerszego poziomu usług poprzez umożliwienie opłacania via ZUS lub niepubliczne formy ubezpieczeniowe wyższych składek ubezpieczenia zdrowotnego (składki premium), co radykalnie zwiększyłoby strumień środków kierowanych do placówek lecznictwa publicznego.

- reguły, że składka publicznego ubezpieczenia zdrowotnego uzależniona będzie od indywidualnego, podejmowanego przez nas samego poziomu ryzyka chorobowego (palenie tytoniu, nadwaga...).

Alternatywne rozwiązanie to wprowadzenie ubezpieczeń komplementarnych na zasadach solidaryzmu społecznego.

9. POWOŁANIE FUNDUSZU WALKI Z RAKIEM

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

10. POWOŁANIE FUNDUSZU NA RZECZ CHOROÓB RZADKICH I ULTRARZADKICH

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

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

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

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

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

13. POSTAWIENIE NA POZ I STWORZENIE PROGRAMU WSPARCIA OPIEKI ŚRODOWISKOWEJ

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.).

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:

