



RAPORT MEDYCZNEJ RACJI STANU: CHOROBY ZAKAŻNE - SKALA ZAGROŻEŃ

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
27 listopada 2023 r.

Raport pt. Choroby zakaźne - skala zagrożeń. Debata Medycznej Racji Stanu, Listopad 2023 r.

ISBN: 978-83-969333-3-1

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

Autorzy wypowiedzi w kolejności alfabetycznej:

1. Adw. Jakub Adamski, Dyrektor Departamentu Współpracy, Biuro Rzecznika Praw Pacjenta
2. Dyrektor Michał Dzięgielewski, Dyrektor Departamentu Lecznictwa w Ministerstwie Zdrowia
3. Prof. Andrzej Fal, Prezes Polskiego Towarzystwa Zdrowia Publicznego
4. Dyrektor Ewa Falkowska, Dyrektor ds. Advocacy UNICEF Polska
5. Prezes Piotr Fonrobert, Wiceprezes Fundacji Polskiej Koalicji Pacjentów Onkologicznych
6. Dr Jakub Gierczyński, MBA, Ekspert systemu ochrony zdrowia
7. Prof. dr hab. med. Waleria Hryniewicz, Zakład Epidemiologii i Mikrobiologii, Narodowy Instytut Leków
8. Prof. Paweł Kowal, Poseł na Sejm X kadencji
9. Dr hab. n. med. Radosław Mądry, Prezes Elekt Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Ginekologii Onkologicznej
10. Dr Janusz Meder, Prezes Polskiej Unii Onkologii, Narodowy Instytut Onkologii w Warszawie, Medyczna Racja Stanu
11. Mec. Piotr Mierzejewski, Dyrektor Zespołu Prawa Administracyjnego i Gospodarczego w BRPO, Współprzewodniczący Komisji Ekspertów ds. Zdrowia, Współprzewodniczący Komisji Ekspertów ds. Ochrony Zdrowia Psychicznego przy Rzeczniku Praw Obywatelskich
12. Prof. Iwona Paradowska-Stankiewicz, Konsultant krajowa w dziedzinie epidemiologii
13. Prof. Leszek Szenborn, Kierownik Katedry i Kliniki Pediatrii i Chorób Infekcyjnych UM we Wrocławiu, zastępca przewodniczącego Polskiego Towarzystwa Wakcynologii
14. Dr Michał Sutkowski, Rzecznik Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce
15. Prof. Krzysztof Tomaszewicz, Kierownik Kliniki Chorób Zakaźnych, Samodzielny Szpital Kliniczny nr 1 w Lublinie, Wiceprezes Polskiego Towarzystwa Epidemiologów i Lekarzy Chorób Zakaźnych.

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

Wykorzystanie treści raportu pod warunkiem podania źródła: *Raport pt. Choroby zakaźne - skala zagrożeń. Debata Medycznej Racji Stanu, Listopad 2023 r.*

Spis treści

1. Medyczna Racja Stanu – misja i działania	2
2. Wprowadzenie, Anna Jasińska, Grażyna Mierzejewska, Medyczna Racja Stanu.....	11
3. Stanowiska prelegentów	14
Dr Michał Sutkowski, Rzecznik Kolegium Lekarzy Rodziny w Polsce.....	14
Prof. Waleria Hryniewicz, Zakład Epidemiologii i Mikrobiologii, Narodowy Instytut Leków	16
Prof. Paweł Kowal, Poseł na Sejm X kadencji. Profesor ISP PAN.....	21
Prof. Andrzej Fal, Prezes Polskiego Towarzystwa Zdrowia Publicznego	22
Prof. Iwona Paradowska-Stankiewicz, Konsultant krajowa w dziedzinie epidemiologii.....	25
Prof. Leszek Szenborn, Kierownik Katedry i Kliniki Pediatrii i Chorób Infekcyjnych UM we Wrocławiu, zastępca przewodniczącego Polskiego Towarzystwa Wakcynologii	27
Adw. Jakub Adamski, Dyrektor Departamentu Współpracy, Biuro Rzecznika Praw Pacjenta	28
Mec. Piotr Mierzejewski, Dyrektor Zespołu Prawa Administracyjnego i Gospodarczego w BRPO, Współprzewodniczący Komisji Ekspertów ds. Zdrowia, Współprzewodniczący Komisji Ekspertów ds. Ochrony Zdrowia Psychicznego przy Rzeczniku Praw Obywatelskich.....	28
Prof. Krzysztof Tomaszewicz, Kierownik Kliniki Chorób Zakaźnych, Samodzielny Szpital Kliniczny nr 1 w Lublinie, Wiceprezes Polskiego Towarzystwa Epidemiologów i Lekarzy Chorób Zakaźnych	31
Dyrektor Michał Dzięgielewski, Dyrektor Departamentu Lecznictwa w Ministerstwie Zdrowia.....	32
Dyrektor Ewa Falkowska, Dyrektor ds. Advocacy UNICEF Polska	33
Dr hab. n. med. Radosław Mądry, Prezes Elekt Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Ginekologii Onkologicznej	34
Prezes Piotr Fonrobert, Wiceprezes Fundacji Polskiej Koalicji Pacjentów Onkologicznych.....	35
Dr Janusz Meder, Prezes Polskiej Unii Onkologii, Narodowy Instytut Onkologii w Warszawie, Medyczna Racja Stanu.....	35
Dr Jakub Gierczyński, MBA, Ekspert systemu ochrony zdrowia.....	35
4. Wnioski i rekomendacje	37
5. Kluczowe informacje przy gotowane na debatę przez Medyczną Rację Stanu z zakresu chorób zakaźnych	39
Krajowy program badań przesiewowych w kierunku HCV i terapia wirusowego zapalenia wątroby typu C.....	39
Szczepienia przeciwko krztuścowi.....	41

Szczepienia przeciwko grypie	42
Szczepienia przeciwko HPV	43
Zapobieganie HIV i AIDS	44
Diagnostyka, szczepienia i leczenie COVID-19	45
Antybiotykooporność	46
6. Tezy dla Zdrowia	47
7. Siedem Zasad Doktora Janusza Medera - jak zadbać o wzajemne dobre relacje z pacjentem.....	50

1. Medyczna Racja Stanu – misja i działania

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

Jako inicjator działalności Medycznej Racji Stanu chciałbym, aby wspólnie zdefiniować optymalny kształt systemu ochrony zdrowia w Polsce. Ochrona zdrowia powinna stanowić taki obszar, którego konieczności rozwoju się nie kwestionuje, bo jest on kluczowy dla każdego obywatela. W tym ujęciu staje się racją stanu, mającą charakter ponadpartyjny, ponad środowiskowy i w jakimś sensie ponadczasowy. Gdybyśmy uznali, że zdrowie ma swoją rację stanu, wówczas zmieniające się ekipy rządowe, bez względu na swoją jakość kompetencyjną czy intelektualną, realizowałyby długofalowy plan rozwoju ochrony zdrowia. Inwestycje w tym obszarze muszą być najwyższej jakości i mieć charakter długofalowy. Na początku tego wieku koncentrowano się na tych dziedzinach medycyny, których reforma przynosi szybko zauważalne zmiany — kardiologia inwazyjna, medycyna ratunkowa. Teraz zaś największym wyzwaniem są choroby przewlekłe, cywilizacyjne, a w ich przypadku horyzont działań i strategii musi znacznie przekraczać cztery lata jednej kadencji parlamentarnej. Nie jest możliwe prowadzenie spójnej i racjonalnej polityki w tym zakresie bez zgody na to, co najważniejsze, czyli właśnie bez podejścia rozumianego jako racja stanu. Mówiąc o medycznej racji stanu, mamy na myśli określenie bardzo konkretnych obszarów, które w przewidywalnej przyszłości, na najbliższe 20-30 lat, będą zawsze rozwijane przez kolejne rządy, bez względu na ich barwy polityczne. W 2019 r. powołane zostały przy



Medycznej Racji Stanu: Rada Ekspertów do spraw Chorób Rzadkich oraz Rada Ekspertów ds. Chorób Metabolicznych i Przeciwdziałania Otyłości. W 2020 r. ukonstytuowała się Rada Ekspertów ds. Onkologii. W 2021 r. powołano Radę Ekspertów ds. Chorób Autoimmunologicznych. W latach 2016-2023 Medyczna Racja Stanu zorganizowała i organizuje 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.



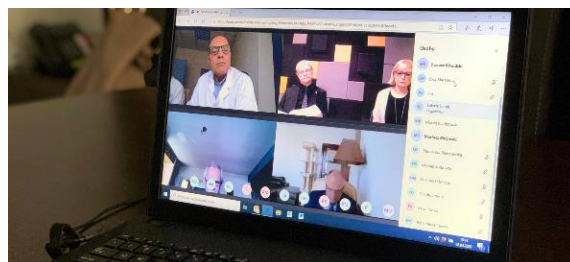
10 lutego 2020 r. „Ja Pacjent” - wymóg orientacji całego systemu ochrony zdrowia i opieki społecznej na potrzeby pacjentów. W kontekście wyzwań epidemiologicznych, klinicznych i ekonomicznych podkreślano potrzebę solidarności z chorymi oraz empatię i uwagę należną, najmniejszym nawet grupom cierpiących.





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.



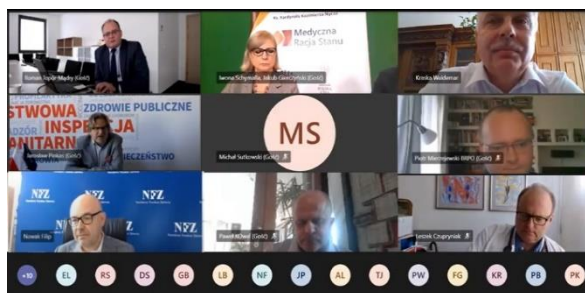
13 maja 2020 r. – III Spotkanie Rady Ekspertów ds. Chorób Rzadkich Medycznej Racji Stanu online – chorzy na choroby rzadkie wymagają szczególnej opieki w dobie pandemii oraz oczekują na Narodowy Plan dla Chorób Rzadkich.

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 autoimmunologiczne 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% par po 50 roku życia jest aktywnych zawodowo.

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



Rada Ekspertów ds. Onkologii Medycznej Racji Stanu

1 lutego 2022 r. IV spotkanie Rady Ekspertów ds. Onkologii Medycznej Racji Stanu - eksperci Medycznej Racji Stanu zastanawiali się, jak poradzić sobie z długiem 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”

30 maja 2022 r. Debata Medycznej Racji Stanu pt. Bezpieczeństwo zdrowotne Polski - nowe wyzwania dla idei solidarności Europy. 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.



30 maja 2022 r. Debata Medycznej Racji Stanu pt. Aktualne wyzwania w leczeniu nowotworów kobiecych – III etap kampanii informacyjno-systemowej „Zdrowie Kobiety – Bezpieczeństwo Rodziny”

22 sierpnia 2022 r. V Spotkanie Rady Ekspertów ds. Onkologii Medycznej Racji Stanu - Chorzy na nowotwory złośliwe powinni mieć zagwarantowany szybki i nielimitowany dostęp do profilaktyki, diagnostyki, terapii, rehabilitacji oraz opieki paliatywnej





22 września 2022 r. Wspólne cele w realizacji idei Europejskiej Unii Zdrowia - I debata ekspercka Medycznej Racji Stanu.

26 września 2022 r. VI Spotkanie Rady Ekspertów ds. Chorób Rzadkich Medycznej Racji Stanu - Rekomendowane jest wdrażanie Planu dla Chorób Rzadkich w życie oraz kontynuacja refundacji publicznej leków stosowanych w chorobach rzadkich.



14 listopada 2022 r. Bezpieczeństwo zdrowotne kobiet w Polsce w ramach kampanii Bezpieczeństwo Rodziny - Zdrowie kobiety powinno być traktowane priorytetowo w polskim systemie ochrony zdrowia.

16 grudnia 2022 r. Debata Medycznej Racji Stanu pt. Wyzwania zdrowia - poczucie bezpieczeństwa. Perspektywa 2022/2023 - W czasach pandemii COVID-19 i wojny w Ukrainie wyzwania zdrowia powinny być traktowane priorytetowo we wszystkich aspektach funkcjonowania kraju.



2 lutego 2023 r. Specjalna Debata Rady Ekspertów ds. Onkologii Medycznej Racji Stanu pt. Wiedza, Determinacja, Współpraca - Cancer Moonshot - Dzięki współpracy, możemy zmniejszyć śmiertelność z powodu raka, o co najmniej 50% w ciągu następnych 25 lat poprawiając przeżycie oraz jakość życia chorych na raka.

2 marca 2023 r. VII Spotkanie Rady Ekspertów ds. Chorób Rzadkich Medycznej Racji Stanu - Choroby rzadkie w Polsce są traktowane priorytetowo, co pokazuje rozporządzenie ministra Zdrowia, uchwalony i wdrażany Plan dla Chorób Rzadkich 2021-2023 oraz Fundusz Medyczny





30 marca 2023 r. II Spotkanie Rady Ekspertów ds. Chorób Autoimmunologicznych Medycznej Racji Stanu - Rekomendowana jest szybka diagnoza chorób autoimmunologicznych, wczesny dostęp pacjentów do skutecznych terapii oraz wprowadzenie modelu opieki kompleksowej.

20 kwietnia 2023 r. Debata Medycznej Racji Stanu pt. Liczymy się z naszym zdrowiem - W ostatnich dekadach rośnie znaczenie pomiaru kosztów w systemie ochrony zdrowia. Rozwija się ekonomia zdrowia, farmakoekonomika oraz metodologia szacowania kosztów z perspektywy społecznej, systemu ochrony zdrowia i pacjenta.



25 maja 2023 r. Debata Medycznej Racji Stanu pt. Zdrowie Kobiety - Bezpieczeństwo Rodziny - Kobiety stanowią połowę polskiego społeczeństwa odgrywając kluczowe role społeczne. Wg badań kobiety na pierwszym miejscu wartości wymieniają swoje zdrowie, ale tylko połowa z nich bada się regularnie i dba o swój stan zdrowia.

22 czerwca 2023 r. Debata Medycznej Racji Stanu pt. Wartość Zdrowie - Zdrowie w Polsce musi być traktowane przez rząd jako wartość narodowa, na równi z bezpieczeństwem narodowym i wzrostem gospodarczym.



13 lipca 2023 r. Okrągły Stół Medycznej Racji Stanu pt. Pacjenci-eksperci-system. Jakość życia w chorobach rzadkich i neurologicznych- Medyczna Racja Stanu od kilku lat wspiera poprawę sytuacji pacjentów z chorobami rzadkimi i neurologicznymi.

28 sierpnia 2023 r. VI Spotkanie Rady Ekspertów ds. Onkologii Medycznej Racji Stanu - Chorzy na nowotwory złośliwe powinni mieć zagwarantowany szybki i Nielimitowany dostęp do profilaktyki, diagnostyki, terapii, rehabilitacji oraz opieki paliatywnej.



28 września 2023 „TAK dla zdrowia rodziny” - Debata i konferencja inauguracyjna Kampanii Medycznej Racji Stanu i Fundacji Polska Koalicja Pacjentów Onkologicznych. Celem Kampanii „TAK dla zdrowia rodziny” jest propagowanie profilaktyki onkologicznej obejmującej edukację na temat szczepień przeciw wirusom onkogennym, testów przesiewowych w kierunku HPV, HCV, otyłości jako czynnika ryzyka zachorowania na nowotwory oraz badań przesiewowych.

Zapraszamy Państwa do lektury raportu, wszystkich opublikowanych raportów na stronie **www. medycznaracjastanu.pl** oraz współpracy w ramach projektów Medycznej Racji Stanu.



Anna Jasińska



Grażyna Mierzejewska

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

Choroby zakaźne stają się coraz większym wyzwaniem dla systemów ochrony zdrowia w Polsce i na świecie. Na stronie GIS jest wymienionych i opisanych aż 55 chorób zakaźnych.¹ W trzech minionych dekadach, do 2019 r. ogólną sytuację epidemiologiczną chorób zakaźnych w Polsce można było oceniać jako stosunkowo stabilną i korzystną. W 2020 r. pandemia COVID-19 w gwałtowny sposób wpłynęła na epidemiologię wszystkich innych nadzorowanych wcześniej chorób zakaźnych. Podejmowane w kraju, szeroko zakrojone działania, których celem było zwalczanie pandemii i

¹ Choroby zakaźne. Główny Inspektorat Sanitarny. <https://www.gov.pl/web/gis/choroby-zakazne2>

ograniczanie jej skutków poprzez przecięcie dróg szerzenia się COVID-19, w dużym stopniu zapobiegały również szerzeniu się innych chorób zakaźnych. Niestety, odnotowany w 2020 r. spadek zapadalności (w stosunku do mediany z lat 2015-2019) na prawie wszystkie podlegające zgłaszaniu choroby zakaźne nie świadczył wyłącznie o poprawie sytuacji epidemiologicznej tych chorób. Miał też inne przyczyny. Związane z pandemią ograniczenia w dostępie do opieki medycznej i diagnostyki oraz ukierunkowana na COVID-19 priorytetyzacja zadań służb medycznych i pełniących nadzór sanitarny, musiały wpłynąć na zmniejszenie się liczby rozpoznawanych i rejestrowanych chorób, szczególnie chorób o lżejszym przebiegu, a także chorób przewlekłych. Przy interpretacji danych o zachorowaniach na choroby zakaźne w Polsce w latach 2020–2021 zebranych przez nadzór epidemiologiczny należy brać pod uwagę niedoszacowanie liczby zachorowań. Stopień tego niedoszacowania może być różny dla różnych chorób, w zależności od ich przebiegu i zagrożenia, które stanowią. Pandemia wpłynęła niekorzystnie na możliwość realizacji celów zwalczania przewlekłych chorób zakaźnych, szczególnie zakażeń HIV, HCV i HBV. W okresie pandemii, zwłaszcza w 2020 r., testowanie w kierunku w/w zakażeń zostało znacznie ograniczone, co skutkowało 50% spadkiem liczby rozpoznań zakażeń HIV, 3-krotnym spadkiem rozpoznań przewlekłych zakażeń HBV i 3,5-krotnym spadkiem rozpoznań HCV. Jest to sytuacja szczególnie niepokojąca biorąc pod uwagę, że już przed pandemią wymagała ona poprawy.²

Pandemia COVID-19 na powrót zwróciła uwagę decydentów na problemy chorób zakaźnych na świecie. Problem związany z rozprzestrzenianiem się koronawirusa spowodował zwiększenie działań w dziedzinie chorób zakaźnych, jednak w Polsce tylko tych związanych bezpośrednio z COVID-19. Zaangażowanie lekarzy chorób zakaźnych do walki z epidemią koronawirusa spowodowało, że przestano dostrzegać inne choroby zakaźne. Wydane zostało rozporządzenie zabraniające lekarzom zatrudnionym w szpitalach jednoimiennych zajmowania się innymi pacjentami, niż chorzy na COVID-19. Pacjenci ze zdiagnozowanym zakażeniem HCV nie mają się dziś gdzie leczyć. Znacząca liczba dedykowanych do leczenia WZW C ośrodków nie przyjmuje dziś nowych pacjentów. Liczba rozpoczynanych terapii spadła niemal do zera, a potrzebujący leczenia pacjenci nie mają gdzie zwrócić się po pomoc. Lekarze na co dzień zajmujący się chorymi na WZW, to ci sami specjaliści, którzy dziś stoją na pierwszej linii walki z koronawirusem. Rąk do pracy z pacjentami hepatologicznymi brakuje. Pandemia COVID-19 pokazała również, jak bardzo dotkliwe zdrowotnie, społecznie i ekonomicznie są konsekwencje szerzenia się chorób zakaźnych w obliczu braku szczepień profilaktycznych. Przed pandemią COVID-19 walka z chorobami zakaźnymi straciła należyty sobie status wśród priorytetów ministerstwa zdrowia w Polsce. Na czoło wybiły się tematy powiązane z bezpośrednim wpływem na śmiertelność, jak onkologia, kardiologia itp. Tymczasem działanie zmierzające do przeciwdziałania chorobom zakaźnym i ich skutkom zeszły na plan dalszy. Dofinansowanie szpitali zakaźnych zmniejszyło się, brakuje zarówno działań profilaktycznych skierowanych do samych pacjentów, jak i szerokiego społeczeństwa. Dodatkowo resort zdrowia i uczelnie medyczne nie robią wiele, aby uatrakcyjnić tę dziedzinę medycyny wśród młodych lekarzy i studentów, co w konsekwencji prowadzi do zmniejszającej się stale liczby kandydatów do tej specjalizacji. W przeszłości bywały momenty, gdy na choroby zakaźne zwracano większą uwagę. Tak było gdy wybuchała epidemia HIV, czy gdy znacząco

² Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania 2022. Pod redakcją Bogdana Wojtyniaka i Pawła Goryńskiego. Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego PZH – Państwowy Instytut Badawczy. Warszawa 2022. Ministerstwo Zdrowia <http://bazawiedzy.pzh.gov.pl/wydawnictwa>

rosła liczba zakażeń HBV i HCV, które stanowią bezpośrednią przyczynę występowania wirusowych zapaleń wątroby typu B i C. Polska może w tej dziedzinie pochwalić się wieloma sukcesami. Osoby żyjące z HIV są od lat objęte narodowym programem polityki zdrowotnej, który stanowi modelowy przykład działań służących za wzór nie tylko w kraju, ale i za granicą. Pacjenci z WZW C mają do dyspozycji bardzo skutecznie działający program lekowy, dający im dostęp do najnowocześniejszych i najskuteczniejszych terapii.

Należy podkreślić, że Konstytucja RP w zakresie zdrowia w Art. 68 - Prawo do ochrony zdrowia w pkt. 4 stwierdza, że „Władze publiczne są obowiązane do zwalczania chorób epidemicznych”.³ Także cele operacyjne Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021–2025 obejmują: Zdrowie środowiskowe i choroby zakaźne.⁴ Również rozporządzenie Ministra Zdrowia z 2018 r. definiuje zwiększenie skuteczności zapobiegania chorobom zakaźnym i zakażeniom, w tym przeciwdziałanie skutkom nieprawidłowej antybiotykoterapii, jako priorytet zdrowotny.⁵

Kluczowym elementem przeciwdziałania chorobom zakaźnym jest wczesna diagnostyka. Europejski Tydzień Testowania (ETT) to inicjatywa, która powstała już 10 lat temu.⁶ Europejski Tydzień Testowania to kampania, która zachęca do powszechnego testowania i promowania świadomości na temat korzyści płynących z wczesnego wykrywania HIV, HCV i kiły. Jest to kampania, która zachęca organizacje partnerskie: instytucje, samorządy i organizacje społeczeństwa obywatelskiego w całej Europie do jednoczenia się na tydzień, dwa razy w roku, w celu zintensyfikowania testowania i promowania świadomości na temat korzyści płynących z wczesnego wykrywania HIV, HCV i kiły. Inicjatywa ta, rozpoczęta w 2013 r. przez HIV in Europe (obecnie EuroTEST), stała się szeroko rozpoznawalnym wydarzeniem, w którym co roku uczestniczy wiele organizacji. Kampania przebiega zawsze pod hasłem: Testuj. Lecz. Darmowe, bezpłatne i anonimowe testy można wykonać w punktach konsultacyjno-diagnostycznych (PKD).⁷

Zapobieganie chorobom, w tym chorobom zakaźnym jest najbardziej efektywnym kosztowo działaniem na rzecz ochrony zdrowia. Dzięki szczepieniom ochronnym, które pomagają zahamować rozprzestrzenianie się chorób zakaźnych, można uchronić wiele osób przed zachorowaniem, a nawet śmiercią. Wg dokumentu strategicznego „Zdrowa Przyszłość” szczepienia ochronne są skuteczną i generalnie powszechnie społecznie akceptowaną metodą zapobiegania zachorowaniom na choroby zakaźne, zarówno w wymiarze zapobiegania zachorowaniom u osoby poddanej szczepieniom ochronnym (prewencji indywidualnej), jak również kształtowania odporności całej populacji na

³ <https://bip.brpo.gov.pl/pl/kategoria-konstytucyjna/art-68-prawo-do-ochrony-zdrowia>

⁴ Narodowy Program Zdrowia na lata 2021–2025. <https://www.gov.pl/web/zdrowie/npz-2021-2025>

⁵ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 lutego 2018 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych. <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20180000469>

⁶ <https://www.testingweek.eu/campaign-materials/>

⁷ Europejski Tydzień Testowania 2023 – HIV/HCV/Kiła. GIS <https://www.gov.pl/web/wsse-bialystok/europejski-tydzien-testowania-2023--hivhcvkila>

zachorowania (prewencji zbiorowej).⁸ Szczepienia na każdym etapie życia są rekomendowane w dokumencie Ogólnopolskiego Programu Zwalczania Chorób Infekcyjnych „Strategia dla szczepień 2030”. Wizją i długoterminowym celem Ogólnopolskiego Programu Zwalczania Chorób Infekcyjnych i Strategii dla szczepień 2030 jest, aby wszyscy i wszędzie, bez względu na wiek, mogli w pełni korzystać z dobrodziejstwa szczepień, co przełoży się na lepszy stan zdrowia i kondycję populacji. W wyniku wdrożenia strategii nastąpi poprawa profilaktyki i diagnostyki chorób zakaźnych, wzmocnienie zdolności służby zdrowia oraz zmniejszenie obciążenia chorobami zakaźnymi.⁹

Najbardziej aktualne dane na temat chorób zakaźnych w Polsce publikuje cyklicznie Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego PZH – Państwowy Instytut Badawczy Zakład Epidemiologii Chorób Zakaźnych i Nadzoru oraz Główny Inspektorat Sanitarny, Departament Przeciwepidemiczny i Ochrony Sanitarnej Granic.¹⁰

Wiodące tematy debaty MRS to: prezentacja głównych wniosków z Raportu Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego; aktualne wyzwania zakaźnicze; europejskie programy przeciwdziałania antybiotykooporności; COVID-19 – ocena aktualnej sytuacji; grypa i jej powikłania; kalendarz szczepień dzieci i dorosłych; Narodowy Program Badań Przesiewowych w kierunku HCV – kolejny krok w stronę eliminacji wirusa; strategia eliminacji wirusa HPV; półpasiec – niedoszacowane zagrożenie oraz ocena aktywności ruchów antyszczepionkowych.

3. Stanowiska prelegentów

W trakcie hybrydowej debaty wypowiedzieli się eksperci kliniczni, urzędnicy, politycy, przedstawiciele pacjentów i eksperci systemowi. Poniżej przedstawiono stanowiska prelegentów w kolejności ich wypowiedzi.

Dr Michał Sutkowski, Rzecznik Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce

Temat chorób zakaźnych, który dziś podejmujemy jest ważny, bo jesteśmy w przededniu szczytu sezonu infekcyjnego i niewątpliwie jesteśmy u progu dużej liczby zakażeń. Są to tematy istotne zarówno w związku z pandemią COVID-19, jak i z punktu widzenia zdrowia publicznego.



Antybiotykooporność bezpośrednio dotyczy zdrowia polskich obywateli. W 2004 r. Amerykańskie Towarzystwo Ochrony Przyrody na Uniwersytecie Rockefellera w Nowym Jorku zorganizowało konferencję pod tytułem „Jeden świat – jedno zdrowie”. W 2006 r. lekarze weterynarii stworzyli platformę, którą nazwano „Jedno zdrowie” (One Health). To było niejako przedłużenie tego, o czym

⁸ ZDROWA PRZYSZŁOŚĆ. Ramy strategiczne rozwoju systemu ochrony zdrowia na lata 2021–2027, z perspektywą do 2030 r. <https://www.gov.pl/web/zdrowie/zdrowa-przyszlosc-ramy-strategiczne-rozwoju-systemu-ochrony-zdrowia-na-lata-2021-2027-z-perspektywa-do-2030>

⁹ <https://opzci.pl/szczepienia-na-kazdym-etapie-zycia/>

¹⁰ CHOROBY ZAKAŻNE I ZATRUCIA W POLSCE W 2022 ROKU. NIZP-PZH https://www.old.pzh.gov.pl/oldpage/epimeld/2022/Ch_2022_Wstepne_dane.pdf

mówił weterynarz amerykański Kelvin Schreiber, który w 1964 r. w tym czasie powojennym, w czasie zachwytu nad antybiotykami, w czasie zachłyśnięcia się tą metodą, która będzie zawsze skuteczna i bezpieczna mówił o projekcie *One Health* w kontekście wszystkiego, co nas otacza dookoła, co otacza człowieka, zwierząt, przyrody, naszego środowiska. Ta inicjatywa jest inicjatywą niezwykle istotną, do której powinniśmy też przystąpić w sensie programowym, którą powinniśmy realizować, jako państwa. Podejście „One Health” – „Jedno zdrowie” w koncepcji WHO oznacza wezwanie wszystkich służb do współpracy w rozwiązywaniu kluczowych dla zdrowia publicznego problemów. Bezpieczeństwo żywności, kontrola chorób, które mogą rozprzestrzeniać się między zwierzętami i ludźmi, zwalczanie oporności na antybiotyki – to wspólne cele przyjęte przez WHO, FAO (Organizację ds. Wyżywienia i Rolnictwa ONZ) i OIE (Światową Organizację Zdrowia Zwierząt). Ale żeby idea „Jedno zdrowie” przyniosła wymierne efekty, musi zostać przeniesiona na różne (od państwowych po lokalne) poziomy codziennej pracy urzędników, naukowców, hodowców, lekarzy, farmaceutów i innych.

Podstawowa Opieka Zdrowotna (POZ) niestety generuje około 80% z tych milionów antybiotyków, które są przepisywane chorym. W kontekście zakażeń, które są obecne w POZ 85-90% to są zakażenia wirusowe. Dramatyczną rzeczą jest nadużywanie antybiotyków, jako pewnego rodzaju panaceum na wszystko. Reprezentuję Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce, które edukuje, jak powinniśmy właściwie leczyć infekcje w codziennej praktyce lekarskiej. Brakuje kampanii edukacyjnej kierowanej w stronę lekarzy rodzinnych, ale też pacjentów, którzy często wymuszają na lekarzach ordynację antybiotyku. Często się spotykam z takimi absurdalnymi z punktu widzenia medycznego pytaniami: „Panie doktorze, może jakiś antybiotyk na bóle pleców?”. Antybiotyk stał się synonimem ostatecznej terapii sukcesu terapeutycznego, jakkolwiek by on nie był definiowany. To ostatni moment, żebyśmy się za to zabrali i o tym mówili.

Jako Medyczna Racja Stanu powinniśmy stworzyć katalog problemów, nie tylko dotyczących chorób zakaźnych, ale zdrowia publicznego w ogóle. Katalog powinien być przedstawiony w Sejmie i Senacie, aby Parlament miał świadomość tych wyzwania. Nasze środowisko, jak zawsze, będzie starało się pomagać, ale będzie też bardzo krytyczne wobec tego, co się dzieje, bo taka jest też nasza rola. Nasza rola zawiera się w dwóch prostych literach OK - oceniać i komentować. Będziemy te działania komentować. Brak działań jest grzechem zaniedbania, więc moim zdaniem parlamentarzyści i ci, którzy z Parlamentu wejdą do rządu, powinni wysłuchać, co środowisko medyczne ma do powiedzenia w tak istotnych kwestiach i oni powinni chcieć to zmieniać. Jednym z postulatów Medycznej Racji Stanu było to, żeby w randze wicepremiera był minister zdrowia. Miałby wtedy jakąś szansę wprowadzić np. „godzinę dla zdrowia” w szkole podstawowej, o której mówimy od początku debat MRS.

W zakresie szczepień ochronnych poszerzenie kompetencji kadr medycznych jest niewątpliwie bardzo ważne. Myślę, że nie powinniśmy specjalnie demonizować drogi pacjenta do szczepienia. Dlatego, bo pacjent jest w stanie otrzymać szczepionkę poprzez teleporadę i nie musi się do lekarza fatygować. Jeżeli tylko chce, to przychodzi do nas, idzie do apteki najbliższej POZ i jest zaszczepiony. Ok. 30-40% pacjentów z listy lekarza POZ w ogóle nie dociera do lekarza. Oni się po prostu nie leczą. Nie znamy tych pacjentów, oni są tylko na naszych listach. Oni docierają do placówek ochrony zdrowia wtedy, kiedy jest stan bezpośrednio zagrażający ich życiu. Brak odpowiedzialności za zdrowie obywateli jest także niewątpliwie grzechem polityków.

Problem HCV i szczepień HPV jest potężny z mojego punktu widzenia jako lekarza rodzinnego. Z jednej strony mamy do czynienia z sytuacją, gdzie ponad 140 tys. osób jest zakażonych wirusem HCV i o tym nie wie. W 2022 r. w pakiecie badań podstawowych pojawiła się w budżecie powierzonym

diagnostycznym możliwość badania przeciwciał HCV. Z drugiej strony pojawiło się zastrzeżenie konsultanta krajowego medycyny rodzinnej, które mówiło, że nie można tego badania traktować jako podstawowego do przesiewu populacyjnego, tylko żeby lekarze rodzinni traktowali to badanie do celów bezpośredniej diagnostyki konkretnego pacjenta. To zmienia kontekst, jaki chcielibyśmy uzyskać, aby duża populacja była przebadana na obecność przeciwciał HCV. Powstawały różne inicjatywy w tym zakresie. Z mojego punktu widzenia, dalej POZ, niezależnie od tego zastrzeżenia powinno być miejscem, w którym tych pacjentów powinniśmy szeroko diagnozować. Wydaje się, że najlepszym rozwiązaniem byłby Narodowy Program Eliminacji HCV, wirusa, który w konsekwencji może prowadzić do marskości wątroby, czy raka wątrobowokomórkowego. Taki program byłby niewątpliwie szerszym działaniem, niż tylko włożenie badania nosicielstwa HCV do świadczeń gwarantowanych lekarzy rodzinnych. 6,5 tys. badań w kierunku HCV wykonanych w podstawowej opiece zdrowotnej to bardzo mało. Dwadzieścia kilka procent szczepień przeciwko HPV, to zdecydowanie niesatysfakcjonujący wynik. Jeżeli dodamy do tego niewielką ilość szczepień przeciwko grypie, to 2-5 proc. populacji, może w starszych rocznikach trochę więcej, to mamy smutny obraz niskiej profilaktyki i diagnostyki chorób zakaźnych w Polsce.

Prof. dr hab. med. Waleria Hryniewicz, Zakład Epidemiologii i Mikrobiologii, Narodowy Instytut Leków

Narastająca lawinowo oporność bakterii na antybiotyki stała się jednym z najpoważniejszych zagrożeń i wyzwań dla zdrowia publicznego na świecie. Polska ciągle nie ma narodowej strategii walki z antybiotykoopornością, którą wszystkie kraje Unii Europejskiej już dawno wdrożyły i ją stale aktualizują. W Polsce przez wiele lat działał Narodowy Program Ochrony Antybiotyków (NPOA), który miał na celu racjonalizację antybiotykoterapii i ograniczenie nadużywania antybiotyków w medycynie, a tym samym spowolnienie narastania lekooporności. Realizacja Programu miała spowodować poprawę stosowania antybiotyków skutkującą zwiększeniem bezpieczeństwa pacjentów narażonych na zakażenia zwłaszcza bakteriami opornymi na wiele rodzajów antybiotyków oraz poprawić postępowanie w trudnych w leczeniu pozaszpitalnych inwazyjnych zakażeń bakteryjnych. W ramach programu przedstawiano na licznych spotkaniach i warsztatach schematy leczenia oparte na EBM, dotyczące najczęstszych zakażeń pozaszpitalnych i szpitalnych, a także niezbędne działania ograniczające powstawanie i szerzenie się szczepów opornych, w tym diagnostykę mikrobiologiczną i metody kontroli zakażeń szpitalnych. Udało się także wprowadzić w wielu polskich szpitalach politykę antybiotykową, która sprawia, że stosowanie antybiotyków będzie bardziej racjonalne. Ważnym elementem programu była edukacja i promocja zasad stosowania antybiotyków, nie tylko wśród profesjonalistów, ale całego społeczeństwa. Program skierowany więc był bardzo szeroko nie tylko do lekarzy różnych specjalności i pielęgniarek oraz mikrobiologów, ale także do całego społeczeństwa. Dzięki podjętym działaniom gromadzono także wiedzę na temat sytuacji epidemiologicznej dotyczącej rozprzestrzeniania się antybiotykoopornych szczepów i mechanizmów oporności, co dawało podstawy do tworzenia wytycznych terapeutycznych. Pozwoliło to także m.in. szybciej i skuteczniej wykrywać i likwidować ogniska epidemiczne w polskich szpitalach, a więc poprawić bezpieczeństwo pacjentów. Program zaowocował opracowaniem dużej liczby rekomendacji w zakresie diagnostyki, terapii i profilaktyki zakażeń dostępnych bezpłatnie dla każdego na stronie www.antybiotyki.edu.pl, które były i są szeroko wykorzystywane w codziennej pracy przez specjalistów w ochronie zdrowia. Wspierają one decyzje terapeutyczne i służą ograniczaniu nadużywania antybiotyków i ich niewłaściwemu przepisaniu. Wiemy, że głównym



motorem powodującym powstawanie i rozprzestrzenianie opornych szczepów bakteryjnych jest nadużywanie i niewłaściwe stosowanie antybiotyków. W ramach programu opracowywano także dane na temat konsumpcji antybiotyków. NPOA był jedynym programem w naszym kraju, obejmującym tak szeroko działania dotyczące racjonalnej antybiotykoterapii i kontroli zakażeń. Do Narodowego Programu Ochrony Antybiotyków w ramach strategii „Jedno Zdrowie” próbowaliśmy wciągnąć inne podmioty, przede wszystkim weterynarię i chylę czoła przed ich przygotowaniem i zaangażowaniem. Imponowali oni organizacją, a Unia Europejska bardzo wspiera te działania. Nie dalej, jak parę dni temu organizowaliśmy sympozjum w Olsztynie, z okazji Europejskiego Dnia Wiedzy o Antybiotykach, na którym lekarz weterynarii poinformował, że Unia Europejska nakazała im w przyszłym roku zmniejszyć konsumpcję antybiotyków o 15%. Takie inicjatywy i deklaracje dotyczą także w wielu krajach stosowania antybiotyków w medycynie, często z doskonałymi wynikami.

Z niezrozumiałych powodów Ministerstwo Zdrowia z końcem 2020 r. program NPOA zakończyło, ponieważ uznało, że nie jest potrzebny. Nie wykorzystywało do swych działań uzyskiwanych w Programie wyników do budowania strategii walki z antybiotykkoopornością. Część dotychczasowych tematów NPOA włączono do Narodowego Programu Zdrowia.

Wracając do sprawy antybiotykkooporności, wydaje się, że nieprawdopodobny sukces antybiotyków stał się ich porażką. Nikt nie był i nie jest w stanie uwierzyć, że antybiotyki mogą przestać działać, że nowych antybiotyków nie przybywa, a stare antybiotyki coraz częściej nie są skuteczne. Zaczęto je bez troski stosować zarówno w medycynie jak i weterynarii oraz hodowli zwierzęcej. To zaowocowało dynamicznym powstawaniem i szerzeniem się antybiotykkoopornych szczepów, coraz częściej opornych na wiele grup antybiotyków a nawet niewrażliwych na żaden z nich. Ostatnie dane opublikowane w czasopiśmie Lancet pokazują, że w Regionie Europejskim Światowej Organizacji Zdrowia odnotowano w 2019 r. ok. 500 tys. zgonów powiązanych z antybiotykkoopornością, z czego 110 tys. było związanych z sytuacją, kiedy nie było dostępnego skutecznego antybiotyku, który moglibyśmy podać. Jeśli chodzi o świat, to te dane są przerażające. Aż 5 milionów ludzi zmarło w 2019 r. z przyczyn powiązanych z antybiotykkoopornością, w tym 1 mln 270 tys. z powodu braku możliwości jakiegokolwiek skutecznej terapii. Dlatego nasze działania muszą być natychmiastowe, wielopoziomowe, a przede wszystkim musi być podniesiona świadomość problemu. Wiemy doskonale, że oporność na antybiotyki w danym kraju, czy regionie zależy przede wszystkim od poziomu ich konsumpcji. Polska należy do pięciu krajów UE, które w praktyce pozaszpitalnej konsumują najwięcej antybiotyków. Tymczasem, Minister Zdrowia przed wyborami do sejmu w październiku 2023 r. podjął decyzję pełnej refundacji antybiotyków dla pacjentów do 18 r. ż. i po 65 r.ż. Niestety, niewiele było protestów ze strony konsultantów krajowych, ani prezesów medycznych towarzystw naukowych, że to jest zła decyzja, że nie wolno tak postępować, ponieważ ta decyzja będzie skutkowałą zwiększeniem i tak już olbrzymiego zużycia antybiotyków w Polsce. Wiemy, że to wysoka konsumpcja tych leków przyczynia się do wysokiej antybiotykkooporności, z którą mamy do czynienia w Polsce. Zatem taka decyzja ministra zdrowia nie miała prawa mieć miejsca. Kilka lat temu Prezes Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych podjął także zaskakującą, nieracjonalną i szkodliwą wg wielu specjalistów decyzję, o wprowadzeniu bez recepty furazydyny, leku przeciwbakteryjnego. Mimo wielu protestów nigdy tej decyzji nie uchylił! Dzięki niej Polacy „zjadają” 12 500 ton tego leku rocznie!!!

Należy się cieszyć, że firmy farmaceutyczne wróciły znowu do badań nad nowymi antybiotykami. Pamiętajmy jednak, że leczenie pacjenta z zakażeniem nowymi antybiotykami kosztuje kilkaset razy więcej, niż dotychczasowe i nie zawsze skuteczne. Nowe antybiotyki powinny być stosowane jedynie na podstawie wykazanej w antybiogramie wrażliwości i wtedy kiedy dotychczasowe, skuteczne i

bezpieczne leki nie mogą być podane. Dodatkowo, należy pamiętać, że za każdym razem, gdy wchodzi na rynek nowy antybiotyk, to już obserwujemy pojedyncze oporne szczepy, czyli w naszych rękach jest to, żeby oporność wzrastała jak najpóźniej. Dzięki naszym rozsądnym działaniom, a przede wszystkim nie nadużywaniu i niewłaściwym stosowaniem antybiotyku, ten proces będzie powolny i da nam czas na opracowanie nowego skutecznego leku. Nie jest możliwe, że raz na zawsze rozwiążemy ten problem, ale opóźnimy jego powstawanie i to da nam szansę na znajdowanie nowych strategii walki z antybiotykoopornością.

Musimy odbudować kadry medyczne wyspecjalizowane w leczeniu zakażeń i kontroli zakażeń, bowiem wielooporne drobnoustroje stanowią poważne wyzwanie. Powinniśmy podnieść prestiż, a także znacząco zwiększyć wynagrodzenia lekarzy mikrobiologów, co może zachęcić lekarzy do podejmowania tej obecnie niepopularnej specjalności. Niezbędna jest także zachęta finansowa dla medyków, aby podejmowali specjalizację z chorób zakaźnych, bowiem oni mogliby wzmocnić zespoły szpitalne odpowiedzialne za politykę antybiotykową i kontrolę zakażeń szpitalnych. Istnieją województwa, w których nie ma ani jednego lekarza mikrobiologa. Dysponujemy bardzo dobrymi wytycznymi NFZ, opracowanymi przez grupę specjalistów powołanych na wniosek prezes NFZ Pani Agnieszki Pachciarz, i wystarczyłoby je w pełni wdrożyć. Ale niestety, nie możemy tego zrobić, ponieważ z jednej strony mamy zbyt małą liczbę specjalistów, a z drugiej, z pewnością niewystarczającą determinację NFZ i MZ. A może też brak wiedzy, wyobraźni i odpowiedzialności u decydentów w ochronie zdrowia, do czego te zaniechania już doprowadziły i jakie mogą być dalsze tego konsekwencje? Struktura naszych szpitali jest przestarzała, co nie sprzyja wprowadzaniu nowoczesnych programów kontroli zakażeń. A więc nie ma specjalistów, mamy trzy razy mniej izolatek w szpitalach, niż średnia europejska, ciągle brak narodowego programu walki z antybiotykoopornością. W związku z tym, trudno mieć pretensję do ordynatora oddziału, że pacjenta z zakażeniem ekstremalnie oporną bakterią (np. wytwarzającą karbapenemazy) zamiast w izolatce kładzie na sali pięcioosobowej, bo nie ma innego wyjścia. To jest ważna specjalność, ponieważ mamy bardzo niewielu lekarzy farmakologów klinicznych. Tymczasem wszyscy pamiętamy, jak się tworzyła nowa rzeczywistość, to farmaceuci uciekli ze szpitala do aptek, bo tam były lepsze zarobki. Teraz powoli wracają, a są potrzebni natychmiast! W amerykańskich szpitalach wielospecjalistycznych jeden farmaceuta kliniczny jest na 20/30 łóżek, monitorując m.in. działania niepożądane leków, dawkowanie, prowadząc terapię monitorowaną. Potrzeba nam kompetentnych kadr, pieniędzy, determinacji i świadomości, że antybiotykooporność zagraża naszemu funkcjonowaniu, a nawet istnieniu. Należy przywołać raport Sir O'Neilla, jednego z najwybitniejszych ekonomistów świata, który wraz z wielospecjalistycznym zespołem po starannej wszechstronnej analizie wyliczył, że konsekwencje długofalowe antybiotykooporności, jeśli natychmiast nie zaczniemy intensywnie działać, mogą doprowadzić do 10 milionów zgonów w 2050 r., a więc powodowanych więcej niż przez nowotwory. Taka ogromna liczba - 10 milionów ludzi będzie umierać rocznie z powodu antybiotykooporności, a straty ekonomiczne pomiędzy 2015-2050 r. sięgną nawet 100 trylionów dolarów.

Musimy natychmiast włączyć się do działań zgodnie z podpisaną przez nasz rząd strategią opracowaną przez WHO i UE „Jedno Zdrowie”, która mówi o jak najszybszym podjęciu działań na rzecz dobrostanu człowieka, zwierząt i środowiska. Mieści się w tym walka z antybiotykoopornością. Pamiętajmy, że oporne na antybiotyki bakterie rozprzestrzeniają się między ludźmi, a zwierzętami i środowiskiem. Specjaliści uważają, że wszystkie ścieki wychodzące ze szpitala powinny podlegać dezynfekcji. Wysyłamy do naszego środowiska naturalnego wielooporne drobnoustroje ze szpitali, a także niezaużyte antybiotyki z domowej apteczki, generujące oporność wśród bakterii środowiskowych,

zazwyczaj naturalnie już opornych na wiele antybiotyków jak np. *Acinetobacter* spp. *Aeromonas* spp czy *Pseudomonas* spp. Stamtąd ponownie wraz np. z wodą, roślinami i owocami morza, rozprzestrzeniają się dalej kolonizując ludzi i zwierzęta, zasiedlając także środowisko szpitali. Mamy typowy „circus vitiosus”. To jest tylko ułamek problemu, który jest coraz bardziej skomplikowany. Poprawa sytuacji wymaga zaangażowania i wspólnego działania we wszystkich dziedzinach naszego życia, a w mądrze zarządzanych krajach strategię wskazującą drogę poprawy i podmioty je realizujące, ustalane są na poziomie parlamentów, konsultowane przez wielu specjalistów. To nie może być dokument na poziomie ministra zdrowia, ale akt najwyższej rangi, bowiem dotyczy działań na rzecz wszystkich obywateli naszego kraju. Ma on wskazywać długofalowe niezbędne działania i nakazywać współpracę wszystkich resortów, koordynowaną przez ministra zdrowia. Musimy w Polsce zacząć działać natychmiast, bowiem straciliśmy zbyt wiele lat, tkwiąc w bezczynności. Jednym z najważniejszych elementów strategii w walce z antybiotykoopornością, wskazanych już wielokrotnie, jest podniesienie świadomości społecznej na temat tego zagadnienia. Musimy codziennie edukować pacjentów, w jakich sytuacjach antybiotyków nie jest potrzebny, a kiedy jest potrzebny, co powoduje, że napędzamy spiralę antybiotykooporności. Na ministrze zdrowia ciąży wiele zadań takich jak, m.in.: polityka refundacyjna, funkcjonowanie szpitali, diagnostyki oraz kształcenie lekarzy różnych specjalności, tak aby zapewnić harmonijne funkcjonowanie ochrony zdrowia. Podstawowym jednak problemem jest brak świadomości antybiotykooporności oraz jej konsekwencji. Niestety, ciągle wiedza lekarzy na temat leczenia zakażeń, zwłaszcza antybiotykoopornych jest niewystarczająca, a także system ich kształcenia w tym obszarze. Dlatego tak często mamy do czynienia z bezzasadnym i niewłaściwym przepisywaniem antybiotyków, a konsekwencje takich działań są katastrofalne. Padają dramatyczne wyznania niektórych lekarzy, na temat niewłaściwego postępowania w tym zakresie. Warto przytoczyć mocne słowa amerykańskiego lekarza, który na jednym z wykładów o leczeniu zakażeń powiedział: „ten, kto sięga po długopis, żeby napisać receptę (zlecić) na antybiotyk, który nie jest koniecznie potrzebny, przyczynia się do czyjejś śmierci”. Te dramatyczne słowa znakomicie ilustrują zagrożenia, jakie niesie narastająca antybiotykooporność. To jest naprawdę poważna sytuacja. Pokazano, że w tych krajach, gdzie występuje wysoka konsumpcja antybiotyków, obserwuje się wysoki procent wieloopornych szczepów bakteryjnych.

Jeszcze jedna bardzo ważna informacja do dodania. Polacy lubią nowinki. W związku z tym, polscy lekarze sięgają po najnowsze antybiotyki prawie natychmiast po wprowadzeniu ich na rynek, często nie zwracając uwagi czy zawsze stanowią lepszą opcję w porównaniu z tymi, które stosujemy od wielu lat, mając na ich temat znacznie szerszą wiedzę. Światowa Organizacja Zdrowia wprowadziła podział antybiotyków na grupy AWaRe (A-Acess, W-Watch, R- Reserve). Leki należące do grupy A, są ciągle skuteczne w leczeniu wielu zakażeń, charakteryzują się wysokim profilem bezpieczeństwa, zazwyczaj posiadają wąskie spektrum działania, a więc w znacznie mniejszym stopniu wpływają na powstawanie i szerzenie się opornych szczepów. Mogą ciągle być skuteczną opcją zwłaszcza w leczeniu infekcji pozaszpitalnych i muszą być zawsze dostępne na rynku! Polski lekarz chciał by stosować te leki, które dopiero weszły na rynek, które są często „na ratunek”. Są dane ECDC na temat, jak dany kraj stosuje leki pierwszego wyboru, najbezpieczniejsze, o największym spektrum działania, czyli najmniej generujące oporność. Niestety, Polska nie wypada tu najlepiej.

Obecnie przede wszystkim powinniśmy skupić się na edukacji lekarzy Podstawowej Opieki Zdrowotnej, bo oni są w dużej mierze odpowiedzialni za nadmierną preskrypcję antybiotyków. Jeśli zaczniemy intensywnie działać teraz, to sukces możemy mieć za kilkanaście lat. Szwedom, obniżenie konsumpcji antybiotyków o 20% zajęło 20 lat. To jest nieprawdopodobnie ciężka praca i należałoby szczególnie

rozpisać kroki, które by do tego prowadziły w naszym kraju, wzorując się np. na Szwecji. Myślę, że przede wszystkim trzeba nagłaśniać problem i zwrócić się do takich grup, które mogą coś zmienić, zarówno w legislacji, jak i w edukacji. Musimy apelować do uczelni medycznych, rektorów, dziekanów, prezesów towarzystw naukowych, konsultantów krajowych i wojewódzkich ponieważ jest to problem, który wymaga natychmiastowych skoordynowanych działań, zwłaszcza w obszarze edukacji. Korporacje zawodowe, w tym Naczelna Izba Lekarska, milczą na temat problemu antybiotykooporności i nigdy nie włączyły się do żadnych działań, pomimo licznych zaproszeń koordynatorów programu NPOA. Sukces jest możliwy do osiągnięcia, po bardzo wielu latach ciężkiej, systematycznej pracy. Resort zdrowia nie traktuje wystarczająco poważnie wyników Krajowego Ośrodka Referencyjnego ds. Lekowrażliwości Drobnoustrojów i nie reaguje na bieżąco na wyniki przez niego generowane. Kluczowym obowiązkiem jest zapewnienie dostępności antybiotyków pierwszego wyboru, aby lekarze nie musieli sięgać po antybiotyki trzeciego, czy dalszego wyboru. Nie tylko dlatego, że są droższe, ale dlatego, że są mniej bezpieczne, także z powodów epidemiologicznych i często mniej skuteczne. Należy edukować społeczeństwo i przypominać specjalistom, że antybiotyki i antybiotykoterapia stanowią wyjątkową gałąź farmakoterapii. Antybiotyki należą do grupy leków o największej liczbie działań niepożądanych, a nadużywanie antybiotyków prowadzi do wyjątkowego działania niepożądanego, jakim jest powstawanie oporności i jej szerzenie się. To jest unikatowa cecha tej grupy leków. Należy dążyć do tego, żeby jak najszybciej we wszystkich szpitalach powstała prawdziwa, a niefikcyjna polityka antybiotykowa prowadzona przez fachowców, co wymaga woli i determinacji dyrektorów/prezesów oraz bardzo intensywnego szkolenia. Musimy również propagować i wdrażać proste zasady zapobiegające szerzeniu się zakażeń, poczynawszy od mycia rąk, stosowania jednorazowych chusteczek i noszenia maseczek wtedy gdy jest to uzasadnione. No i oczywiście należy się szczepić, co jest wyjątkowo ważne, bo musimy pamiętać, że szczepienia ochronne powodują również zmniejszenie szerzenia się opornych na antybiotyki szczepów bakteryjnych (przykład szczepienia przeciwko pneumokokom, wywołującym zapalenie płuc, które musimy leczyć antybiotykami, szczepienia p/ko grypie, które ogranicza nadkażenia bakteryjne). Nie zapominajmy, że mamy coraz więcej nowoczesnych narzędzi diagnostycznych pozwalających ustalić już w gabinecie lekarza z jakim zakażeniem zgłosił się do nas pacjent. To pozwala lekarzowi szybko identyfikować czynnik etiologiczny i uławić decyzję, czy jest potrzebny antybiotyk, czy nie. Są to nie tylko testy wykonywane w szpitalu, ale również testy wykonywane w POZ.

Powyższe uwagi naświetlają jedynie część ogromnie szerokiego i skomplikowanego zagadnienia jakim jest oporność drobnoustrojów na antybiotyki. Ale zacznijmy działać bez zwłoki, bowiem wyniki płynące z niektórych krajów dają pewien optymizm, że możemy mieć sukcesy.

To od nas zależy, czy wygramy walkę z groźnymi wieloopornymi patogenami bakteryjnymi. Coraz częściej jest to walka o życie.

Prof. Paweł Kowal, Poseł na Sejm X kadencji, Profesor ISP PAN

W Polsce nie ma niestety zwyczaju deklaracji parlamentarnych, z wyjątkiem okolicznościowych, a w zakresie antybiotykooporności dobra byłaby rezolucja Parlamentu, która miałaby charakter polityczny i nie miała charakteru ustawodawczego. Tak jest w Parlamencie Europejskim. W Polsce to nie jest niemożliwe i nie ma takiego zwyczaju, więc z poziomu parlamentu musielibyśmy dążyć do jakiegoś precedensu, żeby wszystkie siły parlamentarne chciały tym się zajmować. W naszym kraju, tego typu rezolucje odnoszą się do jakiś gorących politycznych tematów, albo rocznic. To jest pewna słabość polskiego systemu parlamentarnego. Nie ma w nim oczekiwanie, żeby takie dokumenty powstawały. Być może należałoby spróbować o to powalczyć, a w tym musiała by być bardzo duża inicjatywa polityczna Komisji Zdrowia. Byłem jakiś czas w Komisji Zdrowia i muszę stwierdzić, że Komisja Zdrowia jest do tego nieprzystosowana strukturalnie. Jest ona bardzo zorientowana na legislację i to bardzo szczegółową, a ta legislacja zajmuje tyle czasu, że podejmowane próby dyskusji merytorycznych zwykle nie kończy się konstruktywnym dokumentem. Z mojej perspektywy Komisji Spraw Zagranicznych i tego aspektu zdrowotnego, to nie jest dziwne, ponieważ nauczyłem się na to patrzeć w takim francuskim stylu, który polega na tym, że kwestie zdrowia są integralne do spraw zagranicznych, międzynarodowych i relacji zewnętrznych, rozumianych najszerzej, jak tylko możliwe. Poprzez współpracę z innymi państwami, organizacjami międzynarodowymi mamy to przetrenowane. Przykładem jest model współpracy z WHO. Czy WHO powinno mieć więcej kompetencji? Czy WHO jest wystarczająco godne zaufania, żeby dawać rekomendacje? To są także kwestie dość poważne związane z bezpieczeństwem epidemiologicznym, a z drugiej strony z bezpieczeństwem zaufania do WHO. Zadajemy sobie pytanie, czy na przykład WHO nie promuje jakichś rozwiązań, które są na korzyść państw, koncernów, albo jakiś podmiotów międzynarodowych. Chcę wyraźnie podkreślić, że to nie jest supozycja, ani insynuacja, tylko referuję, to co się działo w debacie publicznej wokół WHO. Dlatego po pierwsze istotna jest współpraca z innymi państwami. Po drugie, kluczowa jest współpraca z organizacjami międzynarodowymi. Po trzecie, liczy się współpraca w ramach Unii Europejskiej, nie traktując Unii Europejskiej, jako organizacji międzynarodowej, w rozumieniu klasycznym. Unia Europejska powinna być z punktu widzenia zdrowia traktowana, jako organizacja sama w sobie, lub jako specjalny podmiot prawa międzynarodowego. Czyli w sensie prawnym procedujemy tak, jak to jest zrobione w traktacie lizbońskim. Rozpoczyna się dyskusja o pogłębieniu Unii. To jest ta dyskusja, która w Polsce budzi szereg emocji politycznych, bo niektórzy politycy twierdzą, że to jest oddanie suwerenności. Jeśli odejmiemy tę warstwę, która dotyczy takiego sporu politycznego, który nie do końca ma uzasadnienie, ponieważ nie ma dzisiaj szans na zmianę traktatu, to dochodzimy do miejsca, które może być dla nas interesujące, ponieważ będą się pojawiały nowe elementy w dyskusji o zmianie struktury Unii. Naszą rolą, w tym Medycznej Racji Stanu, jest poruszać i podkreślać kwestie zdrowia w każdej debacie. Obecnie Unia idzie w kierunku rozszerzenia, a z Unią Europejską jest tak, że zawsze od powstania Europy, właściwie już w historii całej EWG i Unii Europejskiej, jak się mówi o rozszerzeniu, to znaczy, że ktoś będzie mówił o pogłębieniu. A jeśli się mówi o pogłębieniu, to znaczy, że my będziemy zwracać uwagę na kwestie zdrowia, gdzie Unia jest szczególnie słabo zintegrowana. Jeżeli porównamy zdrowie w Unii z rolnictwem, czy z polityką obronną, to zdrowie jest zintegrowane najslabiej. W ramach Unii Europejskiej mamy trzy elementy - dyskusję o nowym traktacie, integrację w ramach obecnego traktatu oraz integrację poprzez powstanie Europejskiej Unii Zdrowia. Postulujemy, żeby metodami, które są dzisiaj prawnie możliwe zwiększyć kompetencje Komisji Europejskiej. Przechodzę do punktu czwartego, czyli kwestii zarządzania



krzysowego. Tu mamy pewne możliwości - przygotowanie w oparciu szczególnie o polityczne odwoływanie się do doświadczenia nabytego przy okazji COVID-19, do raportów międzynarodowych, które mówią o zagrożeniu kolejną pandemią. Ja nie jestem w stanie tego ocenić, ponieważ czuję się w tej sprawie po prostu zwykłą ofiarą szumu informacyjnego, więc naprawdę nie jestem w stanie powiedzieć, czy nam grozi, czy nie grozi następna pandemia. Wiele osób mówi, że grozi, tylko, czy nam grozi na takiej zasadzie, jak koniec świata, czy też jako realnie taktyczna czy średnioterminowa perspektywa? Nie umiem tego ocenić. Natomiast wiem, co można zrobić na poziomie państwowym i jaką rolę mógłby mieć parlament. Można by włączyć do takiego dokumentu zarządzanie kryzysowe z podpunktem: edukacja, czyli przygotowanie, wyciągnięcie wniosków z pandemii COVID-19. Być może warto dołączyć analizę dokumentów Najwyższej Izby Kontroli, która szczegółowo badała te kwestie. Wreszcie punkt piąty, czyli wszystko, co się wiąże z granicą. Tutaj możliwości Unii Europejskiej są duże, ale jeżeli chodzi o kwestie transgraniczne, to nasuwają się dwa tematy - większa kontrola migracyjna i procedury, jeżeli chodzi o odprawy graniczne.

Podsumowując. Pięć punktów, czyli: współpraca z innymi państwami, organizacjami, współpraca w ramach Unii, zarządzanie kryzysowe oraz procedury graniczne. Jestem również zobowiązany powiedzieć Państwu, czy mogę w to coś kontrybuować, więc na pewno warto powołać Zespół Parlamentarny do spraw Europejskiej Unii Zdrowotnej oraz korzystać z Komisji Spraw Zagranicznych w tym aspekcie polityki zdrowotnej wspólnie z Komisją Zdrowia. Na poziomie parlamentarnym będą do tego dodatkowe, realne instrumenty. I ten obszar, który zaznaczyłem, to jest obszar, który jest obszarem wspólnym moich zainteresowań, zainteresowań Medycznej, Racji Stanu, a także może być potencjalnie obszarem zainteresowań Komisji Zdrowia.

W kwestiach rządowych nie chcę się wypowiadać, chcę mówić, o tym, na co mam wpływ, by móc budować jakiś plan. To są kwestie parlamentarne, nie rozszerzałbym ich ze względów pragmatycznych, o rolnictwo na tym etapie i tak dalej. Myślę, że możemy liczyć, mówię to intuicyjnie, ponieważ w tej sprawie z nikim niczego nie ustalałem, na współpracę Komisji Unii Europejskiej oraz Komisji Zdrowia, która jest naturalna i myślę, że gdybyśmy dla tych trzech komisji wymyślili aktywność w zakresie tematów ochrony zdrowia to już byłoby dużo i wystarczająco, bo jeżeli nadmiernie ją poszerzymy, to zmniejszymy skuteczność. Lobbying nie rozumiem tylko finansowo, ale rozumiem też, jako lobbying pewnej idei. Myślę, że wzrośnie rola Sejmu i Senatu ze względu na to, że koalicja jest szersza, że ten system będzie w dużym stopniu też zakorzeniony bardziej w Sejmie. Warto w tym procesie posługiwać się narzędziem interpelacji poselskich.

Prof. Andrzej Fal, Prezes Polskiego Towarzystwa Zdrowia Publicznego

Narastająca oporność patogennych bakterii na antybiotyki stanowi jedno z najpoważniejszych wyzwań dla zdrowia publicznego w XXI w. Jak oszacowano, tylko w 2019 r. zmarło z tego powodu na świecie 4,95 mln osób. Rosnącym wyzwaniem są bakterie odporne na więcej niż jeden celowany antybiotyk oraz na tzw. antybiotyki ostatniej szansy. Szczególnie zagrożenie stanowią m.in. wielolekooporne prątki gruźlicy, odporne na metycylinę szczepy gronkowca złocistego, enterokoki i *Clostridium difficile* odporne na wankomycynę, enterobakterie odporne na karbapenemy i Gram-ujemne bakterie odporne na kolistynę. Wg niektórych prognoz do 2050 r. z powodu antybiotykooporności umierać będzie dodatkowo 10 mln osób rocznie, czyli tyle samo, ile w 2020 r. umarło na całym świecie z powodu chorób nowotworowych. Szacuje się, że do końca obecnej



dekady oporność na leki przeciwdrobnoustrojowe może skutkować spadkiem PKB na świecie na poziomie przynajmniej 3,4 bln USD rocznie. W 2050 r. straty mogą osiągnąć w zależności od scenariusza kwotę od 1,1 do 3,8% obecnej wartości światowego PKB, zwiększając roczne wydatki w globalnym systemie ochrony zdrowia o kwotę od 300 mld do 1 bln USD rocznie. Innym wyzwaniem XXI w. są zmiany środowiskowe, związane z emisją zanieczyszczeń, utratą różnorodności biologicznej, a w szczególności z globalnym ociepleniem. Zjawiska te wpływają także na problemem antybiotykooporności i mogą w różny sposób przyczyniać się do jego narastania – w skali globalnej, jak i lokalnej, włączając to również obszar Polski. Oznacza to, iż działania na rzecz ograniczania poważnych konsekwencji oporności patogennych bakterii na antybiotyki muszą zostać ściślej zintegrowane z celami ochrony środowiska. Antybiotykooporność jest praktycznie zaszyta w naturze każdego antybiotyku. Ona przędziej, czy później, u niektórych przędziej, u niektórych później się rozwinie. I tego miał już świadomość Alexander Fleming w momencie, jak ogłaszał w 1928 r. wprowadzenie na rynek medyczny pierwszego antybiotyku - penicyliny.

Są co najmniej trzy działania, które przyczyniają się do lawinowego wzrostu antybiotykooporności. Pierwszą z nich są lekarze, którzy ordynują antybiotyki w infekcjach wirusowych. Polskie Towarzystwo Zdrowia Publicznego prowadzi od trzech lat kampanię obrony antybiotyków. Edukujemy lekarzy i farmaceutów. Wskazujemy, że jedynie 2 do 4% chorych, którzy zgłaszają się do lekarza w sezonie jesienno-zimowo-wiosennym z chorobą przeziębieniową wymaga antybiotyku. W Polsce dostaje go od 40 do 60% pacjentów, co już pokazuje skalę zjawiska.

Drugim źródłem budowania antybiotykooporności są wszelkie zastosowania pozamedyczne antybiotyków. Na świecie ok. 70% masy antybiotykowej zużywa się w hodowli zwierząt i uprawie roślin. Co do zasady ilość ta rośnie. Teoretycznie jest szereg regulacji mających ograniczać ich wpływ na rozwój antybiotykooporności i jej transfer na szczepy chorobotwórcze dla człowieka. Na przykład ostatnią dawkę antybiotyku bydło hodowlane powinno dostać nie później niż 14 dni przed ubojem. Chodzi o to, żeby doszło do metabolizmu i usunięcia antybiotyku z tkanki zwierzęcia. Zalecenie to jest powszechnie łamane, co powoduje, że ludzie nieświadomie przyjmują mikro dawki antybiotyków, generując antybiotykooporność szeregu patogenów. Są kraje, między innymi Polska, gdzie ilość antybiotyków stosowanych w rolnictwie w ciągu dekady potroiła się.

Trzeci istotny element związany powstawaniem antybiotykooporności to postępowanie pacjenta. Pacjenci dosyć często „wymuszają” przepisywanie antybiotyków na lekarzach. Dodatkowo zażywają antybiotyki na własną rękę; w 15 do 25% przypadków rozpoczęcie antybiotykoterapii wynikało z przyjęcia przez pacjentów resztek antybiotyków pozostałych w domu po terapiach innych członków rodziny. Problem nasilił się w okresie działania „receptomatów” oraz ze względu na dostępność w niektórych krajach części antybiotyków OTC.

Jeśli zostawimy lekarzy, farmaceutów i pacjentów bez edukacji, jeśli zostawimy rolnictwo i hodowlę bez edukacji, to celu ostatecznego, jakim jest zmniejszenie antybiotykooporności nigdy nie osiągniemy. Wspólnie z grupą ekspertów opracowaliśmy wytyczne dla lekarzy pierwszego kontaktu, przypominające zasadność, mechanizmy i reguły antybiotykoterapii, szczególnie w przypadku sezonowych chorób układu oddechowego, gdzie w ponad 90% patogenem są wirusy¹¹. Ponadto z prof. Piotrem Rzymskim opracowaliśmy raport o powiązaniu antybiotykooporności z obecnością

¹¹ <https://podyplomie.pl/medical-tribune/38120,zasady-racjonalizacji-terapii-antybiotykowych-w-schorzeniach-ukladu-oddechowego-i-moczowego>

antybiotyków w środowisku i zmianami środowiskowymi. Raport pt. „Antybiotykooporność a zmiany środowiska” jest dostępny na stronie Polskiego Towarzystwa Zdrowia Publicznego.¹²

Powstają nowe zagrożenia wynikające ze zmiany klimatu i migracji patogenów. Migracja ludzi, szczególnie w Polsce w 2022 r., jest chyba najistotniejszym czynnikiem wpływającym na zapadalność na odrę czy krztusiec. W 2022 w Polsce przyjęliśmy ok. 3 milionów uchodźców Ukrainy, z czego ponad milion dzieci. Przypominam, że stopień wyszczepienia na odrę w Ukrainie był na poziomie tylko ok. 70% (zgodnie z danymi Ministerstwa Zdrowia Ukrainy). W konsekwencji migracji ten milion dzieci w dużej mierze „wmieształ się” w społeczeństwo polskie w wielu województwach. W efekcie m.in. dane dotyczące wyszczepialności znacznie spadły (do poziomu 80% w niektórych województwach). Ale to tylko pogłębiło problem, bo niestety już wyjściowo wielkość odsetka dzieci zaszczepionych była niepokojąco niska. To wynika z naszego braku świadomości, z naszego zaniedbania i zaniechania.

Wpływ migracji zawsze był istotny w kontekście zdrowia publicznego, przy rosnącej w ostatnich latach migracji wielokierunkowej na świecie, może zostać czynnikiem wiodącym. W tym roku, organizowane corocznie, Dni Zdrowia Publicznego w Brukseli, były właśnie poświęcone wpływowi migracji na zdrowie publiczne. Polskie Towarzystwo Zdrowia Publicznego przygotowało informację o wpływie wielkiej migracji związanej z napaścią Rosji na Ukrainę na istniejące struktury i funkcje zdrowia publicznego w Polsce. Liczba uchodźców, którzy przynajmniej czasowo byli w Polsce, to ponad 10% naszej własnej populacji. To jest jedno z największych wyzwań epidemiologicznych nas dotyczących, z którego nie w pełni zdajemy sobie sprawę. Natomiast można to zjawisko śledzić w statystykach. Przykładowo: skokowo wzrosła liczba HIV w Polsce. Przed 2022 rokiem notowane w Polsce zakażenia HIV były na poziomie 3%, a w Ukrainie na poziomie 9%. To samo dotyczy szeregu innych chorób. W związku z tym skutki dla zdrowia publicznego pozostaną.

Zdrowie publiczne jest dziedziną wymagającą podejścia holistycznego. Kolejne koncepcje przedstawienia tego na forum polityków „Health in all politics”, „One health”, które powstawały w UE, wymagają ciągłego wsparcia. W Sejmie mamy zespół parlamentarny do spraw zdrowia publicznego i Komisję Zdrowia. To są gremia, których aktywność jest kluczowa zarówno w zakresie antybiotykooporności, profilaktyki, zwalczania nałogów, jak i w każdym innym z związanym ze zdrowiem publicznym. Należy podkreślić, że polska opieka zdrowotna nie realizuje założeń zdrowia publicznego. Mamy drugą od końca w Europie wyszczepialność na dowolnie wybraną chorobę układu oddechowego przenoszona wirusowo. Polacy palą najwięcej papierosów i są w czołówce spożycia alkoholu w Europie. Zajmujemy piąte miejsce wśród krajów zużywających najwięcej antybiotyków. Nasza młodzież tyje bardzo szybko, testy sprawności wypadają fatalnie. I jeżeli tak dalej będzie, kolejne pokolenie nie tylko będzie bardziej schorowane, ale będzie miało krótszą oczekiwaną długość życia. A my będziemy dalej się spotykać i radzić... Trzeba wspomóc system opieki zdrowotnej decyzjami parlamentarnymi.

Edukacja zdrowotna w Polsce powinna się zaczynać na lekcjach w szkole podstawowej. Mówienie, że edukacja zdrowotna leży przede wszystkim w gestii lekarzy POZ jest nieprawdą. To jest ważny element, ale już za późno, bo do POZ przychodzi człowiek chory. W związku z tym pierwotna profilaktyka zdrowotna (edukacja zdrowotna), czyli zapobieganie chorobie są spóźnione. Zdrowy Polak do POZ nie przychodzi, więc go nie edukujemy. Wróćmy do koncepcji „jedno zdrowie” („One health”). Jeżeli co najmniej cztery ministerstwa – zdrowia, edukacji, pracy (i rodziny) i środowiska nie stworzą wspólnego

¹² <https://ptzp.org/pl/raport-o-antybiotykoopornosci>

programu, jeżeli temu nie będzie przewodził ktoś w randze albo ministra bez teki w KPRM, albo wicepremiera, to nie odniesiemy sukcesu w zdrowiu publicznym. Zdrowie dotychczas nigdy nie było i nie jest priorytetem rządów w Polsce.

Prof. Iwona Paradowska-Stankiewicz, Konsultant krajowa w dziedzinie epidemiologii

W zakresie walki z antybiotykoopornością uważam, że posiadamy gotowe narzędzia oraz wiedzę, a więc możemy wszystkie siły połączyć. Teraz jest czas na działanie. Ze swojej strony i Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – PZH - PIB, jak najbardziej potwierdzam gotowość do takich działań. Służymy różnymi rozwiązaniami, zwłaszcza w aspekcie zbierania i analizy danych oraz edukacji. Edukacja oraz budowanie świadomości w tym zakresie, to jest podstawa tego, co powinniśmy zrobić. Powinniśmy wejść z tą wiedzą na uczelnie wyższe oraz do szkół medycznych. To jest konieczność.



Odnoszę wrażenie, że w Polsce zatrzymaliśmy się na pewnym etapie, jeśli chodzi o konsumpcję antybiotyków. Z jednej strony wiemy, że są konieczne w określonych sytuacjach klinicznych, a drugiej strony od lat obserwujemy ich aplikację w zbyt szerokim zakresie, co jest m.in. przyczyną antybiotykoodporności. Nie chcę wracać do tego okresu, kiedy odkrycie antybiotyków były niezwykle ważnym światowym osiągnięciem medycyny- ratowały i nadal ratują życie. To jest oczywista sprawa. Sądzono nawet, że dzięki antybiotkom nie będzie już chorób zakaźnych, wręcz panowało przekonanie że odejdą do lamusa. Nie odeszły, a nawet można powiedzieć, że trend jest wręcz przeciwny. Ale wracając do antybiotyków, to kluczowe jest budowanie wiedzy i świadomości na temat tych leków zarówno wśród studentów nauk medycznych, pracowników medycznych, ale również szerzej - wśród uczniów, studentów, rodziców, osób starszych. Dziś dość często można zaobserwować, że antybiotyki traktowane są jako dostępny, bezpieczny lek, traktowany na równi z witaminą C. Część osób głęboko wierzy, że antybiotyk muszą otrzymać, gdy mają katar. Albo zażywają antybiotyki, bo np. została jedna, czy dwie dawki po innej osobie z rodziny. Tak na wszelki wypadek. To są przykłady z życia. Brakuje wiedzy, że jeżeli zaczynamy przyjmować antybiotyk ze wskazania klinicznego, to musimy kurację kontynuować regularnie i zakończyć po określonym czasie. Tutaj nie może być miejsce na jakąkolwiek dowolność. Tylko przestrzeganie zaleceń lekarskich. Podobnie jest z leczeniem gruźlicy – pacjent otrzymuje ściśle określone leki, w zaleconych dawkach i powinien je przyjmować przez określony czas. Jeśli pacjent zaleceń nie będzie przestrzegać, przerwie leczenie, to rozwija się oporność na jeden lub kilka leków przeciwgruźliczych. Wówczas leczenie jest bardziej skomplikowane.

Na pewno musimy pamiętać o tym, że choroby zakaźne były, są i będą. Chociaż przed pandemią był taki okres czasu, kiedy o chorobach zakaźnych trochę mniej się mówiło, wydawało się, że sytuacja jest dość stabilna. Pojawiał się co sezon wzrost epidemiczny zachorowań na grypę, w zakresie wirusowego zapalenia wątroby typu C pojawiły się na rynku medycznym skuteczne leki. Z mojej perspektywy, to sytuacja w zakresie chorób zakaźnych wygląda tak, że co jakiś czas pojawiają się nowe zagadnienia, wyzwania, które traktujemy jako pewnego rodzaju „wyspy”. Koncentrujemy się „na wyspie” rozwiązujemy problemy „wyspy”, natomiast brakuje całościowego spojrzenia, harmonijnego.

Obecnie mamy kolejny sezon infekcyjny. Jest koniec listopada, a stan zaszczepienia przeciw grypie, czy przeciw COVID-19, jest na bardzo niskim poziomie. Choć najlepiej byłoby gdyby kampanie zachęcające do szczepienia przeciw grypie, COVID-19 i RSV rozpoczęły się już pod koniec wakacji, a szczepienia

ruszyły we wrześniu. To jest ten czas, kiedy najlepiej można przygotować nas wszystkich do szczepień. I tak nawiązałam do szczepień ochronnych, niezwykle istotnej kwestii profilaktyki i zwalczania chorób zakaźnych. W naszym kraju posiadamy ponad pół wieku wspaniałych doświadczeń związanych z realizacją szczepień ochronnych i co z tym się wiąże radykalnym zmniejszeniem zachorowań i zgonów z powodu chorób, którym można zapobiegać przez szczepienia. Szczepienia uratowały wiele milionów istnień ludzkich. A prowadzone na przestrzeni ponad dwustu lat badania nad wytwarzaniem coraz lepszych szczepionek – efektywnych i bezpiecznych, zaowocowały powstaniem takich preparatów z wykorzystaniem różnych technologii. Ale dopiero czasy pandemii COVID-19 pokazały, jakie znaczenie odegrała nowa platforma technologiczna, dzięki której mogliśmy w o wiele krótszym czasie pozyskać szczepionki i zastosować w celu ograniczenia transmisji wirusa. Myślę, że nowa platforma technologiczna z wykorzystaniem m-RNA jest przyszłością wakcynologii. Z drugiej strony, niestety ze smutkiem i obawą o przyszłość, przyznam że stan zaszczepienia populacji w wieku 0-18 lat sukcesywnie obniża się. Jeszcze dziesięć lat temu stan zaszczepienia wynosił powyżej 95% w odniesieniu do większości szczepień z Kalendarza Szczepień. Obecnie, obserwujemy tendencję zmniejszania się zaszczepienia. O ile jeszcze w skali kraju osiągamy poziom 90-94%, to na poziomie lokalnym, powiatowym, okazuje się, że poziom zaszczepienia spada do 85-89%. Jesteśmy tak naprawdę na granicy odporności zbiorowiskowej. A więc sytuacja jest niebezpieczna, gdyż zagraża ponownemu pojawieniu się chorób (epidemii tych chorób), które udało się zredukować. Ważną kwestią jest również prowadzenie monitoringu chorób zakaźnych podlegających zgłoszeniu. Jest to konieczne do analizy sytuacji epidemiologicznej i jak najszybszego podejmowania decyzji przez decydentów. Jako przykład przytoczę dane dotyczące krztusca – choroby od lat monitorowanej w naszym kraju. Zachorowania na krztusiec w Polsce to liczba kilku tysięcy przypadków rocznie. Ale wiemy również, że co 3 - 5 lat pojawiają się znaczące wzrosty zachorowań na krztusiec, wynikające z naturalnego przebiegu choroby. W 2023r. widoczny jest wzrost zachorowań na krztusiec, przekraczający poziom oczekiwany, co można wiązać z kolejnym wzrostem epidemicznym, wynikającym ze zwiększenia liczby osób podatnych na zakażenie. W porównaniu z poprzednim rokiem również widoczny jest wzrost zachorowań na odrę. Ostatnie lata pokazują, a zwłaszcza 2023 r., że liczba zachorowań na odrę stopniowo wzrasta. O ile jest to odsetkowo duży wzrost, to patrząc na liczby bezwzględne, można uznać że sytuacja nieznacznie się zmieniła. Przykłady przytoczone wyraźnie wskazują, że w chorobach zakaźnych powinna być analizowana dynamika, a to jest możliwe przy stabilnym systemie nadzoru, który jest rzetelny, terminowy i kompletny. W analizie sytuacji epidemiologicznej istotne jest również uwzględnienie ruchów migracyjnych. Do tej pory nie obawialiśmy się tego, bo w Polsce do 2022 r. nie było gwałtownych wzrostów liczby uchodźców. Wojna ukraińsko-rosyjska zmieniła te proporcje, a co za tym idzie ryzyko występowania ognisk chorób zakaźnych związanych np. z niskim stanem zaszczepienia populacji ukraińskiej. Ponadto infekcje są także uzależnione od zmian klimatu. Ocieplanie klimatu powoduje zmiany ekosystemu i zasiedlenia różnych wektorów. Na przykład w ostatnich latach obserwujemy większy zasięg występowania kleszczy jak również bytowanie coraz większej liczby zakażonych kleszczy w kraju. To skutkuje zwiększeniem zachorowań na boreliozę, czy kleszczowe zapalenie mózgu. Kilka dekad temu, nie bywały w naszym kraju komary roznoszące gorączki krwotoczne typu denga, czy zachodniego Nilu. To były choroby, które występowały poza granicami Polski, choć zdarzały się tzw. przywleczenia. Na wzrost różnych/egzotycznych infekcji wpływa także globalizacja. Wzrasta liczba połączeń lotniczych, a poprzez to, jadąc gdzieś i wracając, oprócz naszego bagażu przyjeżdża z nami część tego środowiska, które znajdowało się w innym obszarze geograficznym. Z epidemiologicznego punktu widzenia, w Polsce dzieje się coraz więcej, jest coraz więcej wyzwań. Mam nadzieję, że może to będzie skutkowało zwiększeniem zainteresowania specjalizacją z epidemiologii, czy mikrobiologii.

*Prof. Leszek Szenborn, Kierownik Katedry i Kliniki
Pediatrii i Chorób Infekcyjnych UM we Wrocławiu,
zastępca przewodniczącego Polskiego Towarzystwa
Wakcynologii*



Geneza problemów z chorobami zakaźnymi leży w systemie edukacji, gdzie lekarze nie są uczeni o tych najważniejszych zagadnieniach, które nas wszystkich dotyczą, jakimi są antybiotykoterapia, czy szczepienia ochronne. Tym bardziej dotyczy to społeczeństwa. Polscy lekarze nie szczepią się przeciwko grypie. Tymczasem to lekarze są kluczem do upowszechnienia szczepień. Skoro sami się nie szczepią, to w jaki sposób mają przekonać pacjentów? Musimy poprawić edukację w tym zakresie. Potrzebne nam jest też wspomoczenie właśnie w tych akcjach edukacyjnych i tu chciałbym podkreślić działania i zasługi NIZP-PZH nie tylko w zakresie monitorowania chorób zakaźnych i szczepień ochronnych, ale znakomitej edukacji poprzez stronę: www.szczepienia.pzh.gov.pl. Tam są wszystkie dane o szczepieniach ochronnych i dane epidemiologiczne potrzebne do podejmowania decyzji w poszczególnych chorobach zakaźnych.

W ramach działalności Krajowego Ośrodka Referencyjnego ds. Diagnostyki Bakteryjnych Zakażeń Ośrodkowego Układu Nerwowego (KOROUN) najpierw zajęliśmy się pozyskiwaniem danych o zakażeniach ośrodkowego układu nerwowego. Aktualnie potrzebujemy pilnie w Polsce nadzoru i stworzenia centrów referencyjnych w zakresie monitorowania chorób zakaźnych. Po pandemii została zmieniona transmisja wielu chorób zakaźnych. Światowa Organizacja Zdrowia bardzo skrupulatnie przestrzega monitorowania zapadalności na odrę i różyczkę. Mamy nadzór epidemiologiczny i konieczność zgłoszenia choroby zakaźnej. W przypadku takiej choroby, jak półpasiec, dane są niedoszacowane, bo są tylko zgłoszone te przypadki, które trafiły do szpitala. Półpasiec a w większości przypadków nie wymaga hospitalizacji i przez to wiele przypadków nie jest raportowane. Dlatego różnimy się w epidemiologii półpaśca od innych krajów europejskich, w których zgłaszalność jest lepsza. Od 2004 r. wykonujemy u wszystkich dzieci szczepienie przeciw odrze, śwince i różyczce (szczepionka MMR). Od 2017 r. prowadzimy powszechne szczepienia przeciwko pneumokokom, natomiast w 2022 r. rozpoczęto szczepienia przeciw rotawirusom. Program szczepień przeciwko pneumokokom wśród dzieci do lat piątego roku życia działa już od 6 lat, a efekty tego są znakomite. Z punktu widzenia lekarza, który prowadzi oddział chorób wywołanych przez bakterie i wirusy potwierdzam, że obecnie tych zakażeń pneumokokowych, zapaleń opon mózgowo-rdzeniowych, praktycznie nie mamy. Gdy byłem młodym lekarzem, takie chorujące dzieci przyjmowałem praktycznie bez przerwy. Największa liczba zakażeń obserwowana była u dzieci do 5. roku życia – wprowadzenie bezpłatnych szczepień znacznie ograniczyło zachorowania w tej grupie. W 2023 r. rozpoczęły się w Polsce powszechne (bezpłatne) szczepienia przeciw ludzkiemu wirusowi brodawczaka (HPV) nastolatek i nastolatków. Korzyści ze szczepienia przeciw HPV są zaskakująco duże, większe niż w przypadku innych szczepionek. Szczepienia zapewniają skuteczną i długotrwałą ochronę przed wystąpieniem stanów przedrakowych i raka szyjki macicy u kobiet, stanów przedrakowych i raka odbytu u kobiet i mężczyzn oraz zmniejszają ryzyko wystąpienia rzadszych nowotworów jak rak pochwy, prącia, sromu, nowotwory głowy i szyi. Europejski Tydzień Szczepień, obchodzony w dniach 24 – 30 kwietnia 2023, był kolejną okazją do tego, aby temat szczepień ochronnych mógł wybrzmieć z całą swoją mocą. Szczepienia należą do najważniejszych zdobyczy współczesnej medycyny i zdrowia publicznego. Szczepionki chronią przed objawami chorób zakaźnych oraz ich powikłaniami, ratują życie.

Stosując antybiotyki sprzyjamy rozwojowi antybiotykooporności, co ma znaczenie dla nas wszystkich, nawet w skali globalnej. Szczególnie, gdy nadużywamy tych leków. Konieczna jest więc właściwa edukacja personelu medycznego, szczególnie w aspekcie zmniejszania ryzyka niepotrzebnego przepisywania antybiotyków. My klinicyści i nauczyciele akademicy uczymy właściwej antybiotykoterapii. Mówimy, co należy zrobić, żeby zmniejszyć ryzyko niepotrzebnego przepisania antybiotyku. W przypadku drobnoustrojów wywołujących zakażenia układu oddechowego, w przypadku ostrych zapaleń gardła, polecamy skalę Centora; w przypadku zapaleń ucha środkowego do podjęcia decyzji korzystamy z zaleceń z okresem ostrożnego wyczekiwania (48 godzin), oczywiście jednocześnie ucząc, jakie są wskazania do natychmiastowej antybiotykoterapii; w przypadku zapaleń zatok stosujemy dłuższy, 7 dniowy okres wyczekiwania, również z uwzględnieniem alarmowych objawów, które skłaniają do natychmiastowego rozpoczęcia antybiotykoterapii; uczymy w przypadku jakiej biegunki są wskazania do podania antybiotyków – nie tylko sama krwawa biegunka, ale biegunka z gorączką i z krwią. Oczywiście też uczymy wskazań alarmowych, np. w przypadku wieku niemowlęcego lub pacjenta w ciężkim stanie, tak, by student, młody lekarz, wiedział jak postąpić. Lepiej, żeby antybiotyk był niepotrzebnie zapisany tylko u 10 proc. pacjentów, a nie u 90 proc. Zastosowanie się do tych zasad właśnie na to pozwala.

Adw. Jakub Adamski, Dyrektor Departamentu Współpracy, Biuro Rzecznika Praw Pacjenta



Koncepcja WHO „One Health” – „Jedno zdrowie” oznacza wezwanie wszystkich służb do współpracy w rozwiązywaniu kluczowych dla zdrowia publicznego problemów. Wydaje się, że jeszcze trochę czasu minie, zanim wizja takiej współpracy faktycznie zostanie zrealizowana. Stanowi ona wyzwanie nie tylko w Polsce, ale i na całym świecie. Praktyczne wyzwanie stanowi koordynacja działań na poziomie międzyresortowym, która jednocześnie jest kluczowa dla powodzenia realizacji wizji One Health. Problem jest zdecydowanie szerszy, nie dotyczy tylko ochrony zdrowia. Na pewno jest w tej chwili dobry moment, żeby rozmawiać o tym, jak powinna wyglądać przynajmniej wymiana informacji na poziomie międzyresortowym i jak budować koordynację potrzebną do realizacji bieżących zadań. Osobne wyzwanie stanowi fakt, że praktyczne skutki efektywności systemu ochrony zdrowia odczuwalne są często poza tym systemem (np. koszty zabezpieczenia społecznego). Mimo to, często nie przekłada się to na konkretne działania.

Choroby zakaźne nie są obszarem, w którym pacjenci bardzo się skarżą do Rzecznika Praw Pacjenta. Z jednym bardzo specyficznym wyjątkiem. Pacjentom przysługuje prawo do wnoszenia sprzeciwu od opinii lekarza. Jest to prawo chyba najrzadziej stosowane prawo pacjenta. Takich zgłoszeń rocznie jest około 30. W ostatnich latach praktycznie wszystkie z tych zgłoszeń należały do tzw. antyszczepionkowców i dotyczyły konieczności poddawania się szczepieniu obowiązkowemu.

Edukacja zdrowotna społeczeństwa, również w zakresie zagrożeń i zapobiegania chorobom zakaźnym, jest absolutnie kluczowa i powinna rozpoczynać się w jak najwcześniejszym okresie życia. Rzecznik Praw Pacjenta promuje działania w tym zakresie od wielu lat. Coraz większym problemem będzie tutaj rosnąca liczba łatwo dostępnych źródeł niesprawdzanych informacji w Internecie - zwłaszcza w mediach społecznościowych. Podjęcie działań w tym obszarze jest konieczne, z uwagi na fakt, że liczba takich informacji rośnie wykładniczo. Już w chwili nic nie stoi na przeszkodzie, by nowe „informacje” były generowane w olbrzymich ilościach z wykorzystaniem sztucznej inteligencji i rozpowszechniane

bez praktycznie żadnego nadzoru. Z czasem wszyscy możemy zostać przytłoczeni taką ilością informacji, że staniemy się ofiarami powszechnego szumu informacyjnego.

Drugim elementem jest przybliżanie systemu ochrony zdrowia pacjentowi i ułatwianie dostępu do dostępnych świadczeń. Aby poprawić wszechstralność populacji, oprócz edukacji musimy uprościć również drogę jako przechodzi pacjent. Obecnie zdarza się, że pacjent najpierw musi zostać zakwalifikowany na szczepienie u lekarza, następnie pójść do apteki po szczepionkę, a potem wrócić z apteki do lekarza na samo szczepienie. Takie bariery dostępu ograniczają efektywność jakichkolwiek działań profilaktycznych. Jeżeli chcemy, żeby Polacy się szczepili, to musimy minimalizować wysiłek, jaki muszą podjąć i stosować jak najprostsze rozwiązania.

Podsumowując, po pierwsze powinniśmy zadbać o dostępność wiarygodnych informacji i wykorzystywać efektywne metody ich przekazywania, a po drugie maksymalnie uprościć dostęp do świadczeń.

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



Dzisiaj pragnę skoncentrować się na krótkim omówieniu działań Rzecznika Praw Obywatelskich w obszarze chorób zakaźnych. Choroby zakaźne są problemem zdrowia publicznego, ale to jest również problem społeczny, edukacyjny i gospodarczy. Tego dowiodła pandemia COVID-19. Problem chorób zakaźnych wymaga uwagi ze strony społeczeństwa i władz publicznych. Rzecznik od wielu lat aktywnie angażuje się w ochronę praw pacjenta w obszarze chorób zakaźnych. Rzecznik jest strażnikiem praw i wolności obywatelskich, podstawą działania Rzecznika jest przede wszystkim Konstytucja RP. I tutaj bardzo pokrótce chciałem się do Konstytucji odwołać, bo ona odnosi się do tematu, o którym dzisiaj rozmawiamy. Zgodnie z artykułem 68 Konstytucji, każdy obywatel ma prawo do ochrony zdrowia, a władze publiczne mają obowiązek zwalczania chorób epidemicznych. Choroby zakaźne są na tyle istotne, że już tworząc Konstytucję uznano, że te działania są na tyle ważne, że muszą być enumeratywnie wskazane w Konstytucji. I generalnie to, że każdy ma prawo do ochrony zdrowia, powoduje z drugiej strony, określone obowiązki państwa, które powinno prowadzić racjonalną politykę, a ta polityka powinna być ponad podziałami. To powinna być jakaś wizja jednej lub dwóch dekad, poparta konsensusem społecznym. Wiem, że to bardzo trudne, ale do tego powinniśmy dążyć. Bez takiej zgody, bez takiego szerokiego horyzontu spoglądania w przyszłość i dostrzegania tych problemów, chociażby antybiotykooporności, każde kolejne wybory parlamentarne spowodują zmianę priorytetów w obszarze zdrowia. Z Konstytucji wynika również priorytetowe traktowanie i opiekowanie się określonymi grupami społecznymi: dziećmi, kobietami w ciąży, osobami z niepełnosprawnościami i osobami w podeszłym wieku. Możemy uznać, że ustawodawca starał się wyjść naprzeciw i dać darmowe leki, uważając, że to jest właściwe działanie, traktowanie w sposób szczególny osób do osiemnastego roku życia i osób po sześćdziesiątym piątym roku życia. Ale nie jest to zgodne z prawdą, bo tak jak już było wielokrotnie mówione, te działania, np. w zakresie darmowych antybiotyków mogą w dużym stopniu przyczynić się do pogorszenia sytuacji zdrowotnej społeczeństwa.

W ostatnim okresie notujemy duży wzrost infekcji grypopochodnych, szczególnie u dzieci oraz zachorowań na COVID-19 czy RSV. Przed nami również oczekiwanie na zaktualizowaną szczepionkę, która podobno już od 6 grudnia 2023 r. ma być dostępna dla pacjentów. Mamy problem z aptekami, które się skarżą, że mają tak archaiczny system, że próba zapisania się pacjenta do tego systemu powoduje, że należy zatrudniać informatyków, ponieważ program wymaga zapisu na CD albo na pendrive, a teraz generalnie nie używa się komputerów, które mają stacje CD-ROM. I to jest problem, że ten system nie jest dostosowany do obecnych realiów. Kolejna kwestia, to brak akcji medialnych uświadamiających i zachęcających pacjentów do szczepienia się. Początek grudnia, to okres, kiedy wszyscy mają w głowie święta i nowy rok. Chciałbym jeszcze odnieść się do samej idei szczepień obowiązkowych. Jak doskonale Państwo wiecie, szczepienia ochronne to najskuteczniejsza profilaktyka chorób zakaźnych. Wprowadzenie obowiązkowych szczepień przyczyniło się w znacznym stopniu do zmniejszenia zachorowalności na wiele chorób. Część chorób uznano niemalże za wyeliminowane, chociażby odrę. Niestety pojawiająca się od kilku lat tendencja do unikania szczepienia na odrę „w imię dobra dziecka”, ponieważ szczepionka to jest „zło najgorsze”, powoduje, że takie choroby jak odra pojawiają nam się ponownie w przestrzeni publicznej. Kilka lat temu Rzecznik Praw Obywatelskich kierował wystąpienie do Ministra Zdrowia sygnalizując, że odra zaczyna coraz bardziej być obecna i stanowi zagrożenie. Tutaj bardzo ciekawa jeszcze jest kwestia prawna, bo mamy ruch antyszczepionkowy. Ja zawsze apeluję o to, żeby starać się z tymi ludźmi rozmawiać i przedstawiać rzeczowe argumenty, na ile jest to możliwe. Natomiast najgorszą rzeczą, jaką można zrobić, jest ich publiczne ośmieszanie, szykanowanie, wykluczanie, bo to tylko spowoduje efekt odwrotny.

Europejski Trybunał Praw Człowieka w wyroku z 8 kwietnia 2021 r. stwierdził, iż ustawy o obowiązkach szczepień dzieci nie stanowi naruszenia prawa do poszanowania życia prywatnego rodziców i dzieci określonego w artykule 8 Konwencji o zdrowiu. Dzięki działalności orzeczniczej Trybunału Praw Człowieka przyjmuje się, że do życia prywatnego zalicza się również prawo do zdrowia. Życie prywatne, to też sfera działająca na prawa innych osób i zdaniem Trybunału, czeska regulacja szczepień nie jest nieuzasadniona i nieproporcjonalna. Odmowa przyjęcia dziecka do przedszkola, bo o to chodziło konkretnie w tym czeskim przypadku, ma charakter prewencyjny, czyli ma chronić całość społeczeństwa, a nie karzący, więc to jest bardzo istotny argument. W tym roku mieliśmy wyrok polskiego Trybunału Konstytucyjnego, który dotyczył kwestii sposobu publikowania listy obowiązkowych szczepień. Tutaj słusznie zostało zakwestionowane, że nie powinno być to w formie obwieszczenia, tylko w formie rozporządzenia. Rozporządzenie zostało wydane, więc kolejny kontrargument ruchowi antyszczepionkowemu odpadł. Pandemia COVID-19 spowodowała, że ruch antyszczepionkowy się rozszerzył i uaktywnił. Nie ma właściwie dnia, czy może tygodnia, kiedy do biura Rzecznika nie wpływałyby skargi od osób, które kwestionują szczepienia.

Okres pandemii był również wzmożonym czasem pracy Biura Rzecznika Obywatelskich z uwagi na bardzo dużą liczbę skarg, które wpływały. One dotyczyły wszystkich problemów, które sobie można tylko wyobrazić, począwszy od kwarantanny, poprzez braki w szpitalach butli z tlenem, niewydolności instalacji, braku śluz, nieprawidłowego funkcjonowania oddziałów, itp. Skargi opisywały stan, gdy pacjenci się mieszały, szpitali tymczasowych, kolejności szczepień, obowiązku szczepień, braku obowiązku szczepień, czy noszenia maseczek. To spowodowało, że Rzecznik podjął decyzję o tym, żeby stworzyć raport dotyczący pandemii COVID-19. Raport pt. „Raport RPO na temat pandemii. Doświadczenia i wnioski” jest dostępny w internecie, w formie ebooka. Raport RPO, podobnie jak raport NIK, który siłą rzeczy, dysponując lepszymi instrumentami, dokonał bardziej pogłębionej analizy, dokumentuje działania i doświadczenia oraz formułuje wnioski. Na zakończenie pragnę zaapelować o

współpracę wszystkich zaangażowanych stron, przede wszystkim lekarzy, urzędników, prawników, organizacji pacjentów oraz mediów, aby skoordynować wysiłki w zwalczaniu zagrożeń epidemicznych.

Prof. Krzysztof Tomasiewicz, Kierownik Kliniki Chorób Zakaźnych, Samodzielny Szpital Kliniczny nr 1 w Lublinie, Wiceprezes Polskiego Towarzystwa Epidemiologów i Lekarzy Chorób Zakaźnych



Pierwsza rzecz, jaką chciałbym poruszyć, bez, której uważam dyskusja na temat chorób zakaźnych nie może mieć miejsca, to jest katastrofalny brak kadr medycznych do pracy w oddziałach zakaźnych. Wielokrotnie mówiliśmy o wielu wyzwaniach, jakie są w tej chwili i jakie nas czekają. Sytuacja epidemiologiczna w zakresie szeroko rozumianych chorób zakaźnych lepsza nie będzie, z tym chyba wszyscy się zgadzamy. Po COVID-19 hospitalizujemy pacjentów, którymi się absolutnie wcześniej nie zajmowaliśmy. Do mojej kliniki trafiają praktycznie wszystkie zapalenia płuc z regionu. Każdy pacjent jest natychmiast skierowany do oddziału zakaźnego, a tutaj potrzebujemy kadr. Pamiętajmy o tym, że sytuacja jest szczególnie zła w terenowych oddziałach zakaźnych. Tam pracuje jeden, dwóch lub trzech lekarzy i to często w dosyć zaawansowanym wieku. Za chwilę będziemy mieli sytuację bardzo niepokojącą i bez szybkiego działania będzie ciężko coś zrobić. Wystąpiliśmy na początku pandemii o to, aby specjalizacja choroby zakaźnej była specjalizacją priorytetową, ale niewiele to zmieniło. Ja nie wierzę w to, że nagle tłum lekarzy i pielęgniarek chętnych do pracy stanie u drzwi oddziałów zakaźnych. Pomimo, że jest to niezwykle ciekawa dziedzina medycyny.

Druga sprawa jest taka, że COVID-19 nadal istnieje. Mamy pacjentów w ciężkiej sytuacji, którzy wymagali i wymagają intensywnej terapii. W tej chwili niestety mamy braki leków. Z przerażeniem słucham wypowiedzi polityków, którzy mówią, że nie ma pandemii COVID-19, że wszystko jest super. Chciałbym w kontekście tego powiedzieć o odpowiedzialności za słowa. To nie może być tak, że w przestrzeni publicznej są wypowiedzane rzeczy, które absolutnie są niezgodne z prawdą. To się przekłada później na społeczeństwo. Jeżeli politycy, czy celebryci mówią o tym, że jest wszystko świetnie, że COVID-19 nie istnieje, że szczepienia są niepotrzebne, to nie dziwcie się Państwo, że później pan Kowalski, czy pani Nowak przychodzi i mówi, że nie chce się szczepić, albo nie widzi potrzeby, żeby jakieś działania w tym zakresie podejmować. My tak naprawdę dopiero wchodzimy w okres infekcyjny. Nasze działania prewencyjne muszą być intensyfikowane. Absolutnie zgadzam się, że edukacja jest podstawą i to nie tylko edukacja społeczeństwa, ale może przede wszystkim edukacja kadr medycznych. Natomiast, my musimy rozwiązywać również bieżące problemy, jakie w tej chwili istnieją.

Uważam, że są trzy główne poziomy naszej aktywności. Pierwszy to ten, o którym wspominałem, czyli sprawy bieżące. Drugi, to jest kwestia edukacji, edukacji społecznej, ale również edukacji kadr medycznych. I wreszcie trzeci, to poziom organizacyjny oddziałów zakaźnych, szczepień ochronnych, refundacji leków, czy szeroko rozumianej polityki prozdrowotnej w zakresie chorób zakaźnych. My widzimy pewne pozytywne przejawy, chociażby w zakresie szczepień. Niestety nie widzimy takich pozytywnych tendencji w zakresie ochrony antybiotyków. Tutaj sytuacja jest wręcz dramatyczna. Oprócz nadmiernej preskrypcji antybiotyków przez lekarzy POZ, mamy świetnie funkcjonujące prywatne poradnie, które leczą antybiotykami pacjentów z wyimaginowaną boreliozą, stosując jakieś absolutnie bzdurne koncepcje leczenia ludzi, którzy nie powinni być leczeni. Co drugi dzień innym

antybiotykiem, albo jakieś dawki w ogóle nieprzystające do czegokolwiek. Tych problemów i wyzwań jest bardzo wiele i one się zazębiają, one na siebie nachodzą, bo przecież to są rzeczy, które się dzieją w tej chwili. My mówimy o ochronie antybiotyków, mówimy o szczepieniach, a to są rzeczy absolutnie ze sobą związane. Jak będziemy mieli wyszczepione 50-60% społeczeństwa przeciwko grypie, to będzie mniej pacjentów w poradni, mniej pacjentów gorączkujących i mniej przepisanych antybiotyków. Czekamy oczywiście na następną edycję Narodowego Programu Ochrony Antybiotyków.

W zakresie wirusowego zapalenia wątroby typu C czekamy na krajowy program badań przesiewowych w kierunku HCV. Chcemy diagnozować pacjentów, którzy są zakażeni HCV i skutecznie ich leczyć. Mamy leki, o blisko 100% skuteczności eliminacji wirusa. To szansa na zatrzymanie naturalnej historii zakażenia, która prowadzi nieuchronnie u wielu pacjentów do marskości wątroby, raka wątrobowokomórkowego i śmierci. Mówimy o tym, że aby osiągnąć cele WHO, to potrzebowałibyśmy wykonać około 2 milionów testów w kierunku HCV w skali roku. Czekamy na uchwalenie i wdrożenie przygotowanego w szczególności przez nasze środowisko Narodowego Programu Eliminacji HCV. Jesteśmy jednym z nielicznych krajów w Europie, a nawet nielicznych na świecie, wśród tych krajów w miarę rozwiniętych, który takiego programu i takiej polityki nie ma. Niedawno mieliśmy akcję diagnostyki w szpitalach psychiatrycznych. Za chwilę będziemy mieli diagnozowanie pacjentów zakażonych HCV w więzieniach. Miejmy nadzieję, że to przybierze formę właściwego postępowania profilaktycznego. Realizując te aktywności, zmierzamy ku temu, żeby pacjentów zakażonych HCV wykrywać i skutecznie leczyć. Nie ma tygodnia, żeby nie trafił do nas pacjent zakażony HCV, na bardzo zaawansowanym etapie choroby wątroby, z marskością, z dekompensacją, z rakiem wątrobowokomórkowym. Naprawdę wtedy te działania są dużo bardziej nieskuteczne, niż wtedy, kiedy my tych pacjentów wykrywamy na wstępnym etapie zakażenia. Dlatego tak bardzo potrzebujemy Narodowego Programu Eliminacji HCV.

*Dyrektor Michał Dzięgielewski, Dyrektor
Departamentu Lecznictwa w Ministerstwie
Zdrowia*

Szczepienia ochronne w Polsce nie cieszą się wielką popularnością. Nawet te, do których wydawało by się, że ludzie powinni ustawiać się w długich kolejkach. Wyszczepienie na poziomie ok. 60 proc. w przypadku szczepień przeciwko COVID-19, w przypadku szczepień przeciwko grypie, to 10 proc. zaszczepienia wśród seniorów i 2-2,5 mln szczepień w populacji ogólnej. To znacznie niżej, niż w każdym innym kraju Unii Europejskiej. W tym obszarze mamy dużo do nadrobienia, jeśli chodzi o edukację i propagowanie szczepień, które są najtańszą metodą profilaktyki zdrowotnej. Niewątpliwie powszechne akcje dają najlepsze rezultaty, choć trzeba na początek zainwestować dużo środków. W przypadku szczepień przeciwko HPV, po kilku latach przygotowań mamy w tej chwili szczepione całe roczniki, co za jakiś czas da efekt w postaci spadku zachorowań na raka szyjki macicy. Sporo z tego, co robiliśmy, to było reagowanie na bieżące zagrożenia zdrowotne. Pandemia COVID-19 zdruzgotała nam proces legislacyjny i tworzenia polityki zdrowotnej. Wiele rzeczy robiliśmy po raz pierwszy, i taki tryb pracy niestety się utrwalił. Obecnie rozwiązujemy problemy, a nie co leży u ich podstaw, czyli całą profilaktykę i politykę zdrowotną. Jeżeli miałbym powiedzieć o jakimś światelku w tunelu, to na pewno o tym, że udało się wreszcie po latach złamać podstawowy schemat działania podstawowej opieki zdrowotnej (POZ). Przeszliśmy do opieki kompleksowej, do zarządzania chorobą i zarządzania zdrowiem populacji. Mogliśmy wprowadzić na poziomie POZ pierwsze zachęty, czyli



finansowanie w połączeniu ze wskaźnikami, które mówią o wynagradzaniu za objęcie większości populacji ukierunkowanymi na profilaktykę czynnościami. Czyli tam, gdzie będzie więcej badań profilaktycznych, gdzie będzie większa populacja szczepiona, tam będziemy więcej płacić. Aż 28 mln pacjentów korzysta z podstawowej opieki zdrowotnej rocznie. Placówki POZ, to miejsce, do którego pacjent ma zaufanie. Jeżeli się nauczymy sprawnie ustawiać te narzędzia i promować placówki POZ, które zarządzają zdrowiem pacjentów, to będziemy mieli zespół ludzi, którzy są zainteresowani, żeby ich populacja była zaopiekowana. To będzie prawie jak dążenie do ideału medycyny, czyli do płacenia osobistemu lekarzowi chińskiego cesarza tylko i wyłącznie za te dni, kiedy cesarz był zdrowy. Kiedy cesarz chorował, nie opłacało się nikomu płacić, może więc rozwinie instrumenty finansowania, mniej więcej na tej zasadzie.

Jeżeli chodzi o bezpieczeństwo antybiotykowe, owszem był taki okres w szczycie zachorowań, kiedy zmagaliśmy się z dostępem do najprostszych antybiotyków, szczególnie w dawkach pediatrycznych. Nie był to problem tylko polski, ale dotyczył całej Europy. Próbowaliśmy temu przeciwdziałać, czyli namawialiśmy kolejne firmy na uruchomienie produkcji tych antybiotyków. Wydaje się, że zaradziliśmy problemowi. Antybiotyki nie są jakimś bardzo pożądanym produktem dla producentów leków, z tego powodu, że są tanie i przynoszą bardzo małą marżę. W tej chwili zapis nowej ustawy prawdopodobnie umożliwi ich obecność na rynku. Druga rzecz, którą robiliśmy żeby zwiększyć bezpieczeństwo poprzez stosowanie antybiotyków, to działania w podstawowej opiece zdrowotnej. Wprowadziliśmy testy combo, które są refundowane i które wykrywają najpospolitsze schorzenia wirusowe. Dzięki temu zapobiegają niepotrzebnemu stosowaniu antybiotyków w praktyce codziennej lekarza POZ. Dodatkowo, badania które zostały włączone do koszyka świadczeń gwarantowanych i które są finansowane oddzielnie, umożliwiają szybszą i dokładniejszą diagnozę. To wszystko jest ukierunkowane, aby zapobiec nadużywaniu antybiotyków w praktyce lekarza POZ.

Dyrektor Ewa Falkowska, Dyrektor ds. Advocacy UNICEF Polska

Kwestia szczepień ochronnych jest niezwykle ważna, jeśli chodzi o sytuację zdrowotną obywateli zarówno w Polsce jak i na świecie. Niestety mimo ciągłych wysiłków rządów, organizacji międzynarodowych, organizacji pozarządowych i ogromnego postępu, który się dokonał w przeciągu ostatnich 20 lat, nadal jedno na pięć dzieci na świecie jest niezaszczepione, lub nie jest w pełni zaszczepione, co powoduje, że jest podatne na choroby, którym szczepienia mogłyby zapobiec. Nadal jedno na pięć dzieci nie jest zaszczepione na odrę. Spójrzmy historycznie, jak ogromny postęp został poczyniony np. właśnie w szczepieniach na odrę. Popatrzymy na ostatnie 60 lat od wprowadzenia na rynek medyczny szczepionki w 1963 r. Wtedy UNICEF szacował, że rocznie z powodu odry umierało ponad 2,5 mln ludzi, w szczególności dzieci. W tej chwili na odrę umiera ok. 160 tys. osób – właśnie tych, które się nie zaszczepiły. Dane UNICEF pokazują, że szczepienia ochronne ratują co roku życie ok. 4 mln dzieci. Od strony ekonomicznej, każdy dolar wydany na szczepienia (a w zasadzie zainwestowany w szczepienia) daje zwrot z inwestycji w wysokości 26 dolarów. Z punktu widzenia ekonomicznego szczepienia są jedną z najbardziej efektywnych interwencji w obszarze zdrowia publicznego. UNICEF zdaje sobie z tego sprawę. Prowadzimy bardzo szeroko zakrojone programy szczepień w krajach rozwijających się. Sumarycznie dostarczamy ok. 45 proc. szczepionek wszystkim potrzebującym dzieciom poniżej 5 r.ż. na świecie.



Nasze działania w okresie pandemii COVID-19 były bardzo zintensyfikowane. Współpracowaliśmy z naszymi partnerami z WHO, dostarczając szczepionki do 143 krajów. Ten okres był niezwykle trudny, jeżeli chodzi o wyszczepialność w krajach rozwijających się. Niestety w Polsce, w kraju w centrum Europy, w okresie pandemii spadła wyszczepialność na większość chorób. Zakłócenia spowodowane pandemią spowodowały, że wskaźniki wyszczepialności cofnęły się do roku 2008. UNICEF szacuje, że w okresie dwóch lat, pomiędzy rokiem 2019-2021, aż 60 mln dzieci nie otrzymało jednej, lub więcej dawek szczepień rutynowych. Było to spowodowane wieloma czynnikami: lockdownem, przerwaniem łańcuchami dostaw, czy też spadkiem zaufania do szczepień. Muszę przyznać, że osobiście sadyżam, że okres pandemii COVID-19 spowoduje wzrost zaufania do szczepień ochronnych, a stało się odwrotnie. UNICEF posiada dane opracowane przez jeden z instytutów i okazało się, że w większości krajów, spadek zaufania do szczepień wyniósł ok. 10 proc. Borykamy się z rosnącym spadkiem wyszczepialności dzieci w Polsce. W ciągu ostatnich lat odnotowaliśmy kilkunastokrotny wzrost odmów. W 2011 r. było to ok. 5 tys. odmów, teraz mamy odmów powyżej 70 tys. To tendencja niezwykle niebezpieczna, bo spadają poziomy wyszczepialności na choroby, które mogą być śmiertelne, takie jak odra. Jeżeli spojrzymy na podział geograficzny, pomiędzy niektórymi województwami, to w niektórych z nich poziom wyszczepialności spadł poniżej 85 proc. Niezwykle ważne jest podjęcie działań, które mogą przeciwdziałać tej negatywnej tendencji. To przede wszystkim wsparcie rodziców i mądra edukacja do nich skierowana. Edukacja rodziców powinna być prowadzona wspólnie z lekarzem rodzinnym i lekarzem pediatrą. Jednak to rodzice decydują o tym, czy dziecko zostanie przyprowadzone na szczepienie. Nasze działania powinny obejmować mądre przeciwdziałanie ruchom antyszczepionkowym i walkę z dezinformacją, szczególnie w internecie, która jest niezwykle intensywna. Kolejna kwestia, to edukacja w szkołach na temat wagi szczepień ochronnych. Bo dla zdrowia dzieci kwestia szczepień jest kluczowa, niezależnie od tego, czy mówimy o Polsce, czy o świecie.

Dr hab. n. med. Radosław Mądry, Prezes Elekt Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Ginekologii Onkologicznej

Dzięki pełnej refundacji szczepień przeciwko HPV udało nam się uzyskać narzędzie, które jest w stanie zmniejszyć liczbę nowotworów HPV-zależnych. Niestety zderzyliśmy się z polską rzeczywistością, co oznacza, że dalej szczepienia w Polsce nie są doceniane społecznie. Dla szeregu ludzi w tym kraju, wysłanie dziecka na szczepienie jest wyzwaniem emocjonalnym oraz intelektualnym. Choroby zakaźne mają wpływ na onkologię. A jednocześnie, mamy problem z tym, żeby przekonać ludzi do szczepień, które redukują ryzyko powstania nowotworu. Problem polega na tym, że szczepią się te osoby, których dzieci na raka nie zachorują. Szczepią się osoby, które zazwyczaj same chodzą do lekarzy, robią badania, a szansa na to, że będą miały raka szyjki macicy jest bardzo niewielka. Ta grupa, która jest najbardziej narażona, pewnie nigdy szczepień nie zobaczyła i mało o nich słyszała. Bezpłatne i dobrowolne szczepienia przeciw wirusowi HPV są w pełni refundowane od czerwca 2023 r. dla nastolatków w wieku 12 i 13 lat. Szczepienie przeciw HPV w wieku nastoletnim to najskuteczniejsza forma profilaktyki. Zapobiega nie tylko powstawaniu nowotworów HPV zależnych ale również przerywa transmisję zakażeń. Dodatkową zaletą jest to, że nastolatkom wystarczy podać tylko dwie dawki szczepionki, zamiast trzech. Szczepienie jest bezpieczne i dobrze tolerowane. Odporność po przyjęciu szczepionki jest długotrwała, a poziom przeciwciał utrzymuje się dłużej niż po naturalnym zakażeniu HPV. Na świecie podano już kilkaset milionów dawek szczepionek, które uratowały życie zarówno kobietom, jak i mężczyznom. Jest



to szczególnie istotne w naszym kraju, gdzie nadal każdego roku prawie 3 tysiące kobiet dowiaduje się, że ma raka szyjki macicy. Jego śmiertelność oceniana jest na poziomie ponad 50%.

Prezes Piotr Fonrobert, Wiceprezes Fundacji Polskiej Koalicji Pacjentów Onkologicznych

Od wielu lat staramy się, żeby dotrzeć i wyedukować także decydentów, by rozwiązywać wspólnie problemy związane ze szczepieniami ochronnymi. Pragniemy próbować rozwiązać, bo pewnie nie uda się wszystkiego osiągnąć w krótkim czasie, bowiem jest to proces złożony, zależny od wielu czynników. Spotykamy się także z grupami, które mogą mieć wpływ na edukację pacjentów. Zaprosiliśmy do kampanii „Tak dla zdrowia rodziny” Miss Polonię oraz staramy się włączyć do niej sportowców. Wszystko po to, aby zwiększyć atrakcyjność docierania do pacjentów, wpłynąć na ich przekonanie o celowości szczepień i dbania o własne zdrowie.



Szczepienia przeciwko HPV, to chyba pierwsze szczepienia, przy których zrobiono tak wiele w ramach edukacji i ich propagowania. Odzew jest na razie niewielki. Zaczynamy się martwić, że nie osiągniemy tych celów, które sobie na początku określiliśmy. Reasumując, edukacja to podstawa, a edukacja w szkole, czyli „godzina dla zdrowia”, o której tyle mówiliśmy, musi w końcu zostać wprowadzona dla naszego wspólnego dobra.

Dr Janusz Meder, Prezes Polskiej Unii Onkologii, Narodowy Instytut Onkologii w Warszawie, Medyczna Racja Stanu

Patogeny wirusowo-bakteryjne są powodem powstawania wielu (w niektórych krajach nawet 25-30%) chorób nowotworowych. Nie jest to jeszcze duże zjawisko, w kontekście zachorowalności na wszystkie nowotwory, ale na pewno ten problem systematycznie narasta. Nowotwory powstają na skutek przewlekłych procesów zapalnych. Począwszy od zakażeń wirusem brodawczaka ludzkiego HPV, bo to jest najczęstsza przyczyna wyindukowania nie tylko raka szyjki macicy, ale i kanału odbytu, zewnętrznym narządów płciowych, a także regionu głowy i szyi (rak jamy ustnej, gardła, migdałków i krtani). Pomimo, że obecnie dostępne są w Polsce skuteczne szczepienia anty-HPV dla nastolatków to skorzystało z nich jedynie około 20% tej populacji. Do rodziców i nauczycieli nie dociera wiedza, że dzięki tym szczepieniom można uchronić dzieci przed zachorowaniem w przyszłości na te groźne nowotwory. Na drugim miejscu jest *Helicobacter pylori*, jeden z najbardziej rozpowszechnionych patogenów. Ta bakteria bytująca w błonie śluzowej żołądka jest przyczyną ok. 80% przypadków zachorowań na wrzody żołądka i dwunastnicy. Ponadto jest czynnikiem zwiększającym ryzyko zachorowania na gruczolakoraki i chłoniaki żołądka. Ta bakteria, wymaga nie tylko szybkiego zdiagnozowania, ale również przeprowadzenia odpowiedniego leczenia i następnie sprawdzenia, czy została zlikwidowana w organizmie człowieka. Na trzecim miejscu znajduje się wirusowe zapalenie wątroby typu C (HCV). Nie zdajemy sobie sprawy ilu ludzi w Polsce jest zakażonych wirusem HCV i nawet o tym nie wie, a w następstwie po wielu latach wystąpi u nich marskość wątroby, a potem raka wątroby. Najczęściej dowiedzą się o tym jak dojdzie do nagłego i zagrażającego życiu krwotoku z żyłaków przełyku po wielu latach od zakażenia tym wirusem. Gdyby wprowadzono narodowy program przesiewowy u wykrytych nosicieli HCV można by zastosować kilkutygodniowe skuteczne leczenie eliminujące wirus z organizmu. Na czwartym miejscu jest wirus Epsteina-Barr (EBV), który jest patogenem występującym tylko u człowieka. EBV podczas pierwotnego



zakażenia może wywoływać mononukleozę zakaźną (rzadziej inne choroby) lub przebiegać bezobjawowo. Po wniknięciu do organizmu pozostaje w nim do końca życia w postaci utajonej (latentnej), a w przypadku obniżenia odporności dochodzi do reaktywacji zakażenia. Ten wirus ma duże znaczenie przy powstawaniu wielu nowotworów. Na piątym miejscu jest wirus zapalenia wątroby typu B (HBV). Tutaj mamy obowiązkową szczepionkę, dlatego ten problem jest o wiele mniejszy, niż w przypadku innych patogenów.

W ramach prac i paneli dyskusyjnych Medycznej Racji Stanu wielokrotnie już nagłaśnialiśmy problem antybiotykooporności, także na forum Sejmu, Senatu, jak również przesyłaliśmy nasze raporty do wielu decydentów i polityków. Musimy wszystkich edukować ustawicznie, ponieważ w ciągu ostatnich czterech lat, aż o 400% wzrosło zjawisko antybiotykooporności na całym świecie. Niech to zdanie wybrzmi bardzo głośno, bo dotyczy to nas wszystkich.

Edukacja zdrowotna to podstawa. Siedmioletnia ogólnopolska kampania edukacyjna Polskiej Unii Onkologii wśród młodzieży szkół ponadpodstawowych pt. „Mam haka na raka” pokazała wielkie zaangażowanie nie tylko ze strony uczniów, ale i nauczycieli, którzy ją prowadzili pod naszą egidą. Na początku, to były szkolenia stacjonarne, potem online na platformie internetowej z uczniami nie tylko z zakresu prewencji i profilaktyki nowotworów, ale też innych chorób cywilizacyjnych a także umiejętności komunikacji medialnej i samodzielnego tworzenia spotów edukacyjnych. Następnie w drodze konkursu wyłaniano najlepsze prace, które później wszyscy mogliśmy oglądać w na billboardach ulicznych, w telewizji, słuchać w rozgłośniach radiowych i czytać na łamach prasy. To był samonapędzający się mechanizm edukacyjny, u podstawy którego była wykorzystana wzbudzona kreatywność i spontaniczna inicjatywa młodzieży. Młodzież przekazywała te treści szkolnym rówieśnikom, w swoich domach dziadkom, rodzicom i rodzeństwu. Wymagała tego żeby rodzice rzucili palenie papierosów, ograniczyli picie alkoholu, zachęcali ich do uczestniczenia w badaniach okresowych i przesiewowych. Został mozolnie sporym wysiłkiem wypracowany i sprawdzony nowoczesny model edukacyjny, który może zaprocentować, ale musi być z żelazną konsekwencją i determinacją realizowany przez następne dekady i pokolenia. Musimy zdać sobie sprawę, że konieczne jest wychowanie młodego społeczeństwa, które będzie miało wpojone, aby przestrzegać zasad zapisanych w Europejskim Kodeksie Walki z Rakiem. To musi być nowe odpowiedzialne społeczeństwo, które świadomie zatroszczy się o swoje zdrowie. Najpilniejszym zadaniem dla nowej ekipy rządzącej jest natychmiastowe wprowadzenie do wszystkich szkół 1. godziny tygodniowo promocji zdrowia przez ministerstwa zdrowia i edukacji, we współpracy i kooperacji z innym resortami ponad podziałami politycznymi. Na tę krytycznie ważną decyzję oczekujemy już 30 lat! To jest apel PUO i MRS do Pana Premiera na 4. lutego 2024 roku na okoliczność Światowego Dnia Walki z Rakiem.

Dr Jakub Gierczyński, MBA, Ekspert systemu ochrony zdrowia

Powtarzamy na każdej Medycznej Racji Stanu, że polski system ochrony zdrowia jest niedofinansowany od dekad, a do tego dochodzi brak postrzegania zdrowia, jako najwyższej wartości i priorytetu społecznego. To smutna spuścizna po okresie 1945-1989. Poprzez brak adekwatnego do potrzeb medycznych 38 mln obywatelki kraju w centrum Europy, finansowania zdrowia w Polsce, wszystkie nasze działania są fragmentaryczne i utrudnione. Po prostu nie jesteśmy w stanie adekwatnie finansować kadr, procesów, diagnostyki, leków oraz ośrodków klinicznych. Czechy przeznaczają na głowę mieszkańca na zdrowie 1,3 tys. euro PPP więcej niż Polska. System ochrony zdrowia w Czechach uznawany jest za



wydolny i odporny. Czesi przeznaczali w 2021 r. ok. 3 tys. euro PPP na ochronę zdrowia, na głowę mieszkańca, a my w Polsce tylko ok. 1,7 tys. euro PPP (6,4% PKB). Średnia dla Unii Europejskiej wyniosła ok. 4 tys. euro PPP (11% PKB), a w Niemczech przeznaczono na zdrowie 5,2 tys. euro PPP. Jestem przekonany, że gdy Ministerstwo Zdrowia i Narodowy Fundusz Zdrowia w Polsce miałoby takie fundusze do wydania na zdrowie, to przy naszej wydajności systemu (bo od lat osiągamy przyzwoite wyniki zdrowotne pomimo chronicznego niedofinansowania), byłibyśmy w czołówce krajów w zakresie wydolności i jakości systemu ochrony zdrowia. Zdrowie musi być finansowane adekwatnie do potrzeb medycznych Polaków. Nie możemy oczekiwać europejskiej skuteczności, dostępności, jakości i terminowości zabezpieczenia świadczeń zdrowotnych mając obecny poziom finansowania systemu ochrony zdrowia w Polsce. Przypomnę, że w 2022 r. wg. GUS wydaliśmy ok. 206 mld zł publicznych i prywatnych środków na zdrowie, co stanowiło 6,7% Produktu Krajowego Brutto, gdy średnia OECD wynosiła w 2022 r. 9,2% PKB. Do systemu ochrony zdrowia musi być dostarczone minimum 50 mld zł więcej co rok. W 2022 r. Polacy wydali na ochronę zdrowia aż 52 mld zł z prywatnych kieszeni (pamiętajmy, że wydatki publiczne to są także nasze prywatne pieniądze, nasze składki zdrowotne). To najwyższa kontrybucja wydatków prywatnych w krajach Unii Europejskiej. System ochrony zdrowia w Polsce musi zostać zasilony środkami budżetowymi, tak jak zasilany jest ZUS oraz inne instytucje. Celem powinno być finansowanie systemu ochrony zdrowia w Polsce na poziomie Czech, a potem na poziomie średnie EU, lub OECD. Wtedy dopiero powinnyśmy zastanawiać się, czy dalszy wzrost finansowania systemu ochrony zdrowia w Polsce jest uzasadniony i racjonalny. Pandemia COVID-19 pokazała dobitnie, że niedofinansowany polski system ochrony zdrowia był niewydolny i słaby, co przełożyło się na liczbę nadmiarowych zgonów (najwyższa w UE) oraz potężny dług zdrowotny. Statystyczny Polak w 2022 r. miał w chwili urodzenia oczekiwaną długość życia na poziomie 77,4 lat, gdy średnia Unijna wynosiła 80,7 lat, a statystyczny obywatel Hiszpani i Szwecji aż 83 lata. Ta, blisko 3,5 letnia różnica pomiędzy Polską a średnią Unijną – zresztą dotycząca pozostały krajów post-sowieckich, oprócz Czech – pokazuje korelację pomiędzy niedofinansowaniem systemu ochrony zdrowia, a długością życia mieszkańców w poszczególnych krajach. Do tego dochodzi również oczekiwana długość życia w zdrowiu, DALYs, LYGs i olbrzymie straty dla gospodarki z powodu kosztów pośrednich utraconej produktywności i nadumieralności obywateli.

4. Wnioski i rekomendacje

Wnioski	Rekomendacje
Choroby zakaźne stają się coraz większym wyzwaniem dla systemów ochrony zdrowia w Polsce i na świecie. Na stronie GIS jest wymienionych i opisanych, aż 55 chorób zakaźnych. Wg Konstytucji RP art. 68 oraz Rozporządzenia MZ o priorytetach zdrowotnych choroby zakaźne w Polsce mają być traktowane priorytetowo.	Rekomendowane jest traktowanie priorytetowo wszystkich chorób zakaźnych – zarówno w zakresie finansowania prewencji, szczepień ochronnych, diagnostyki i leczenia.
Kluczowym elementem przeciwdziałania chorobom zakaźnym jest wczesna diagnostyka.	Rekomendowana jest refundacja publiczna wszystkich testów diagnozujących choroby zakaźne oraz krajowych programów przesiewowych w takich chorobach zakaźnych jak HIV, HCV i kiła.
Kluczowym elementem przeciwdziałania chorobom zakaźnym są szczepienia ochronne.	Rekomendowana jest pełna refundacja publiczna wszystkich zarejestrowanych szczepionek, zapobiegających chorobom zakaźnym – w tym

<p>HCV ciągle stanowi zagrożenie dla polskiej populacji ze względu na brak możliwości zapobiegania chorobie na drodze szczepień (nie została jeszcze wynaleziona szczepionka na HCV) oraz poważne konsekwencje długoletniego zakażenia (marskość wątroby, rak wątrobowokomórkowy i zgon). Nadal ponad 140 tys. osób jest aktywnie chorych na WZW typu C i ok 70% żyje w nieświadomości zakażenia wirusem HCV. Istnieje więc pilna potrzeba zwiększenia wysiłków w zakresie w diagnostyki HCV, a następnie leczenia WZW typu C. Aby osiągnąć cele WHO w zakresie eliminacji WZW C do 2030 konieczne jest leczenie ok. 12 tys. osób rocznie. Założenie to wiąże się z koniecznością uruchomienia w trybie pilnym ogólnopolskiego programu powszechnych badań przesiewowych które umożliwiłyby testowanie ok. 2 do 2,5 mln osób rocznie.</p>	<p>grypy i krztuśca dla populacji dziecięcej i populacji dorosłych.</p> <p>Rekomendowana jest pełna refundacja publiczna:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Narodowego Programu Eliminacji HCV opartego na ogólnopolskim programie powszechnych badań przesiewowych w kierunku HCV. • Skutecznej terapii HCV w ramach programu lekowego B.71 Leczenia przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu C, terapią bezinterferonową.
<p>Problem antybiotykooporności stanowi realne zagrożenie dla ludzkości. W 2019 r. na świecie zmarło ok. 5 mln pacjentów z powodu zakażeń wywołanych przez bakterie odporne na antybiotyki. Jeśli nie zostaną podjęte konkretne działania, do 2050 roku na całym świecie roczna liczba zgonów wywołanych antybiotykoopornością może wynieść nawet 10 milionów. Oporność na antybiotyki jest zagrożeniem dla zdrowia i życia. Skuteczność stosowania antybiotyków, a więc możliwość leczenia zakażeń i chorób bakteryjnych zależy od ich rozsądnego ordynowania.</p>	<p>Rekomendowane jest:</p> <ul style="list-style-type: none"> • opracowanie i wdrożenie Narodowego Programu Ochrony Antybiotyków od 2024 r. • podjęcie działań na szczeblu centralnym i międzyresortowym w zakresie kompleksowej polityki w zakresie przeciwdziałania antybiotykooporności (współpraca Ministerstwa Zdrowia z Ministerstwem Edukacji i Nauki, Ministerstwem Rolnictwa, Ministerstwem Środowiska). • stworzenie odpowiednich baz danych, które będą monitorować zużycie antybiotyków na poziomie POZ, AOS oraz szpitali. • wypracowanie jasnych wytycznych, w jakich przypadkach należy wdrożyć antybiotykoterapię. • odbudowa kadr medycznych w zakresie lekarzy mikrobiologii, epidemiologii oraz farmakologii klinicznej oraz farmaceutów klinicznych. • edukacja środowiska lekarzy i farmaceutów na temat racjonalnej antybiotykoterapii i antybiotykooporności.

- edukacja pacjentów i mediów na temat racjonalnej antybiotykoterapii i antybiotykooporności.

5. Kluczowe informacje przy gotowane na debatę przez Medyczną Rację Stanu z zakresu chorób zakaźnych

Krajowy program badań przesiewowych w kierunku HCV i terapia wirusowego zapalenia wątroby typu C

HCV ciągle stanowi zagrożenie dla polskiej populacji ze względu na brak możliwości zapobiegania chorobie na drodze szczepień (nie została jeszcze wynaleziona szczepionka na HCV) oraz poważne konsekwencje długoletniego zakażenia (marskość wątroby, rak wątrobowokomórkowy). Nadal ponad 140 tys. osób jest aktywnie chorych na WZW typu C i ok 70% żyje w nieświadomości zakażenia wirusem HCV, istnieje więc pilna potrzeba zwiększenia wysiłków w zakresie w diagnostyki HCV, a następnie leczenia WZW typu C. HCV (Hepatitis C Virus) czyli wirus wywołujący zapalenie wątroby typu C (WZW typu C) jest nazywany cichym zabójcą, gdyż zakażenie przebiega bezobjawowo lub objawy są niecharakterystyczne. W konsekwencji nieleczenia choroby dochodzi do powikłań w tym raka wątrobowokomórkowego i śmierci. Wirus zapalenia wątroby typu C przenosi się przez krew i płyny ustrojowe, co oznacza, że czynnikiem ryzyka zakażenia HCV może być każdy zabieg (zarówno medyczny, jak i pozamedyczny), czy jakiegokolwiek naruszenie ciągłości tkanek. Chorzy na WZW typu C, to dziś aktywni zawodowo 40-50 latkowie, którzy zostali zdiagnozowani „przez przypadek”, często w przebiegu innych chorób, nieświadomi zakażenia. WZW C stanowi poważny problem z punktu widzenia zdrowia publicznego i jedyną metodą zapobiegania rozprzestrzeniania wirusa jest diagnostyka i leczenie, dlatego niezbędne są działania na poziomie krajowym zmierzające do eliminacji HCV, poprzez np. rządowy program polityki zdrowotnej eliminacji HCV.

WZW typu C jest całkowicie wyleczalną chorobą. Aktualnie dostępne refundacyjnie leki dają możliwości leczenia WZW typu C szybko (8-12 tygodni) i z niemal 100% skutecznością w warunkach ambulatoryjnych. Ze względu na refundowane leczenie w Polsce, możliwe jest zmniejszenie liczby nowych zakażeń, zgodnie z celami WHO, o 90%. W Polsce terapia WZW C jest bezpłatna, w ramach programu lekowego. Eliminacja wirusa HCV spowoduje zmniejszenie częstości powikłań związanych z WZW typu C, szczególnie redukcja śmiertelności z powodu raka wątrobowokomórkowego (HCC). Obecnie w Polsce kluczowe jest podjęcie szerokich działań diagnostycznych w kierunku HCV, które zapewni polskim obywatelom bezpieczeństwo. Inne kraje, w tym bogatsze od nas (np. Niemcy)

policzyły i udowodniły, że diagnostyka i leczenie jest wysoce opłacalne, dużo skuteczniejsze i tańsze niż leczenie powikłań. Dlatego istnieje wysoko uzasadniona potrzeba ekonomiczno-społeczna uruchomienia testowania i eliminacji HCV. Badania diagnostyczne HCV od roku włączone są do finansowania w ramach tzw. budżetu powierzonego w POZ, jednak ich wykonanie jest na bardzo niskim poziomie i ograniczają się jedynie do grup ryzyka i nie są badaniami przesiewowymi, choć istnieje wysoka potrzeba zdrowotna przeprowadzenia screeningu w tym kierunku. Powinniśmy zmierzać w kierunku całkowitej eliminacji wirusa z polskiej populacji i ochrony polskich obywateli, do czego zobowiązał się Polski Rząd na Światowym Zgromadzeniu Zdrowia WHO, przyjmując globalną strategię dotyczącą WZW na lata 2016–2021. Celem tej inicjatywy jest eliminacja wirusowego zapalenia wątroby typu B i C do roku 2030. Cele WHO strategii eliminacji zakażeń HCV, jako zagrożenia zdrowia publicznego (2016): zmniejszenie liczby nowych zakażeń HCV o 90% i redukcja śmiertelności z powodu ich klinicznych następstw o 65%.

Przewlekłe Zapalenie Wątroby typu C oprócz skutków medycznych, w tym związanych z rozwojem raka prowadzi do poważnych skutków społeczno-ekonomicznych. Zakażenie HCV i przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby typu C są istotnymi problemami zdrowia publicznego, który można rozwiązać poprzez szybkie wykrycie pacjentów zakażonych oraz ich wyleczenie, dzięki włączeniu ich w program lekowy. To jest skuteczna i prosta w kontrolowaniu terapia. Nieodzownym elementem kompleksowych działań jest edukacja w zakresie profilaktyki zakażeń krwiopochodnych, zarówno profesjonalistów medycznych jak i lokalnych społeczności.

Wg stanowiska Polskiego Towarzystwa Epidemiologów i Lekarzy Chorób Zakaźnych, Polskiego Towarzystwa Hepatologicznego i Polskiego Towarzystwa Medycyny Rodzinnej w zakresie diagnostyki zakażeń HCV w ramach podstawowej opieki zdrowotnej: *Analiza przeprowadzona dla Polski w 2018 r. wykazała jednoznacznie, że aby osiągnąć cele WHO w zakresie eliminacji WZW C do 2030 konieczne jest leczenie ok. 12 tys. osób rocznie. Założenie to wiąże się z koniecznością uruchomienia w trybie pilnym ogólnopolskiego programu powszechnych badań przesiewowych które umożliwiłyby testowanie ok. 2 do 2,5 mln osób rocznie.*¹³ Niestety w świetle aktualnych analiz bez uruchomienia Narodowego Programu Eliminacji HCV Polska osiągnie zakładane cele przez WHO dopiero po roku 2050, czyli za 28 lat. Polska, wspólnie ze 193 innymi państwami, przyjęła na Światowym Zgromadzeniu Zdrowia WHO w 2016 r. globalną strategię dotyczącą wirusowego zapalenia wątroby na lata 2016–2021. Celem tej inicjatywy jest eliminacja wirusowego zapalenia wątroby typu B i C do roku 2030.¹⁴ Celem testowania planu działania w zakresie zapalenia wątroby w regionie Europy Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) na 2020 r. jest zdiagnozowanie i przeleczenie 50% osób żyjących z przewlekłym wirusowym zapaleniem wątroby typu B (HBV) i C (HCV). Zgłoszone dane z 2017 r. pokazują, że region Europy jest daleki od

¹³ Stanowisko Polskiego Towarzystwa Epidemiologów i Lekarzy Chorób Zakaźnych, Polskiego Towarzystwa Hepatologicznego i Polskiego Towarzystwa Medycyny Rodzinnej w zakresie diagnostyki zakażeń HCV w ramach podstawowej opieki zdrowotnej. Agnieszka Mastalerz-Migas, Robert Flisiak, Jarosław Drobnik, Krzysztof Tomaszewicz, Małgorzata Pawłowska. Lekarz POZ 4/2021 <https://www.termedia.pl/Stnowisko-Polskiego-Towarzystwa-Epidemiologow-i-Lekarzy-Chorob-Zakaznych-Polskiego-Towarzystwa-Hepatologicznego-i-Polskiego-Towarzystwa-Medycyny-Rodzinnej-w-zakresie-diagnostyki-zakazen-HCV-w-ramach-98,45393,0,1.html>

¹⁴ https://www.who.int/hepatitis/news-events/07_towards-elimination-Dr-Gottfried-Hirnschall.pdf?ua=1

osiągnięcia tego celu – do tej pory zdiagnozowano ok. 1 na 5 osób żyjących z HBV (20,3%) i 1 na 4 osoby żyjące z HCV (26,8%). Polska z 24,9% zdiagnozowanych zakażonych chorych plasuje się niestety wśród krajów, które nie osiągnęły minimalnego progu 50% do roku 2020.¹⁵ Raport WHO pt. „Accelerating access to hepatitis C diagnostics and treatment. Overcoming barriers in low and middle-income countries. Global progress report 2020” stwierdza, że dostęp do coraz tańszych terapii bezinterferonowych stwarza szanse dla chorych na WZW C na wyeliminowanie wirusa pod warunkiem dostępu do diagnostyki HCV.¹⁶ W Polsce w ramach programu lekowego B.71 Leczenia przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu C, terapią bezinterferonową w 2017 r. było leczonych ok. 12 tys. pacjentów, a w 2020 r. tylko ok. 4 tys. pacjentów. Program lekowy B.71 realizowany w 74. ośrodkach klinicznych gwarantuje chorym, rzeczywisty, dobry dostęp do skutecznej terapii bezinterferonowej, której koszt obniżył się kilkukrotnie od 2016 r.¹⁷

Szczepienia przeciwko krztuścowi

Krztusiec jest ostrą zakaźną chorobą układu oddechowego wywoływaną przez bakterie, tzw. pałeczki krztuśca. Nasilenie objawów krztuśca zależy od wieku chorego i stanu uodpornienia, najbardziej typowe, a jednocześnie niebezpieczne objawy krztuśca występują u nieuodpornionych niemowląt i małych dzieci, a najmniej typowe, łagodne u młodzieży i osób dorosłych. Do zakażenia dochodzi drogą kropelkową. Po dostaniu się do organizmu, bakterie wnikają do tkanek, gdzie namnażają się, produkując toksynę krztuścową i inne czynniki zjadliwości. W pierwszych tygodniach choroby objawy krztuśca są podobne do przeziębienia, tj. suchy kaszel, katar, stany podgorączkowe, zapalenie gardła. Następnie pojawiają się typowe i przedłużające się napady uciążliwego długotrwałego kaszlu, który często kończy się głośnym wdechem (zwanym pianiem), wymiotami lub bezdechem. Sam kaszel o różnym nasileniu może utrzymywać się wiele tygodni. Krztusiec u niemowląt i noworodków związany jest z ryzykiem wystąpienia powikłań, tj. zapalenie płuc, bezdech, drgawki, encefalopatia. Powikłania u nastolatków i dorosłych, tj. nietrzymanie moczu, złamania żeber, zapalenia płuc, drgawki występują rzadziej.¹⁸

Przed wprowadzeniem masowych szczepień w 1960 r., krztusiec był częstą przyczyną zgonów u dzieci poniżej 1 roku życia. W kolejnych latach liczba zachorowań zmniejszyła się ponad 100-krotnie. Od połowy lat 90-tych, także w krajach stosujących masowe szczepienia, obserwuje się wzrost zachorowań na tę chorobę, szczególnie u starszych dzieci oraz dorosłych. Obecnie w Polsce każdego roku rejestruje się około 2 000 - 4 000 zachorowań na krztusiec. Szczepionka przeciw krztuścowi zawsze jest podawana jako szczepionka DTP w jednym wstrzyknięciu ze szczepionką przeciw błonicy i tężcowi. Szczepionka DTP, może zawierać pełnokomórkowy składnik krztuśca (tzw. DTwP) lub bezkomórkowy składnik krztuśca (tzw. DTaP). Jest podawana podskórnie lub domięśniowo. Może być podawana razem z innymi

¹⁵ Monitoring the responses to hepatitis B and C epidemics in the EU/EEA Member States, 2019

<https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/monitoring-responses-hepatitis-b-and-c-epidemics-eueea-member-states-2019>

¹⁶ <https://www.who.int/publications/i/item/9789240019003>

¹⁷ <https://statystyki.nfz.gov.pl/DrugPrograms>

¹⁸ <https://szczepienia.pzh.gov.pl/%20szczepionki/krztusiec/?print-version>

szczepionkami, jako szczepionka wysoko skojarzona lub osobno – wtedy wstrzyknięcie powinno być wykonane w inne miejsce. Według obowiązkowego programu szczepień, każde dziecko powinno zostać zaszczepione 4. dawkami szczepionki DTwP w 2, 3-4, 5-6 i 16-18 miesiącu życia (całokomórkową szczepionką przeciw krztuścowi) oraz dawką przypominającą w 6. roku życia bezkomórkową szczepionką DTaP. Rodzice, którzy w ramach szczepienia podstawowego (4 pierwsze dawki) chcą zaszczepić dziecko szczepionką bezkomórkową przeciw krztuścowi, muszą sami opłacić koszt szczepionki. Z powodu coraz częstszych zachorowań na krztusiec starszej młodzieży i dorosłych w wielu krajach wprowadzono szczepienia w tych grupach wiekowych. Dawka przypominająca szczepionki przeciw błonicy, tężcowi i krztuścowi dTap (z obniżoną zawartością antygenów błonicy i krztuśca) podawana raz na 10 lat jest zalecana dla: młodzieży w wieku 14 lub 19 lat, personelowi medycznemu oddziałów neonatologicznych i pediatrycznych, wszystkim osobom mającym kontakt lub mogącym mieć kontakt z niemowlętami, kobietom w ciąży (optymalnie w 3 trymestrze).¹⁹

Do szczepionek przeciw krztuścowi należą m. in.: szczepionka przeciw błonicy, tężcowi, krztuścowi (bezkomórkowa, złożona) i poliomyelitis (inaktywowana), adsorbowana; Szczepionka przeciw błonicy, tężcowi, krztuścowi (bezkomórkowa, złożona), poliomyelitis (inaktywowana) i haemophilus typ b (skoniugowana), adsorbowana; Szczepionka przeciw błonicy, tężcowi, krztuścowi (bezkomórkowa, złożona), wirusowemu zapaleniu wątroby typu B (rDNA), poliomyelitis (inaktywowana) i haemophilus typ b (skoniugowana), adsorbowana oraz Szczepionka przeciw błonicy, tężcowi i krztuścowi (bezkomórkowa, złożona), adsorbowana, o zmniejszonej zawartości antygenów.

Szczepienia przeciwko grypie

Grypa jest ostrą chorobą zakaźną, wywoływaną przez wirusy grypy. Do zakażenia dochodzi drogą kropelkową lub przez kontakt ze skażoną powierzchnią. Okres inkubacji wynosi 1-4 dni. Wirusy grypy atakują komórki nabłonka dróg oddechowych, w których się namnażają. W konsekwencji powodują ich zniszczenie, co z kolei ułatwia rozwój infekcji bakteryjnych. Objawy grypy są podobne do wielu innych ostrych chorób infekcyjnych i są zarówno miejscowe (kaszel, ból gardła, katar), oraz w postaci nagłej, wysokiej gorączki powyżej 38°C, dreszczy, bólów mięśniowo-stawowych, bólów głowy, bólu w klatce piersiowej, złego samopoczucia, braku łaknienia, nudności i wymiotów. Choroba trwa, o ile nie dojdzie do powikłań, około 7 dni. Kaszel i złe samopoczucie mogą utrzymywać się ponad 2 tygodnie. Powodem ciężkiego przebiegu grypy są powikłania pogrypowe, m.in. zapalenie płuc i oskrzeli, zapalenie ucha środkowego, zapalenie mięśnia sercowego i osierdzia, zaostrzenie istniejących chorób przewlekłych, powikłania neurologiczne.²⁰

W Polsce dostępne są szczepionki inaktywowane zawierające cząstki wirusa grypy (typu „split”) lub powierzchniowe białka wirusa grypy (typu „subunit”) oraz żywa szczepionka donosowa zawierająca osłabione wirusy grypy. Szczepienia przeciw grypie zapobiegają zachorowaniom u ok. 40-70% szczepionych osób, w zależności od sezonu i grupy osób szczepionych. Zapewniają wysoką ochronę przed powikłaniami pogrypowymi. Zaleca się aby szczepionki przeciw grypie podawać każdego roku każdemu już od 6 miesiąca życia, o ile nie ma przeciwwskazań medycznych. Szczepieniu powinny się

¹⁹ Ibidem

²⁰ <https://szczepienia.pzh.gov.pl/szczepionki/grypa/>

poddać zwłaszcza osoby z grup wysokiego ryzyka wystąpienia powikłań pogrypowych i osoby, które mogą stanowić źródło zakażenia dla osób z grupy wysokiego ryzyka (w tym głównie dzieci) oraz ci, którzy ze względu na charakter wykonywanej pracy są szczególnie narażeni na zakażenie wirusem grypy (np. pracownicy ochrony zdrowia). Szczepionki przeciw grypie charakteryzują się najmniejszą liczbą rejestrowanych niepożądanych odczynów poszczepiennych. Po szczepieniu mogą wystąpić reakcje miejscowe, tj.: zaczerwienienie, bolesność i obrzęk w miejscu wstrzyknięcia oraz rzadziej reakcje ogólne (niewielki wzrost temperatury ciała, ból mięśni, stawów i głowy), ustępujące po kilku dniach. Przeciwwskazaniem do szczepienia przeciw grypie jest m.in. reakcja anafilaktyczna po wcześniejszym podaniu szczepionki, ostra infekcja i wysoka gorączka powyżej 38°C. Jedną ze szczepionek przeciwko grypie jest czterowalentna szczepionka przeciw grypie (rozszczepiony wirion), inaktywowana.

Szczepienia przeciwko HPV

1 czerwca 2023 r. rozpoczął się powszechny program szczepień przeciw HPV (wirus brodawczaka ludzkiego, human papilloma virus, HPV). Szczepienia są przeprowadzane u dziewcząt i chłopców w grupach wiekowych 12 i 13 lat. W 2023 r. dotyczą dzieci urodzonych w latach 2010 i 2011. Dla rocznika 2010 szczepienie musi być rozpoczęte przed ukończeniem 14 r.ż. i może być zakończone po dacie 15 urodzin (z zachowaniem 2-dawkowego schematu). Program realizuje założenia i cele Narodowej Strategii Onkologicznej na lata 2020-2030. Uzupełnia bezpłatny Program Szczepień Ochronnych dzieci i młodzieży o nowy zakres ochrony przed chorobami wywołanymi przez ludzki wirus brodawczaka (HPV). Minister Zdrowia wprowadzając szczepienie przeciw HPV rozszerza zakres ochrony przed rakiem szyjki macicy i innymi chorobami nowotworowymi związanymi z HPV. Minister Zdrowia bazuje na światowych i europejskich rekomendacjach podkreślających bezpieczeństwo, skuteczność i korzyści wynikające z realizacji programów szczepień przeciw HPV. Dotychczasowe wyniki badań wskazują jednoznacznie, że głównym celem szczepienia przeciw HPV jest zapobieganie chorobom nowotworowym.²¹

Rekomendacja Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) uznała test w kierunku HPV, jako skuteczną metodę badania przesiewowego. Infekcja wirusem brodawczaka ludzkiego (HPV) to najważniejszy czynnik ryzyka do rozwoju raka szyjki macicy; według badań nawet 100% przypadków raka szyjki macicy wynika z wcześniejszej infekcji HPV. Z tego względu, badanie w kierunku HPV ma za zadanie przesiewać pacjentki pod względem infekcji, tzn. jeśli test jest dodatni, to pacjentka jest zakażona wirusem HPV wysokiego ryzyka i może mieć zmiany przed- lub nowotworowe w szyjce macicy, a jeżeli test jest ujemny, to pacjentka jest zdrowa. Test w kierunku HPV może być jedynym badaniem przesiewowym w ramach profilaktyki raka szyjki macicy lub może być stosowany łącznie z cytologią. Badania powinny być wykonywane regularnie. WHO rekomenduje wykonywanie testu w kierunku HPV co 5-10 lat od 30 roku życia, natomiast American Cancer Society zaleca rozpoczęcie testowania od 25 roku życia co 5 lat.

²¹ <https://szczepienia.pzh.gov.pl/zalecenia-mz-dotyczace-realizacji-powszechnego-programu-szczepien-przeciw-hpv/>

Zapobieganie HIV i AIDS

Od wdrożenia badań w 1985 r. do 30 listopada 2022 r. (przy uwzględnieniu korekt i uaktualnień danych, w tym eliminacji podwójnie zarejestrowanych przypadków) stwierdzono 29 676 zakażeń HIV u obywateli Polski i u osób z innym obywatelstwem przebywających na terenie Polski. Wśród ogółu zarejestrowanych zakażonych było co najmniej: 6 457 zakażonych w związku z używaniem narkotyków, 2 232 zakażonych poprzez kontakt heteroseksualny oraz 4 818 poprzez kontakt seksualny pomiędzy mężczyznami. Ogółem odnotowano 3 979 zachorowań na AIDS, 1 465 chorych zmarło. W roku 2022 zarejestrowano w Polsce 2 374 nowo rozpoznanych zakażeń HIV. Wskaźnik zarejestrowanych nowych rozpoznań HIV wynosił 6,28 przypadków na 100 tys. mieszkańców. Dla mężczyzn wskaźnik wynosił 8,78 przypadków na 100 tys. mężczyzn, natomiast dla kobiet – 3,85 przypadków na 100 tys. kobiet. W 2022 roku na terenie całego kraju funkcjonowało 27 punktów konsultacyjno-diagnostycznych wykonujących anonimowo, bezpłatnie i bez skierowania badania w kierunku HIV, połączone z poradnictwem okołotestowym. W trzecim kwartale 2022 r. – w ramach pilotażu – rozpoczęto w PKD również testowanie w kierunku kiły i HCV. Na dzień 31 grudnia 2022 r. leczeniem ARV było objętych 18 199 pacjentów, w tym 185 dzieci (do 18. roku życia) zakażonych HIV i chorych na AIDS. Liczba ta zawiera także 2 959 uchodźców wojennych z Ukrainy. Program realizowany jest w 21 szpitalach/placówkach medycznych, na bazie których działają ośrodki referencyjne leczące zakażonych HIV i chorych na AIDS (umowy z realizatorami na lata 2022–2026). Na realizację Rządowego Programu Polityki Zdrowotnej pn.: „Leczenie antyretrowirusowe osób żyjących z wirusem HIV w Polsce na lata 2022–2026” wydatковано 399 930 810,42 zł (stan na dzień 31.12.2022 r.) oraz 71 264 823,21 zł ze środków budżetu 2021 r., które w kwocie 71 264 831,00 zł nie uległy wygaśnięciu z końcem 2021 r., z terminem realizacji do 30.11.2022 r. W 2022 r. średni miesięczny koszt leków antyretrowirusowych w przeliczeniu na jednego pacjenta według aktualnych cen wyniósł 2 102,79 zł.²²

Leczenie ARV osób zakażonych HIV i chorych na AIDS prowadzone jest w Polsce od 2001 roku w ramach programu polityki zdrowotnej Ministra Zdrowia pt. „Leczenie antyretrowirusowe osób żyjących z wirusem HIV w Polsce”. Obecnie trwa realizacja rządowego programu polityki zdrowotnej pt. "Leczenie antyretrowirusowe osób żyjących z wirusem HIV w Polsce na lata 2022-2026". Głównym celem programu jest wydłużenie czasu życia pacjentów zakażonych, wydłużenie czasu wolnego od objawów choroby oraz poprawa jakości ich życia. W ramach programów chcemy również: zmniejszyć ryzyko zakażenia innych przez osoby z HIV/AIDS; zwiększyć poziom adherencji leków antyretrowirusowych pacjentów zakażonych HIV; zapewnić leki antyretrowirusowe niezbędne w profilaktyce zakażeń wertykalnych (dziecka przez matkę) oraz prowadzić indywidualny kalendarz szczepień dzieci urodzonych przez matki zakażone HIV; zapewnić leki antyretrowirusowe osobom, u których mogło dojść do zakażenia w konsekwencji ryzykownych sytuacji (przemoc seksualna, zakłucie igłą zanieczyszczoną potencjalnie zakaźnym materiałem, rana odniesiona w trakcie napaści). Program skierowany jest przede wszystkim do osób zakażonych HIV i chorych na AIDS. W szczególności dotyczy: kobiet w ciąży zakażonych HIV; noworodków urodzonych przez matki zakażone HIV; osób, które wymagają leków antyretrowirusowych po narażeniu na zakażenie HIV w wyniku m.in. przemocy seksualnej, zakłucia igłą nieznanego pochodzenia, bójki lub napaści. Programem objęte są wszystkie

²² Sprawozdanie z Harmonogramu realizacji Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczania AIDS na lata 2022 - 2026 za 2022 r. https://aids.gov.pl/krajowy_program/2022-2/

osoby zakażone HIV i chore na AIDS przebywające na terytorium RP, niezależnie od statusu ubezpieczeniowego.²³

Diagnostyka, szczepienia i leczenie COVID-19

Wg. danych Ministerstwa Zdrowia na dzień 21 listopada 2023 r. liczba zakażeń od 4 marca 2020 r. wyniosła 6 553 241. Liczba osób, które wyzdrowiały wynosi 5 335 771, a liczba przypadków śmiertelnych - 119 752. Na dzień 21 listopada 2023 r. odnotowano 2 361 nowych zakażeń i 8 zgonów (4 zgony z powodu COVID-19, i 4 zgony z powodu chorób współistniejących). Wykonano 4 840 testów, z czego 2 429 testów z wynikiem pozytywnym. 2 124 zleceń na testy zlecił POZ.²⁴ Wg. danych Ministerstwa Zdrowia liczba wykonanych szczepień od 2020 r. wyniosła 58 033 384. Jedna dawka szczepionki została podana 22 877 512 osobom, a druga dawka - 19 760 434 osobom. Liczba osób w pełni zaszczepionych wyniosła 22 649 390.²⁵ Wg. ECDC Wg. danych European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC) na dzień 5 października 2023 r., szczepienie jedną dawką wykonało 60,8% populacji Polski vs. 75,6% populacji państw członkowskich Unii Europejskiej (UE) i państw członkowskich Europejskiego Stowarzyszenia Wolnego Handlu (EFTA). Szczepienie pełne wykonało 60% populacji Polski vs. 73,0% populacji EU/EFTA. Szczepienie przypominające pierwszym boosterem wykonało 33,1% populacji Polski vs. 54,8% populacji EU/EFTA. Szczepienie przypominające drugim boosterem wykonało 7,7% populacji Polski vs. 14,7% populacji EU/EFTA. Trzeci booster przyjęło 2,4% populacji EU/EFTA – danych dla Polski brak.²⁶

Minister Zdrowia na podstawie rekomendacji Zespołu ds. Szczepień Ochronnych z 4 września 2023 r., rekomendacji WHO z 10 listopada 2023 r., informacji ECDC z 17 sierpnia 2023 r. oraz komunikatu EMA z 31 października 2023 r. zaleca przyjęcie osobom mającym: wiek ≥ 60 lat lub niedobory odporności lub choroby współistniejące zwiększające ryzyko ciężkiego przebiegu COVID-19 (dotyczy osób w wieku ≥ 12 lat) lub pracownikom ochrony zdrowia, którzy mają bezpośredni kontakt z pacjentem lub materiałem zakaźnym, szczepionki zaktualizowanej dla podwariantu XBB.1.5 jako kolejnej dawki przypominającej szczepionki przeciw COVID-19. Możliwość wykonania szczepienia i wprowadzenia informacji w e-Karcie Szczepień o podaniu szczepionki adoptowanej z wariantem XBB.1.5, jako dawki przypominającej, lub w ramach podstawowego szczepienia zostanie uruchomiona od 6 grudnia 2023 r. Szczepionka białkowa podjednostkowa Nuvaxovid (firmy Novavax) zaktualizowana pod aktualnie dominujący podwariant XBB.1.5. będzie dostępna zgodnie z CHPL produktu również dla osób, które wyrażają chęć zaszczepienia i spełniają warunek wieku (osoby, które ukończyły 12 r.ż.) i od ostatniego szczepienia upłynęło co najmniej 6 miesięcy. W przypadku osób dotychczas nieszczepionych przeciw COVID-19

²³ Rządowy Program Polityki Zdrowotnej leczenia antyretrowirusowe osób żyjących z wirusem HIV w Polsce na lata 2022-2026 <https://www.gov.pl/web/zdrowie/rzadowy-program-polityki-zdrowotnej-leczenie-antyretrowirusowe-osob-zyjacych-z-wirusem-hiv-w-polsce-na-lata-2022-2026>

²⁴ <https://www.gov.pl/web/koronawirus/wykaz-zarazen-koronawirusem-sars-cov-2>

²⁵ Raport szczepień przeciwko COVID-19. <https://www.gov.pl/web/szczepimysie/raport-szczepien-przeciwko-covid-19>

²⁶ European Centre for Disease Prevention and Control. <https://vaccinetracker.ecdc.europa.eu/public/extensions/COVID-19/vaccine-tracker.html#uptake-tab>

powyżej 12 roku życia należy podać 2 dawki w odstępie 3 tygodni. Zalecany odstęp podania kolejnej dawki przypominającej od przyjęcia ostatniej dawki przypominającej w grupie wiekowej 12+ wynosi co najmniej 6 mc. Trzecią dawkę przyjęło 194 397 osób. Dawka przypominająca została podana 15 201 041 osobom.²⁷

Europejska Agencja Leków (EMA) monitoruje bezpieczeństwo szczepionek przeciwko Covid-19 i zapewnia, że zapewniają one ochronę w Unii Europejskiej (UE), mimo że skończył się stan nadzwyczajny dotyczący zdrowia publicznego. Aktualnie w Unii Europejskiej jest zarejestrowanych osiem szczepionek przeciwko COVID-19: Bimervax, Comirnaty, COVID-19 Vaccine, Jcovden, Nuvaxovid, Spikevax, Vaxzevria i VidPrevtyn Beta.²⁸ Obecnie w UE jest zarejestrowanych osiem leków w terapii COVID-19: tixagevimab / cilgavimab, anakinra, PF-07321332 / ritonavir, tocilizumab, regdanvimab, casirivimab / imdevimab, remdesivir i sotrovimab.²⁹

Na stronie <https://www.gov.pl/web/koronawirus> znajdują się aktualne i wiarygodne informacje i zalecenia w zakresie przeciwdziałania zakażeniu oraz trybie postępowania w przypadku podejrzenia zakażenia koronawirusem. Wszystkie publikowane na tej stronie informacje to oficjalne komunikaty potwierdzone przez Ministerstwo Zdrowia lub Główny Inspektorat Sanitarny, opracowane na podstawie danych ECDC oraz WHO.

Antybiotykooporność

Według WHO problem antybiotykooporności stanowi realne zagrożenie dla ludzkości, a pandemia COVID-19 jeszcze bardziej spotęgowała to zjawisko. Jak wynika z danych opublikowanych w czasopiśmie „Lancet” w 2019 r. na świecie zmarło 4,95 mln pacjentów z powodu zakażeń wywołanych przez bakterie odporne na antybiotyki, z tego 1,27 mln przez bakterie odporne na wszystkie dostępne antybiotyki. Światowa Organizacja Zdrowia szacuje, że jeśli nie zostaną podjęte konkretne działania, do 2050 roku na całym świecie roczna liczba zgonów wywołanych antybiotykoopornością może wynieść nawet 10 milionów. Oporność na antybiotyki jest zagrożeniem dla zdrowia i życia. Skuteczność stosowania antybiotyków, a więc możliwość leczenia zakażeń i chorób bakteryjnych zależy od ich rozsądnego ordynowania i zażywania. Aby walka z antybiotykoopornością była skuteczna, niezbędne jest podjęcie działań na szczeblu centralnym, na przykład w resorcie zdrowia, który powinien m.in. dążyć do wprowadzenia organizacji podaży antybiotyków w podstawowej opiece zdrowotnej. Efektywność wszelkich działań byłaby jeszcze większa, gdyby miały one charakter międzyresortowy (współpraca z Ministerstwem Edukacji i Nauki, Ministerstwem Rolnictwa, Ministerstwem Środowiska). Rekomendowane jest opracowanie narodowej strategii, stworzenie odpowiednich baz danych, które będą monitorować zużycie antybiotyków na poziomie POZ, AOS oraz szpitali; wypracowanie jasnych

²⁷ Komunikat nr 34 Ministra Zdrowia w sprawie realizacji szczepień przeciw COVID-19 w sezonie 2023/2024 <https://www.gov.pl/web/zdrowie/komunikat-ministra-zdrowia-w-sprawie-realizacji-szczepien-przeciw-covid-19-w-sezonie-20232024>

²⁸ Authorised COVID-19 vaccines. <https://www.ema.europa.eu/en/human-regulatory/overview/public-health-threats/coronavirus-disease-covid-19/covid-19-medicines>

²⁹ Authorised COVID-19 treatments. <https://www.ema.europa.eu/en/human-regulatory/overview/public-health-threats/coronavirus-disease-covid-19/covid-19-medicines>

wytycznych, w jakich przypadkach należy wdrożyć antybiotykoterapię, a w jakich nie (opracowanie negatywnej listy rozpoznań); umożliwienie m.in. członkom zespołów kontroli zakażeń szpitalnych posiadania decydującego wpływu na podaż antybiotyków w danej placówce; konieczność stworzenia map epidemiologicznych, którymi będą mogli posługiwać się lekarze rodzinni.³⁰

6. Tezy dla Zdrowia

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

1. PRZYJĘCIE ZASADY „ZDROWIE W POLITYCE”

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

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

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

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

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

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

³⁰ Problem antybiotykooporności poważnym zagrożeniem dla zdrowia publicznego. Polityka Zdrowotna. <https://politykazdrowotna.com/arttykul/problem-antybiotykoopornosci/1201653>

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

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

Jesteśmy za wprowadzeniem ustawowego wymogu uwzględniania kosztów pośrednich i społecznych związanych z decyzjami refundacyjnymi dla wskazanej przez ekspertów grupy chorób przewlekłych i powszechnych, w tym chorób rzadkich i ultraradkich. Wprowadzenie analizy kosztów pośrednich pozwoli przeznaczyć środki publiczne na terapie, które przynoszą najlepsze efekty zdrowotne i pomagają zredukować koszty pośrednie, co w dłuższej perspektywie poprawi kondycję zdrowotną Polaków i będzie miało pozytywny wpływ na budżet państwa.

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

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

7. WPROWADZENIE ZASADY RÓWNOŚCI PODMIOTÓW LECZNICZYCH WOBEC PŁATNIKA – NFZ

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

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

Najpilniejsze zadania w tym zakresie to wprowadzenie:

- zasady powszechnego (tj. obejmującego wszystkich obywateli w wieku 18-62 lata) opłacania składki na ubezpieczenie zdrowotne, co zwiększając liczebność owej grupy mogłoby nawet pozwolić na obniżenie składki.
- możliwości finansowania przez obywateli szerszego poziomu usług poprzez umożliwienie opłacania via ZUS lub niepubliczne formy ubezpieczeniowe wyższych składek ubezpieczenia zdrowotnego (składki premium), co radykalnie zwiększyłoby strumień środków kierowanych do placówek lecznictwa publicznego.
- reguły, że składka publicznego ubezpieczenia zdrowotnego uzależniona będzie od indywidualnego, podejmowanego przez nas samych 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 przykładać do profilaktyki nowotworów, których czynniki sprawcze zostały dobrze poznane, a dzięki wczesnemu wykryciu mogą być skutecznie eliminowane; np. wdrożenie badań przesiewowych w kierunku zakażeń HCV, których dostępne już w Polsce, skuteczne leczenie zapobiega rakowi wątroby. Proponujemy, wzorem rozwiązań brytyjskich skupienie się na podobnych działaniach i powołanie na 10 lat Funduszu Walki z Rakiem zasilanego przez państwo z akcyzy na papierosy i alkohol, która powinna wzrosnąć oraz z kar nakładanych na przemytników i nielegalnych producentów papierosów i alkoholu. Wsparciem Funduszu mogłaby być również nadwyżka finansowa uzyskana z polisy dobrowolnych ubezpieczeń komplementarnych.

10. POWOŁANIE FUNDUSZU NA RZECZ CHORÓB RZADKICH I ULTRARZADKICH

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

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

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

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

Fundamentem promocji zdrowia powinno być wprowadzenie do szkół przedmiotu pod nazwą „Podstawy zdrowego życia” będącego elementem Krajowego Programu Promocji Zdrowia realizowanego we współpracy Rządu z Kościołem. Aktywny udział w programie i poprawa parametrów zdrowotnych powinny być premiowane zmniejszeniem obciążeń podatkowych, zmniejszeniem składki

zdrowotnej lub ułatwieniem w dostępie do określonych świadczeń opieki zdrowotnej. Realizację Tezy 11 i 12 wspierałoby opodatkowanie żywności o wysokiej gęstości kalorycznej (dużo kalorii w małej objętości) i zakaz reklamy takich produktów, a także powszechne wprowadzenie zasady informowania o kaloryczności produktów i posiłków.

13. POSTAWIENIE NA POZIOMI I STWORZENIE PROGRAMU WSPARCIA OPIEKI ŚRODOWISKOWEJ

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

14. POWOŁANIE EUROPEJSKIEJ UNII ZDROWIA

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

15. UTRZYMANIE ZASADY OBOWIĄZKOWOŚCI SZCZEPIEŃ OCHRONNYCH W POLSCE

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

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

16. PROMOCJA POLSKI PRZEZ ZDROWIE

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

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

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

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

KONTAKT:

Anna Jasińska - rzecznik Medycznej Racji Stanu, tel. 734 439 122, e-mail: jasinska@greencomm.pl

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

SPONSORZY, PARTNERZY:

abbvie

GILEAD