



## **„Edukacja, profilaktyka, diagnostyka – fundamenty bezpieczeństwa zdrowotnego”**

**Debata Medycznej Racji Stanu i Federacji Stowarzyszeń „Amazonki”, w ramach kampanii „Siła kobiet. Zdrowie kobiety – bezpieczeństwo rodziny”, pod patronatem honorowym Wicemarszałek Sejmu, Moniki Wielichowskiej**

**4 czerwca 2024, godz. 11.30 – 16.00**

**Pałac Staszica, Sala Okrągłego Stołu,**

**ul. Nowy Świat 72 w Warszawie**

### **Informacja prasowa**

W systemie ochrony zdrowia należy postawić na edukację, profilaktykę i wczesną diagnostykę. Położenie akcentu na profilaktykę to postulat, który od lat wraca w środowiskowej dyskusji o zdrowiu publicznym. Jest on szalenie ważny, jeżeli chcemy by stan zdrowia Polaków był coraz lepszy, a po pandemii COVID-19 wszystkie wskaźniki zdrowotne Polaków znacząco się obniżyły.<sup>1</sup> Wg Ustawy o zdrowiu publicznym z dnia 11 września 2015 r., zagadnienia z zakresu zdrowia publicznego obejmują: monitorowanie i ocenę stanu zdrowia społeczeństwa, zagrożeń zdrowia oraz jakości życia związanej ze zdrowiem społeczeństwa; edukację zdrowotną dostosowaną do potrzeb różnych grup społeczeństwa, w szczególności dzieci, młodzieży i osób starszych; promocję zdrowia; kreowanie postaw zdrowotnych i społecznych sprzyjających profilaktyce zachowań ryzykownych; zapobieganie uzależnieniom oraz skutkom zdrowotnym i społecznym wynikającym z uzależnień; profilaktykę chorób; działania w celu rozpoznawania, eliminowania lub ograniczania zagrożeń i szkód dla zdrowia fizycznego i psychicznego w środowisku zamieszkania, nauki,

<sup>1</sup><https://pulsmedycyny.pl/beata-malecka-libera-musimy-dazyc-do-przemodelowania-systemu-w-kierunku-profilaktyki-i-wczesnej-diagnostyki-1210727>

pracy i rekreacji; analizę adekwatności i efektywności udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej w odniesieniu do rozpoznanych potrzeb zdrowotnych społeczeństwa; ograniczanie nierówności w zdrowiu wynikających z uwarunkowań społeczno-ekonomicznych.<sup>2</sup>

Edukacja zdrowotna należy do promocji zdrowia. WHO przyjmuje, że jest to połączenie zaprojektowanych doświadczeń edukacyjnych, które mają pomóc jednostkom i społecznościom w poprawie ich zdrowia w wyniku poszerzenia ich wiedzy lub wpływania na ich postawy. Edukacja zdrowotna, to dyscyplina z grupy nauk społecznych, która łączy biologię, ekologię, medycynę, psychologię, pedagogikę i socjologię, a także nauki o komunikowaniu, czy zarządzaniu. Dochodzi też do rozwoju pokrewnych dyscyplin, takich jak komunikowanie o zdrowiu, co powoduje, że przedmiotem zainteresowania edukacji zdrowotnej stały się zagadnienia kompetencji medialnych, czy zasad komunikowania ryzyka w sytuacjach kryzysowych. Można też mówić o silnych związkach edukacji zdrowotnej z poradnictwem zdrowotnym (health counselling), coachingiem zdrowotnym (health coaching), coachingiem stylu życia (life coaching). Kolejną pokrewną dyscypliną jest rzecznictwo zdrowotne (health advocacy), a zwłaszcza rola rzecznika pacjenta (patient advocate), który pracuje na rzecz pacjenta i jego rodziny. Polega to m.in. na ułatwianiu dostępu do leczenia, koordynacji opieki oraz pomocy w poruszaniu się po systemie opieki zdrowotnej. Inna forma rzecznictwa zdrowotnego polega na pracy na rzecz społeczności, na polu polityki zdrowotnej i całego systemu zdrowotnego (health advocate). W niektórych krajach edukacja zdrowotna jest zawodem (health educator), dla którego zdefiniowano zakres kompetencji, system certyfikacji pracowników oraz zakres odpowiedzialności zawodowej. Edukacja zdrowotna powinna być elementem edukacji całościowej, tj. kształcenia przez całe życie. Proces edukacyjny powinien uwzględniać nie tylko uczenie się kwestii nowych, ale także oduczanie się starych, a więc wyzbywanie się nieaktualnej wiedzy czy nieprzydatnych umiejętności na rzecz tych aktualnie ważnych. Ma to szczególne znaczenie wśród osób dorosłych, w tym zwłaszcza starszych, zarówno z powodu szybkich zmian w wiedzy o zdrowiu jak naturalnych zmian związanych z potrzebami zdrowotnymi w późniejszym wieku.<sup>3</sup>

Edukacja i zdrowie należą do najważniejszych obszarów odpowiedzialności państwa, a troska o dobrostan uczniów i uczennic jest priorytetem rządu. Od 2025 r. w planie lekcji pojawi się edukacja zdrowotna. Będzie to przedmiot, który zdrowie człowieka traktuje w sposób kompleksowy. Wg Minister Edukacji, edukacja zdrowotna będzie obejmować zagadnienia zdrowia psychicznego, fizycznego, a także kwestie zdrowego odżywiania, profilaktyki, problemu uzależnień oraz edukacji seksualnej. Zostanie powołany zespół ekspertów, który wypracuje podstawy programowe nowego przedmiotu. Koordynatorem zespołu będzie prof. Zbigniew Izdebski, doświadczony pedagog, seksuolog, nauczyciel akademicki. Ekspertów do zespołu rekomendowali też ministrowie zdrowia oraz sportu i turystyki. Szkoła musi uczyć, jak zadbać o własne zdrowie. Wg Minister Zdrowia, profilaktyka to priorytet, bo pozwala zachować długie życie w dobrym zdrowiu. Trudno wyobrazić sobie lepszy czas na wyrobienie zdrowych nawyków stylu życia niż czas w szkole. Wg Ministra Sportu, edukacja zdrowotna ma pokazać uczniom, że od tego, czy się ruszasz, od tego, co jesz, od tego, jak się wysypiasz, zależy to, jak się czujesz i czy jesteś zdrowy. Ministerstwo Sportu i Turystyki wspólnie z Ministerstwem Edukacji Narodowej realizuje już programy aktywizujące i edukujące dzieci i młodzież: „Sportowe talenty” i „Aktywna szkoła”. Rolą szkoły jest to, by uczniowie nabywali umiejętności ruchowe, które decydują o sprawności, także w późniejszych latach. Edukacja zdrowotna zastąpi wychowanie do życia w rodzinie. Przedmiot ten jest przewidziany dla uczniów klas IV-VIII szkół

---

<sup>2</sup> <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU20150001916/U/D20151916Lj.pdf>

<sup>3</sup> <https://profibaza.pzh.gov.pl/publikacje/wybrane-metody-pracy-w-zdrowiu-publicznym/03-edukacja-zdrowotna>

podstawowych, a także klas I-III szkół ponadpodstawowych – liceów ogólnokształcących, techników, branżowych szkół I stopnia.<sup>4</sup>

Profilaktyka, to zapobieganie chorobom, ich wczesne wykrywanie oraz takie postępowanie w razie choroby, które pomoże złagodzić jej przebieg. Zapobiegać chorobom możemy zarówno poprzez sposób, w jaki żyjemy, jak i poprzez poddawanie się badaniom przesiewowym, które pozwolą wykryć groźne schorzenia na takim etapie, że wciąż pozostają duże szanse wyleczenia i zredukowania ryzyka powikłań. Dobrym przykładem są tu nowotwory, choć nie tylko, bo tych chorób, których wczesne wykrycie pozwoli na ograniczenie dalszego rozwoju choroby, jest więcej: np. cukrzyca, nadciśnienie, miażdżyca.<sup>5</sup> Profilaktyka, to działania ukierunkowane na zapobieganie wystąpieniu choroby, na minimalizowanie wpływu choroby i niepełnosprawności albo – jeśli nie jest to możliwe – opóźnienie jej postępu. Profilaktyka pierwotna (I fazy) to działania ukierunkowane na ludzi zdrowych i ich środowisko życia w celu zmniejszenia prawdopodobieństwa wystąpienia chorób lub zaburzeń zdrowia. Profilaktyka pierwotna to m.in. szczepienia ochronne oraz edukacja zdrowotna. Profilaktyka wtórna (II fazy) polega na wczesnym wykrywaniu chorób i szybkich działaniach naprawczych w celu powstrzymania rozwoju choroby – poszukiwaniu czynników ryzyka i ich eliminowanie. Skierowana jest do osób zagrożonych i obejmuje m.in. badania przesiewowe (screening) – np. w kierunku raka piersi (mammografia) czy szyjki macicy (cytologia), badania okresowe, kontrolę czynników ryzyka, poradnictwo. Profilaktyka III fazy dotyczy działań leczniczych i rehabilitacyjnych podejmowanych w czasie, gdy choroba jest już w pełni rozwinięta. Jej cel to ograniczenie skutków choroby oraz zmniejszanie ryzyka jej nawrotów. Obejmuje m.in. leczenie, opiekę ostrą, kontynuację leczenia, rehabilitację, zarządzanie powikłaniami. Profilaktykę można prowadzić np. z perspektywy adresata (na poziomie pojedynczej osoby – tzw. strategia wysokiego ryzyka oraz populacji – tzw. strategia populacyjna), triady epidemiologicznej (unieszkodliwienie źródła zakażenia, przecięcie dróg szerzenia się zakażenia, uodpornienie populacji) czy poziomu ryzyka (uniwersalna, selektywna, wskazująca).<sup>6</sup>

Diagnostyka medyczna to proces identyfikacji choroby lub innego stanu zdrowia na podstawie obserwacji, badania klinicznego oraz wykorzystania specyficznych testów i procedur. Celem diagnostyki medycznej jest nie tylko ustalenie diagnozy, ale także monitorowanie przebiegu choroby oraz ocena efektywności zastosowanego leczenia. Zaawansowana diagnostyka pozwala na precyzyjne określenie etiologii (przyczyny) i patogenezę (mechanizmu rozwoju) choroby, co jest kluczowe dla wyboru najbardziej odpowiedniej i skutecznej metody leczenia. Ponadto, diagnostyka medyczna odgrywa istotną rolę w profilaktyce, umożliwiając wczesne wykrycie stanów przedchorobowych lub chorób we wczesnym stadium, co znacznie zwiększa szanse na całkowite wyleczenie lub zatrzymanie postępu choroby. Rola diagnostyki medycznej w opiece zdrowotnej jest wielowymiarowa i obejmuje kluczowe aspekty zarówno w kontekście indywidualnego pacjenta, jak i szeroko rozumianego systemu opieki zdrowotnej. Są to: rozpoznanie chorób i stanów patologicznych, wczesne wykrywanie i profilaktyka, monitorowanie przebiegu choroby i skuteczności leczenia, personalizacja terapii, zapobieganie powikłaniom, poprawa efektywności systemu opieki zdrowotnej. Postępy w genetyce i genomice otworzyły drogę do personalizowanej medycyny, pozwalając na dostosowanie diagnozy i leczenia do indywidualnych cech genetycznych pacjenta. Pojawiły się nowe metody diagnostyczne, takie jak: sekwencjonowanie nowej generacji (NGS), rozwój technologii mikromacierzy DNA, obrazowanie molekularne, sztuczna inteligencja (AI) w diagnostyce, rozwój testów płynnych biopsji, wearable technology i urządzenia monitorujące zdrowie, cyfrowa patologia

---

<sup>4</sup> <https://www.gov.pl/web/edukacja/edukacja-zdrowotna-w-szkolach-od-2025-roku-ruszaja-prace-przygotowawcze>

<sup>5</sup> <https://pacjent.gov.pl/programy-profilaktyczne>

<sup>6</sup> <https://profibaza.pzh.gov.pl/publikacje/swiadczenia-zdrowia-publicznego/05-profilaktyka-chor%C3%B3b-definicja>

i telepatologia, Big Data w medycynie oraz personalizowana medycyna i farmakogenomika. Badania diagnostyczne można klasyfikować na podstawie różnych kryteriów, takich jak charakter badań, technologia używana do wykonania testu, czy obszar ciała, który jest badany. Podstawowe rodzaje badań diagnostycznych wykorzystywanych w medycynie to: badania laboratoryjne (testy krwi, moczu - badania moczu, testy genetyczne), badania obrazowe (rentgen, tomografia komputerowa, rezonans magnetyczny, ultrasonografia), badania endoskopowe (gastroskopia, kolonoskopia, bronchoskopia), badania funkcjonalne (elektrokardiogram, elektroencefalogram, spirometria, testy wysiłkowe), ocena reakcji serca na wysiłek fizyczny, pomocne w diagnozowaniu choroby wieńcowej. Badania diagnostyczne są niezbędne do precyzyjnego określenia diagnozy, co jest kluczowe dla właściwego podejścia terapeutycznego i monitorowania stanu zdrowia pacjentów.<sup>7</sup>

Poniżej opisano przykładowe problemy zdrowotne w kontekście edukacji, profilaktyki i diagnostyki.

## Spis treści

Program kompleksowej opieki specjalistycznej nad świadczeniobiorcami leczonymi z powodu otyłości olbrzymiej (KOS-BAR) oraz program pilotażowego w zakresie kompleksowej opieki specjalistycznej nad świadczeniobiorcami leczonymi z powodu otyłości KOS-BMI 30 PLUS .....	4
Semaglutyd w terapii cukrzycy typu 2 .....	7
Krajowy program badań przesiewowych w kierunku HCV i terapia wirusowego zapalenia wątroby typu C .....	7
Szczepienie przeciw półpaścowi i neuralgii popółpaścowej .....	9
Zapobieganie HIV i AIDS .....	10
Mirabegron we wskazaniu: II linia farmakologicznego leczenia objawów zespołu pęcherza nadreaktywnego u dorosłych chorych uprzednio leczonych lekami antymuskarynowymi .....	11
W raku prostaty potrzeba większej dostępności profilaktyki, diagnostyki i terapii .....	12
Rak pęcherza moczowego wymaga nowych terapii .....	12
Zabieg rekonstrukcji zwieraczy w terapii nietrzymania gazów i stolca, jako powikłania porodu u kobiet	13
Trzecia edycja raportu Barometr WHC „Kobieta w kolejce” .....	14

## Program kompleksowej opieki specjalistycznej nad świadczeniobiorcami leczonymi z powodu otyłości olbrzymiej (KOS-BAR) oraz program pilotażowego w zakresie kompleksowej opieki specjalistycznej nad świadczeniobiorcami leczonymi z powodu otyłości KOS-BMI 30 PLUS

Obecnie około 2,6 miliarda ludzi na świecie, czyli 38% populacji, jest otyła lub ma nadwagę, a z raportu opublikowanego przez Our World in Data wynika, że ponad 4,5 miliona ludzi na świecie umiera przedwcześnie z powodu otyłości. W Polsce nadmierną masę ciała ma 65,7% mężczyzn i 45,9% kobiet, natomiast otyłość występuje u 15,4% mężczyzn i 15,2% kobiet. Otyłość olbrzymia (BMI 40,0 lub więcej) występuje u 0,5% mężczyzn i 0,4% kobiet (wyniki badań realizowanych przez IŻŻ/NIZP-PZH w ramach współpracy z EFSA, przeprowadzonych w latach 2019-2020).

<sup>7</sup> <https://www.medicon.pl/czytelnia/diagnostyka-medyczna/>

Nadwaga i otyłość zwiększają ryzyko zachorowalności na ponad 200 schorzeń, w tym m.in. cukrzycę typu 2, nadciśnienie tętnicze, zaburzenia lipidowe, chorobę niedokrwienną serca, obturacyjny bezdech senny, chorobę zwyrodnieniową stawów, depresję oraz sprzyjają rozwojowi niektórych typów nowotworów, podwyższając ryzyko zgonu.

Najnowsze badania naukowe sugerują, że leczenie operacyjne chorych otyłych wydłuża ich życie, jednocześnie znacząco poprawiając jego jakość. Chirurgiczne zmniejszenie żołądka zapewnia wyraźną utratę wagi i pomaga w leczeniu ponad 40. schorzeń związanych z otyłością, takich jak: cukrzyca typu 2, choroby serca, obturacyjny bezdech senny i niektóre nowotwory, zapobiegając im, łagodząc ich objawy oraz prowadząc do ustąpienia choroby. U wielu pacjentów po zabiegu obserwowano redukcję incydentów kardiologicznych, udarów, występowania nowotworów oraz w szczególności lepszą kontrolę lub remisję cukrzycy, co wpływa na zmniejszenie śmiertelności związanej z patologiczną otyłością.

W odpowiedzi na powyższe doniesienia, wprowadzono w Polsce program pilotażowy KOS-BAR, który wszedł w życie 1 stycznia 2022 r.<sup>8</sup> Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z 1 czerwca 2023 r. pilotaż został przedłużony do grudnia 2024.<sup>9</sup> Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z kwietnia 2024 r. program pilotażowy w zakresie specjalistycznej opieki nad pacjentami z otyłością olbrzymią został przedłużony do 30 czerwca 2026 r.<sup>10</sup>

KOS-BAR to unikalny na skalę światową program kompleksowej opieki zdrowotnej opartej na wartości (VBHC), dedykowany chorym na otyłość olbrzymią leczoną chirurgicznie (JGP F14). Jego wyjątkowość polega m.in. na długoterminowej kontroli i wsparciu pacjentów oraz płaceniu za efekt zdrowotny. Dodatkowo, KOS-BAR został całkowicie sfinansowany z podatku cukrowego. Do programu mogą zostać zakwalifikowani pacjenci o:

- 1) BMI  $\geq$  40 kg/m<sup>2</sup> w wieku od 18 do 65 roku życia z rozpoznaniem ICD-10: E66.0 Otyłość spowodowana nadmierną podażą energii;
- 2) BMI 35-40 kg/m<sup>2</sup>, u których chirurgicznie indukowana redukcja masy ciała może przynieść potencjalną poprawę w zakresie chorób wywołanych otyłością.

KOS-BAR realizowany jest w czterech modułach:

- 1) I moduł – diagnostyka, leczenie przedoperacyjne i rehabilitacja przedoperacyjna, która trwa od 3 do 6 miesięcy od rozpoczęcia diagnostyki. Ten etap obejmuje także opiekę diabetologiczną czy psychologiczną.
- 2) II moduł – leczenie zabiegowe/operacja bariatryczna
- 3) III moduł – rehabilitacja lecznicza
- 4) IV moduł – bariatryczna opieka specjalistyczna (monitorowanie).

Obecnie program jest realizowany w 19-stu ośrodkach w całej Polsce. Szacowane koszty programu pilotażowego z uwagi na wydłużenie programu pilotażowego wyniosą 194 731 772,92 zł (w tym szacowany

---

<sup>8</sup> Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 12 sierpnia 2021 r. w sprawie programu pilotażowego w zakresie kompleksowej opieki specjalistycznej nad świadczeniobiorcami leczonymi z powodu otyłości olbrzymiej KOS-BAR  
<https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20210001622>

<sup>9</sup> Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 1 czerwca 2023 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie programu pilotażowego w zakresie kompleksowej opieki specjalistycznej nad świadczeniobiorcami leczonymi z powodu otyłości olbrzymiej KOS-BAR.  
<https://www.infor.pl/akt-prawny/DZU.2023.153.0001052,rozporzadzenie-ministra-zdrowia-zmieniajace-rozporzadzenie-w-sprawie-programu-pilotazowego-w-zakresie-kompleksowej-opieki-specjalistycznej-nad-swiadczeniobiorcami-leczonymi-z-powodu-otylosci-olbrzymie.html>

<sup>10</sup>Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie programu pilotażowego w zakresie kompleksowej opieki specjalistycznej nad świadczeniobiorcami leczonymi z powodu otyłości olbrzymiej KOS-BAR. 17.04.2024  
<https://legislacja.rcl.gov.pl/projekt/12384209/katalog/13053386#13053386>

koszt samego przedłużenia programu wynosi 67 270 975,92 zł). Na wysokość kosztów programu pilotażowego mają wpływ: czas realizacji trwania pilotażu (4 lata i 7 miesięcy) oraz populacja objęta pilotażem (około 10 750 pacjentów). Program KOS-BAR powinien być uzupełniony o farmakoterapię otyłości.

### **Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie programu pilotażowego w zakresie kompleksowej opieki specjalistycznej nad świadczeniobiorcami leczonymi z powodu otyłości KOS-BMI 30 PLUS**

Wielodyscyplinarna opieka w jednym ośrodku, który zapewnia sprawną koordynację na każdym etapie leczenia, obejmująca także monitorowanie efektów – taki jest cel uruchomienia projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie programu pilotażowego w zakresie kompleksowej opieki specjalistycznej nad świadczeniobiorcami leczonymi z powodu otyłości KOS-BMI 30 PLUS.<sup>11</sup> Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie programu pilotażowego w zakresie kompleksowej opieki specjalistycznej nad świadczeniobiorcami leczonymi z powodu otyłości KOS-BMI 30 PLUS został skierowany do konsultacji. Projekt określa warunki realizacji programu KOS-BMI 30 PLUS. - Koncepcja kompleksowej diagnostyki i leczenia świadczeniobiorców z rozpoznaną otyłością opiera się na scentralizowanym, wielodyscyplinarnym leczeniu w jednym ośrodku, który zapewnia sprawną koordynację na każdym etapie leczenia, obejmuje także monitorowanie efektów leczenia oraz całego procesu leczenia.

Celem programu jest poprawa jakości i efektywności leczenia pacjentów w wieku od 18. roku życia z rozpoznaniem - według klasyfikacji ICD-10 - E66.0, czyli z otyłością spowodowaną nadmierną podażą energii, u których wskaźnik masy ciała BMI wynosi 30 i więcej oraz u których rozpoznano przynajmniej jedno z wymienionych powikłań otyłości: stan przedcukrzycowy, cukrzyca typu 2, nadciśnienie tętnicze, dyslipidemia, obturacyjny bezdech senny wymagający wspomagania oddechu (CPAP), zespół policystycznych jajników, zespół metaboliczny, upośledzenie funkcji wątroby (podwyższone transaminazy), konieczność redukcji masy ciała przed planowaną endoprotezoplastyką lub innym leczeniem zabiegowym. Podstawowym kryterium kwalifikacji do programu mają być wiek i BMI. Okres realizacji programu pilotażowego obejmuje:

- 1) etap organizacji, obejmujący zawarcie umów z NFZ przez ośrodki koordynujące, trwający trzy miesiące od dnia wejścia w życie rozporządzenia;
- 2) etap realizacji, czyli udzielania świadczeń w okresie 24 miesięcy od dnia podpisania umów;
- 3) etap ewaluacji, trwający trzy miesiące od dnia zakończenia etapu realizacji.

W raporcie OECD z 2019 r. pt. „The Heavy Burden of Obesity. The Economics of Prevention” stwierdzono, że nadwaga i otyłość generują olbrzymie koszty z perspektywy społecznej. Zmniejszają oczekiwaną długość życia, zwiększają koszty opieki zdrowotnej, obniżają wydajność pracowników, a poprzez to obniżają Produkt Krajowy Brutto (PKB). W przypadku Polski, w najbliższych 30 latach będzie to strata na poziomie ok. 4,1% PKB, czyli 0,14% PKB rocznie. Średnia dla Unii Europejskiej i OECD wyniosła 3,3% PKB. Otyłość odpowiada za 70% kosztów leczenia cukrzycy, 23% kosztów leczenia chorób sercowo-naczyniowych i 9% kosztów leczenia raka.<sup>12</sup> NFZ w raporcie z 2019 r. pt. „Cukier, otyłość – konsekwencje” szacuje wzrost kosztów związanych z leczeniem chorób związanych z nadwagą i otyłością o 0,3 – 1,0 mld zł w 2025 r. w porównaniu do 2017 r. Liczba dorosłych osób z otyłością wzrośnie do 6,1 – 11,4 mln osób, czyli otyłych będzie 26% dorosłych kobiet i 30% dorosłych mężczyzn. Dotyczy to przede wszystkim chorych na cukrzycę i należy oczekiwać wzrost populacji tych chorych w 2025 r. o 437 – 941 tys., w porównaniu z 2017 r.<sup>13</sup> W raporcie

<sup>11</sup> Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie programu pilotażowego w zakresie kompleksowej opieki specjalistycznej nad świadczeniobiorcami leczonymi z powodu otyłości KOS-BMI 30 PLUS.

<https://legislacja.rcl.gov.pl/projekt/12378902/katalog/13018494>

<sup>12</sup> <https://www.oecd.org/health/the-heavy-burden-of-obesity-67450d67-en.htm>

<sup>13</sup> <https://www.gov.pl/web/zdrowie/cukier-otylosc-konsekwencje-prezentacja-raportu>



Fundacji Republikańskiej z 2021 r. pt. „Otyłość epidemią XXI wieku” oszacowano koszty bezpośrednie i pośrednie otyłości w Polsce. Koszty bezpośrednie, czyli świadczenia zdrowotne i koszty leków, stosowanych głównie w terapii powikłań otyłości, kampanie i programy profilaktyczne wynoszą ok. 5 mld złotych rocznie. Koszty pośrednie, związane z nieobecnością w pracy, utraconym podatkiem lub dochodem, obniżeniem jakości życia czy utraconymi latami życia estymowane są na poziomie ok. 10 mld zł rocznie.<sup>14</sup>

## Semaglutyd w terapii cukrzycy typu 2

Od 1 września 2022 r. semaglutyd jest refundowany we wskazaniu: „Cukrzyca typu 2 u pacjentów leczonych co najmniej dwoma lekami hipoglikemizującymi, z HbA1c  $\geq$  7,5%, z otyłością definiowaną jako BMI  $\geq$ 30 kg/m<sup>2</sup> oraz bardzo wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym rozumianym jako: 1)potwierdzona choroba sercowo-naczyniowa, lub 2)uszkodzenie innych narządów objawiające się poprzez: białkomocz lub przerost lewej komory lub retinopatię, lub 3)obecność 2 lub więcej głównych czynników ryzyka spośród wymienionych poniżej: -wiek  $\geq$  55 lat dla mężczyzn,  $\geq$ 60 lat dla kobiet, -dyslipidemia, -nadciśnienie tętnicze, -palenie tytoniu).” Semaglutyd, który pełni rolę agonisty receptora GLP-1 selektywnie wiąże się z receptorem GLP-1 aktywując go, podobnie jak natywny GLP-1. GLP-1 to fizjologiczny hormon o wielorakim działaniu w zakresie regulowania apetytu i stężenia glukozy oraz czynności układu sercowo-naczyniowego. Jego wpływ na stężenie glukozy i apetyt jest związany z receptorami GLP-1 znajdującymi się w trzustce i mózgu. Zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego (ChPL) semaglutyd jest wskazany do stosowania u dorosłych z niedostatecznie kontrolowaną cukrzycą typu 2 łącznie z odpowiednią dietą i wysiłkiem fizycznym w monoterapii, u pacjentów, u których stosowanie metforminy jest niewskazane ze względu na nietolerancję lub istniejące przeciwwskazania oraz w skojarzeniu z innymi produktami leczniczymi stosowanymi w leczeniu cukrzycy. Wnioskowane wskazanie zawiera się we wskazaniu rejestracyjnym.

Wg. wyników badania SUSTAIN 5 wśród pacjentów z cukrzycą typu 2 w grupach SEM 0,5 mg i 1 mg stosowanych razem z MET i INS po 30 tygodniach leczenia obserwowano statystycznie istotną większą redukcję poziomu hemoglobiny glikowanej: HbA1c, stężenia glukozy na czczo w osoczu: FPG, stężenia glukozy w osoczu wg samodzielnego pomiaru: SMPG, masy ciała, wskaźnika BMI i obwodu talii oraz większą redukcję skoków glikemii po posiłku w porównaniu do grupy otrzymującej PLA razem z MET i INS. W grupie SEM 1 mg stosowanym razem z MET i INS po 30 tygodniach leczenia obserwowano również statystycznie istotny większy wzrost częstości rytmu serca i statystycznie istotną większą redukcję wartości ciśnienia skurczowego (SBP) w porównaniu do grupy otrzymującej PLA razem z MET i INS.

## 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

<sup>14</sup> <https://fundacjarepublikanska.org/otylosc-epidemia-xxi-wieku/>

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.*<sup>15</sup> 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.<sup>16</sup> Celem testowania planu działania w zakresie

---

<sup>15</sup> 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 Drobniak, Krzysztof Tomaszewicz, Małgorzata Pawłowska. Lekarz POZ 4/2021 <https://www.termedia.pl/Stowowisko-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>

<sup>16</sup> [https://www.who.int/hepatitis/news-events/07\\_towards-elimination-Dr-Gottfried-Hirnschall.pdf?ua=1](https://www.who.int/hepatitis/news-events/07_towards-elimination-Dr-Gottfried-Hirnschall.pdf?ua=1)



zapalenia wątroby w regionie Europy Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) na 2020 r. jest zdiagnozowanie i przeleczenie 50% osób żyjących z przewlekłym wirusowym zapaleniem wątroby typu B (HBV) i C (HCV). Zgłoszone dane z 2017 r. pokazują, że region Europy jest daleki od osiągnięcia tego celu – do tej pory zdiagnozowano 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.<sup>17</sup> 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.<sup>18</sup> 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.<sup>19</sup>

### Szczepienie przeciw półpaścowi i neuralgii popółpaścowej

Półpasiec jest chorobą zakaźną, manifestującą się reaktywacją utajonego zakażenia wirusem ospy wietrznej – *Varicella zoster* (VZV) po przechorowaniu lub bezobjawowej ekspozycji na tego wirusa w dzieciństwie, albo w młodości. Po ekspozycji, wirus pozostaje w uśpieniu w zwojach układu nerwowego (nerwu trójdzielnego i nerwów rdzeniowych), czyli utrzymuje się bezobjawowo u osób, które przebyły ospę wietrzną lub miały kontakt z wirusem VZV. Wirus drzemie w układzie nerwowym przez wiele lat i czasem ulega w nim reaktywacji. Wedle danych epidemiologicznych prawie każda osoba w populacji Polski miała kontakt z wirusem VZV. VZV ze stanu uśpienia reaktywuje się u 10-20 proc. pacjentów, tzn. rozwinię się u nich półpasiec. Można więc przyjąć, że tak ogromny odsetek populacji Polski jest potencjalnie narażony na rozwinięcie półpaśca. Współczesna wiedza nie zna odpowiedzi, dlaczego tylko u niektórych osób dojdzie do reaktywacji wirusa VZV. Wiadomo natomiast, że półpasiec występuje częściej u osób z obniżoną odpornością, starszych, z nowotworami (szczególnie chłoniakami), u osób otrzymujących chemioterapię lub steroidoterapię, a także zakażonych HIV (*human immunodeficiency virus*). Czynniki wywołującymi półpasiec są najczęściej stres emocjonalny, stosowanie leków (leki immunosupresyjne), obecność nowotworu złośliwego. Najczęstszym z nich i najbardziej dokuczliwym dla pacjentów jest neuralgia popółpaścowa. Neuralgia popółpaścowa, zgodnie z definicją, jest to ból, który trwa w obrębie dotkniętych półpaścem dermatomów, powyżej 3 miesięcy od wystąpienia zmian półpaścowych na skórze. Neuralgia popółpaścowa najczęściej dotyczy osób w wieku podeszłym – im człowiek starszy, tym ryzyko tego powikłania jest większe. Dotyczy to szczególnie pacjentów powyżej 50 r. ż. Wedle statystyk 20-30 proc. chorych rozwinię neuralgię popółpaścową – im jesteśmy starsi, tym ten odsetek jest większy, a u osób powyżej 70 r.ż. nawet 75 proc. pacjentów może rozwinąć neuralgię popółpaścową. Neuralgia po półpaścu jest typowym przykładem bólu neuropatycznego – jest to taki rodzaj bólu, który wynika z uszkodzenia układu nerwowego i we współczesnej medycynie jest jednym z najtrudniej leczących się zespołów bólowych. Omawiana neuralgia nie zawsze objawia się jako typowy ból. Może to być bardzo dokuczliwa przeczulica na dotyk, temperaturę oraz nadmierna reakcja na bodźce bólowe. Obecnie na rynku polskim istnieje możliwość wdrożenia profilaktyki, zarówno półpaśca, jak i neuralgii popółpaścowej. Taką opcję daje szczepienie przeciw półpaścowi i neuralgii popółpaścowej. Szczepionka jest przeznaczona dla osób powyżej 50 r.ż., ale również dla osób po 18 r.ż. ze zwiększonym ryzykiem zachorowania na półpaśca, czyli wszystkich

<sup>17</sup> 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>

<sup>18</sup> <https://www.who.int/publications/i/item/9789240019003>

<sup>19</sup> <https://statystyki.nfz.gov.pl/DrugPrograms>

osób z grupy ryzyka (z chorobami nowotworowymi, po przeszczepach, nosiciele HIV). Polskie Towarzystwo Badania Bólu rekomenduje tę formę profilaktyki. Badania pokazują, że szczepionka zabezpiecza przed chorobą i neuralgią popółpaścową nawet do 10 lat po jej podaniu, a jej skuteczność według najnowszych badań sięga 90-100 proc.<sup>20</sup>

Zgodnie z Obwieszczeniem Ministra Zdrowia z dnia 11 grudnia 2023 r. w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. Urz. Min. Zdr. 2023.112) od 1 stycznia 2024 roku szczepionka przeciw półpaścowi i neuralgii popółpaścowej jest dostępna z 50% refundacją dla pacjentów w wieku 65 lat i starszych o zwiększonym ryzyku zachorowania na półpasiec. 50% refundacja na szczepionkę oznacza, że cena szczepionki dla pacjenta wynosi 375,53 zł / 1 dawkę.<sup>21</sup>

## 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” wydatkowano 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.<sup>22</sup>

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;

<sup>20</sup> Raport pt. Półpasiec oczami pacjentów. Zapobieganie, Leczenie, Powikłania. MZdrowie 2024

<https://www.mzdrowie.pl/wp-content/uploads/2024/02/01-polpasiec-2024-www.pdf>

<sup>21</sup> <https://www.gov.pl/web/psse-przeworsk/szczepionka-przeciw-polpascowi-objeta-50-refundacja>

<sup>22</sup> Sprawozdanie z Harmonogramu realizacji Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczenia AIDS na lata 2022 - 2026 za 2022 r. [https://aids.gov.pl/krajowy\\_program/2022-2/](https://aids.gov.pl/krajowy_program/2022-2/)

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

## Mirabegron we wskazaniu: II linia farmakologicznego leczenia objawów zespołu pęcherza nadreaktywnego u dorosłych chorych uprzednio leczonych lekami antymuskarynowymi

Choroby dna miednicy stanowią duży problem zdrowotny u kobiet. Zgodnie z szacunkowymi danymi aż 30 proc. dorosłych kobiet w polskiej populacji będzie miało jakąś lub jakieś choroby dna miednicy. Po 50. roku życia zapadalność rośnie do nawet 50 proc. Najczęstsze schorzenia dna miednicy, to wszystkie postaci nietrzymania moczu, obniżenie i wypadanie narządów dna miednicy (nie tylko narządów rozrodczych) oraz nietrzymanie stolca (np. w wyniku okołoporodowych uszkodzeń odbytu). W trakcie procesu starzenia się, starzeją się również mięśnie dna miednicy, które z biegiem czasu wiotczeją. Prowadzi to do różnych patologii, takich jak nietrzymanie moczu. Jest to problem nawet kilku milionów kobiet w Polsce i może nie tylko obniżać jakość życia, ale niemal całkowicie eliminować kobietę z życia społecznego. Pociąga to za sobą wiele różnorodnych problemów zdrowotnych. Są to nadal problemy postrzegane jako wstydlive. Działania systemowe w zakresie opieki nad pacjentkami z chorobami dna miednicy wpisują się w ogłoszony i realizowany przez Ministerstwo Zdrowia program "Zdrowa i bezpieczna ja".

Zespół pęcherza nadreaktywnego to rozpowszechnione w społeczeństwie schorzenie, które pogarsza poziom jakości życia wielu ludzi. Choruje na nie, aż 500 tys. Polek i Polaków, w tym 3 razy częściej dotyka to kobiet, narażając je na cierpienie, poczucie wstydu i bezsilności, a poprzez to wyłączenie z życia zawodowego i społecznego. Schorzenie zmusza do częstych wizyt w toalecie, ograniczając normalne funkcjonowanie życia towarzyskiego i zawodowego. Najczęstsze objawy to częstomocz, nocne oddawanie moczu (nykturia) oraz naglące parcie na pęcherz nawet przy niewielkim jego wypełnieniu. Częstość występowania pęcherza nadreaktywnego waha się od 10% do 26% u dorosłych mężczyzn i od 8% do 42% u dorosłych kobiet. Choroba ta występuje częściej wraz z wiekiem i zwykle pojawia się razem z innymi objawami ze strony dolnych dróg moczowych (LUTS).<sup>24</sup>

Polscy pacjenci z zespołem pęcherza nadreaktywnego nie mają dostępu do pełnej palety rozwiązań farmakologicznych, które są rekomendowane przez polskie i europejskie towarzystwa naukowe. Wśród nich znajduje się m.in. mirabegron, który jest wskazany w objawowym leczeniu naglącego parcia na mocz, częstomoczu i (lub) nietrzymania moczu spowodowanego naglącymi parcami, które mogą wystąpić u dorosłych pacjentów z zespołem pęcherza nadreaktywnego (ang. Overactive bladder, OAB).<sup>25</sup> Polska, jest

<sup>23</sup> Rządowy Program Polityki Zdrowotnej leczenie 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>

<sup>24</sup> [https://bipold.aotm.gov.pl/assets/files/zlecenia\\_mz/2018/175/AWA/175\\_AWA\\_OT\\_4330\\_14\\_2018\\_Betmiga\\_08.11.2018.pdf](https://bipold.aotm.gov.pl/assets/files/zlecenia_mz/2018/175/AWA/175_AWA_OT_4330_14_2018_Betmiga_08.11.2018.pdf)

<sup>25</sup> <https://www.astellas.com/pl/system/files/2021-10/Betmiga%20Chpl%20na%20stron%C4%99%20internetow%C4%85%20Astellas.pdf>

jedynym krajem w Unii Europejskiej, w którym cząsteczka ta nie została objęta refundacją, mimo tego, że postępowanie w tej sprawie było inicjowane dwukrotnie (ostatni proces refundacyjny dla mirabegronu został zainicjowany w 2018 roku, a zakończyła go negatywna decyzja wydana w marcu 2022 r.; wnioskodawca odwołał się od wspomnianej decyzji, jednak odwołanie to nie zostało uwzględnione). Objęcie finansowaniem publicznym mirabegronu pozwoliłoby na leczenie OAB zgodnie z europejskim i światowym standardem opieki i przyczyniłoby się do poprawy zdrowia chorych cierpiących na zespół pęcherza nadreaktywnego.

### W raku prostaty potrzeba większej dostępności profilaktyki, diagnostyki i terapii

Oceniając stan opieki w raku prostaty w Polsce w styczniu 2024 roku należy przyznać, że w ostatnich miesiącach i latach w tej dziedzinie medycyny zdarzyło się wiele dobrego. Skringowy program pilotażowy, refundacja nowych procedur i terapii to bez wątpienia ważne kroki milowe na drodze do udoskonalenia opieki nad pacjentami z najczęściej występującym wśród mężczyzn nowotworem. Nie można jednak spoczywać na laurach: konieczne są zakrojone na szeroką skalę działania świadomościowe, dostęp do specjalisty urologa bez skierowania a także zwiększanie zakresu refundacji procedur diagnostycznych i terapeutycznych. Obecnie wiele form diagnostyki i terapii jest dostępnych, w ograniczonym zakresie. To sprawia, że nie zawsze mogą być zastosowane we wszystkich przypadkach, gdzie miałyby to uzasadnienie kliniczne. Dostępność badań rezonansem magnetycznym jest obecnie dość duża. Co więcej, jakość badań i ich opisy także są obecnie bardzo dobre. W ciągu ostatnich dwóch lat nastąpiła w tym zakresie naprawdę znacząca zmiana jakościowa. To bardzo ważne, ponieważ bez dobrej jakościowo oceny tego badania nie ma mowy o tym, żeby można było właściwie zdiagnozować raka prostaty. Problem polega na tym, że nie jest obecnie refundowana biopsja w oparciu o rezonans (tzw. biopsja fuzyjna). Pacjenci pytają o możliwość jej wykonania – czy to ze znieczuleniem czy bez, ale z użyciem odpowiedniego sprzętu. Niestety, z powodu braku refundacji musimy wciąż jednak bazować na tak zwanej „starej biopsji”. Szpitale mają problemy z zakupem sprzętu do biopsji fuzyjnej i brakiem możliwości rozliczenia procedury obejmującej znieczulenie i wykonanie badania.

W kontekście dostępności metod leczenia raka prostaty mamy w Polsce możliwości zastosowania terapii zgodnych z aktualną wiedzą medyczną (zawartych w wytycznych towarzystw naukowych). To, co pozostaje wyzwaniem, to poszerzanie dostępu do terapii tak, by określoną formę leczenia można było rzeczywiście zastosować zgodnie ze wskazaniami klinicznymi, bez ograniczeń administracyjnych. Większość pacjentów z rakiem prostaty jest leczona metodami radykalnymi - albo przy pomocy operacji, albo przy pomocy różnych form naświetlania jonizującego. Dostępność i zakres refundacyjny różnych metod leczenia w początkowych stadiach choroby wydają się dobre. Wyzwaniem jest leczenie zaawansowanej i rozsianej postaci raka prostaty. To znacznie mniej liczna grupa pacjentów. Dla tych chorych medycyna ma dziś propozycje różnych rozwiązań, w tym leczenia kilkoma preparatami jednocześnie (działanie na wielu frontach), leczenia sekwencyjnego. To, co bywa wyzwaniem, to brak refundacji dla poszczególnych rozwiązań w określonych grupach chorych. Przykładowo, jeśli pacjent nie spełnia albo przekroczy określone w programie lekowym parametry, nie może liczyć na refundowaną terapię nawet, jeśli onkolog mógłby i chciał ją zastosować w oparciu o aktualną wiedzę medyczną.<sup>26</sup>

### Rak pęcherza moczowego wymaga nowych terapii

Według Krajowego Rejestru Nowotworów liczba nowych zachorowań na nowotwór pęcherza wynosi ponad 6 tys. rocznie. Rozpoznanie choroby nowotworowej pęcherza w Polsce znacznie częściej dotyczy płci męskiej, u której rak pęcherza moczowego stanowi około 7% ogółu zachorowań. Około 75% nowotworów

<sup>26</sup> [https://www.onkonet.pl/n\\_n\\_rakprostaty\\_prof\\_drewna.php](https://www.onkonet.pl/n_n_rakprostaty_prof_drewna.php)

stanowią guzy nienaciekające ścianę pęcherza. Kobiety chorują 3-4 razy rzadziej, ale trend zachorowalności na raka pęcherza moczowego wśród kobiet wskazuje tendencję wzrostową i kształtując się na poziomie 2% ogółu zachorowań na nowotwory. Wśród mieszkańców Europy, wyższy odsetek osób chorych na raka pęcherza moczowego obserwuje się na zachodniej i południowej części kontynentu. Polska, na tle państw Unii Europejskiej, wykazuje niższą średnią zachorowalność wśród populacji, jednakże umieralność wciąż utrzymuje się na jednym z najwyższych poziomów.<sup>27</sup>

W zakresie programu lekowego B.141.FM „Leczenie pacjentów z rakiem urotelialnym” od listopada 2023 r. dodano refundację niwolumabu w leczeniu uzupełniającym chorych z ekspresją liganda programowanej śmierci komórki 1 (PD-L1) na komórkach guza  $\geq 1\%$  i wysokim ryzykiem nawrotu po radykalnej cystektomii z cechą RO oraz enfortumabu wedotyny w II–III linii leczenia chorych z miejscowo zaawansowanym lub przerzutowym rakiem urotelialnym, którzy otrzymali wcześniej chemioterapię opartą na pochodnych platyny i inhibitor receptora programowanej śmierci komórki 1 (PD-1) lub PD-L1 (nawrót choroby w okresie nie wcześniej niż 6 miesięcy od zakończenia leczenia I linii). Klinicyści i pacjenci czekają w raku pęcherza moczowego na refundację publiczną leczenia podtrzymującego po chemioterapii DD MVAC (doksorubicyna, metotreksat, cisplatyna, winblastyna) oraz możliwość leczenia immunoterapią w drugiej linii pacjentów, którzy otrzymali w pierwszej linii chemioterapię i w jej trakcie mieli progresję choroby. Po leczeniu radykalnym u 50 proc. pacjentów dochodzi do nawrotu choroby, a 30 proc. ma wznowy miejscowe. Chorzy, którzy trafiają pod opiekę onkologów z chorobą wyjściowo uogólnioną, stanowią natomiast stosunkowo niewielki odsetek – 10-15 proc. Postępowanie u pacjentów z chorobą przerzutową jest kompleksowo opisane zarówno w zaleceniach międzynarodowych, jak i polskich – Polskiego Towarzystwa Onkologii Klinicznej, czy Polskiego Towarzystwa Urologicznego. Optymalnym rozwiązaniem jest u tych chorych zastosowanie chemioterapii opartej o cisplatynę. Jeśli nie ma takiej możliwości, powinien być zastosowany schemat z karboplatiną. Co istotne, nasz program lekowy daje możliwość zastosowania immunoterapii podtrzymującej po chemioterapii, jeśli uda się uzyskać przynajmniej kontrolę choroby. Jeśli chodzi o korzyść z tego leczenia, w zakresie przeżycia całkowitego sięga ona ok. 5 miesięcy. Istnieje też możliwość stosowania enfortumabu wedotyny, niedawno zarejestrowanego i już refundowanego w Polsce koniugatu cytostatyku i przeciwciała.<sup>28</sup>

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

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

<sup>27</sup> <https://www.zwrotnikraka.pl/rak-pecherza-moczowego-objawy/>

<sup>28</sup> <https://www.rynekzdrowia.pl/Serwis-Onkologia/Rak-pecherza-moczowego-Ekspert-o-zmianach-w-praktyce-klinicznej-i-brakach-w-programie-lekowym,253667,1013.html>



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

### Trzecia edycja raportu Barometr WHC „Kobieta w kolejce”

**Raport Barometr WHC „Kobieta w kolejce” skupia się na jednostkach chorobowych, które znacznie częściej występują u kobiet, oraz na problemach zdrowotnych dotyczących wyłącznie kobiet.** Właśnie ukazała się jego trzecia edycja. **Fundacja Watch Health Care przeanalizowała 80 świadczeń (w tym 31 przeznaczonych wyłącznie dla kobiet) z 14 dziedzin medycyny, poszerzając raport o analizę świadczeń z zakresu leczenia chorób metabolicznych. Niestety jego wyniki, w porównaniu z zeszłym rokiem, nie są optymistyczne.** *-Od dłuższego już czasu tematyka dyskusji w ochronie zdrowia zdominowana jest kwestiami dotyczącymi kobiet. Szkoda, że wynikało to raczej z polityki światopoglądowej, a nie z realnego zainteresowania którejkolwiek ze stron politycznych sytuacją w ochronie zdrowia. Efekt jest taki, że dyskusje trwają, a kobiety w kolejkach do lekarzy stoją coraz dłużej - mówi prezes Fundacji WHC, Milena Kruszewska.* *- Zbliża się Dzień Matki. Jeżeli któraś mama, mimo potrzeby, zwleka z wizytą u specjalisty, to zapisanie jej do lekarza z okazji tego święta może być świetnym prezentem, który jeszcze ma szansę zrealizować się w tym roku - komentuje wyniki raportu Milena Kruszewska.* W przypadku kobiet widoczne jest znaczne

utrudnienie w **dostępie do specjalistów - z oczekiwania przez 3,4 miesiąca w zeszłym roku do 5,9 miesiąca w obecnym**. Według danych Barometru WHC dla całej populacji, bez podziału na płeć, w zeszłym roku Polacy czekali na wizytę u specjalisty średnio 3,7 miesiąca.

### **Pół roku w kolejkach do lekarza**

Wizyty specjalistyczne są często dopiero początkiem drogi diagnozowania i leczenia zaawansowanych jednostek chorobowych. Najwięcej cierpliwości wymaga oczekiwanie na wizytę u endokrynologa - to obecnie aż 18 mies. (w zeszłym roku 11 mies.). Wśród najdłuższych kolejek znajdują się też te do chirurga naczyniowego (wydłużyły się z 6,4 mies. do 11,9 mies.) oraz neurochirurga (wydłużyły się z 6,2 mies. do 11 mies.). Niepokojąco wzrosła też kolejka do ginekologa-onkologa - o 4,7 (z 0,5 mies. do 5,2 mies.). Ponad 5 mies. (5,6 mies.) trzeba też zaczekać na wizytę u chirurga-bariatry - to nowe świadczenie objęte monitoringiem Fundacji, obok m.in. wizyty u diabetologa, do którego pacjentka czekać musi 4,3 mies. Trudny do akceptacji jest również czas oczekiwania na konsultację u psychiatry. Pacjentka posiadająca skierowanie od psychologa, niezależnie od powodu skierowania, musi spędzić bez dostępu do pomocy lekarza średnio ponad trzy miesiące, przy czym dokładny czas oczekiwania w wybranych placówkach ma bardzo szeroki rozrzut i może wynosić od kilku do nawet kilkuset dni.

### **Badania diagnostyczne - w endokrynologii najtrudniej**

Niezwykle istotne dla powodzenia przyszłego leczenia jest możliwie szybkie wykonanie niezbędnych badań. Wyniki uzyskane przez Fundację WHC wskazują, że **na badanie diagnostyczne polskie pacjentki czekają średnio 2,4 mies.** (2,5 mies. z uwzględnieniem analizowanych od 2024 r. świadczeń z zakresu leczenia chorób metabolicznych) - w zeszłym roku czekały 2,3 mies. Wśród wszystkich zweryfikowanych przez Fundację WHC świadczeń diagnostycznych najdłuższy czas oczekiwania odnotowano w przypadku USG tarczycy (6,9 mies.), scyntygrafii tarczycy (5,8 mies.), kolposkopii (5,8 mies.), biopsji aspiracyjnej cienkoigłowej tarczycy (5,4 mies.) wykonywanej u pacjentki z widocznym wolem tarczycy oraz badania w kierunku 5 najczęstszych mutacji genu BRCA1 wykonywanego u pacjentki, której matka zmarła na nowotwór piersi (4,2 mies.). Niewiele krócej (4 mies.) poczekają pacjentki, które otrzymały skierowanie na USG Doppler kończyn dolnych oraz gastroskopię.

### **Z kobiecymi schorzeniami trudniej o pomoc**

Analiza 31 świadczeń przeznaczonych wyłącznie dla kobiet pokazuje, że **średni czas oczekiwania na świadczenia wyłącznie kobiece wynosi 2,8 miesiąca** (w zeszłym roku wynosił 2,5 mies.). W tej kategorii znalazły się w szczególności choroby związane z narządami rodnymi, porodem i położeniem. Na potrzeby analizy zaliczono do niej także raka piersi. Raport pokazuje, że - podobnie jak w poprzednim roku - na rekonstrukcję piersi pacjentki muszą czekać rok. W wielu przypadkach mastektomii można byłoby uniknąć, gdyby dostęp do nowoczesnej diagnostyki był lepszy. W onkologii większość nowoczesnych terapii to tzw. terapie celowane, czyli skupione na konkretnej mutacji w genie. Dotyczy to także raka piersi. Niestety w Polsce nadal wykonuje się zbyt mało badań molekularnych, dodatkowo dostęp do nich jest utrudniony, bo można je wykonywać tylko przy okazji hospitalizacji. Wśród świadczeń przeznaczonych dla kobiet, znaczne utrudnienia w dostępności odnotowano także w przypadku: operacji nietrzymania moczu metodą TOT (6,7 mies.), kolposkopii (5,8 mies.) czy operacji wypadania macicy (5,7 mies.) Z kolei pacjentka z obniżonymi ścianami pochwy po porodzie, odczuwająca silny dyskomfort i ból podczas stosunku, na zabieg waginoplastyki musi poczekać 4,8 mies.

### **Odyseja diagnostyczno-lecznicza pacjentek coraz większa**

Fundacja WHC poświęca także uwagę problematyce etapowości leczenia. Bazując na dostępnych danych, wskazano kilka przykładów ograniczeń, w których sumujący się czas oczekiwania do kolejnych etapów

leczenia jest szczególnie bolesny dla pacjentki i decyduje o jej szansie na powrót do zdrowia bądź o przeżyciu. **Spośród analizowanych ośmiu ścieżek leczniczych wydeptywanych przez pacjentki, sześć uległa wydłużeniu, a dwie skróciły się.** Analiza objęła także dwie nowe ścieżki z zakresu chorób metabolicznych. W tym roku najdłuższa okazała się ścieżka pacjentki zgłaszającej lekarzowi POZ utrzymujące się od kilku miesięcy uczucie ciężkości i bólu nóg, czasem pojawiający się obrzęk. Musi ona przejść przez proces diagnostyczno-terapeutyczny obejmujący dwie konsultacje specjalistyczne, jedno badanie diagnostyczne i jeden zabieg. Zajął jej to 1046 dni (w zeszłym roku trwało to 774 dni). 256 dni czekała na wizytę u angiologa, 120 dni na USG Doppler kończyn dolnych, 358 dni na wizytę u chirurga naczyniowego i 312 dni na zabieg usunięcia żylaków metodą klasyczną. Z kolei pacjentka w wieku 45 lat, z BMI powyżej 40 oraz ze stwierdzonymi nadciśnieniem i cukrzycą typu II, u której konsultacja dietetyka klinicznego trwająca ponad rok nie przyniosła utraty wagi, będzie czekać na konsultację w poradni chirurgii bariatrycznej 167 dni. Następnie 121 dni na gastroskopię, 83 dni na USG jamy brzusznej i wreszcie 185 dni na operację bariatryczną. Jej łączny czas oczekiwania na pomoc wyniesie więc 556 dni.

### System widziany oczami pacjenta

Fundacja WHC od niemal 15 lat analizuje dostępność do świadczeń zdrowotnych podkreślając, że kolejka jest technologią o udowodnionej szkodliwości: człowiek, który czeka w kolejce na pomoc, cierpi, może zostać wykluczony z życia społecznego i zawodowego, może nie doczekać skutecznego leczenia. Weryfikacja czasu oczekiwania ma miejsce w około 450 placówkach medycznych posiadających kontrakt z NFZ - **ankieterzy dzwonią do nich przedstawiając się jako pacjenci z konkretnymi problemami i potrzebami zdrowotnymi.** - *Czekamy z niecierpliwością na przejrzysty system centralnej rejestracji, który kontrolowany będzie m.in. w taki sposób, w jaki my zbieramy dane, czyli oczami pacjenta* - mówi prezes Fundacji WHC. - *Od lat na wyniki naszych raportów powołują się eksperci. Jeśli chodzi o polityków - na nasze dane, jako że nie są zbyt pozytywne, chętnie powołują się politycy opozycyjni, a gdy zdobywają władzę, nagle nasze raporty okazują się dla nich niewiarygodne. Jestem ciekawa, jak będzie teraz* - dodaje.

### KONTAKT:

Anna Jasińska – Rzecznik Medycznej Racji Stanu, tel. 734439122, e-mail: [jasinska@greencomm.pl](mailto:jasinska@greencomm.pl)  
Grażyna Mierzejewska – Ekspert Medycznej Racji Stanu, tel. 734437337,  
e-mail: [mierzejewska@greencomm.pl](mailto:mierzejewska@greencomm.pl)

### PATRONAT MEDIALNY



SPONSORZY

