



RAPORT: EUROPA I POLSKA WOBEC WYZWAŃ ZDROWIA

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
17 grudnia 2024 r.

1. Mec. Jakub Adamski, Dyrektor w Biurze Rzecznika Praw Pacjenta
2. Prof. Alicja Chybicka, Posłanka na Sejm RP, Sejmowa Komisja Zdrowia, Przewodnicząca Zespołu Parlamentarnego ds. Chorób Rzadkich, Transplantologii i Rodziców dla Klimatu
3. Prof. Leszek Czupryniak, Kierownik Kliniki Diabetologii Chorób Wewnętrznych Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, Przewodniczący Rady ds. Chorób Metabolicznych Medycznej Racji Stanu
4. Prof. Dominika Dudek, Prezes Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego, Kierownik Katedry Psychiatrii i Kliniki Psychiatrii Dorosłych Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie
5. Prof. Piotr Gałęcki, Konsultant krajowy w dziedzinie psychiatrii, Kierownik Kliniki Psychiatrii Dorosłych Uniwersytetu Medycznego w Łodzi
6. Dr Jakub Gierczyński, MBA, Ekspert systemu ochrony zdrowia
7. Dr Paweł Grzesiowski, Główny Inspektor Sanitarny
8. Dr Adam Jarubas, Poseł do Parlamentu Europejskiego, Przewodniczący Podkomisji Zdrowia Publicznego w Parlamencie Europejskim
9. Mgr Anna Jasińska, Rzecznik Medycznej Racji Stanu
10. Dr Maciej Karaszewski, Dyrektor Departamentu Lecznictwa w Ministerstwie Zdrowia
11. Dr Wojciech Konieczny, Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia
12. Prof. Anna Kostera-Pruszczyk, Kierownik Katedry i Kliniki Neurologii WUM, Przewodnicząca Rady ds. Chorób Rzadkich
13. Dr Aleksandra Lewandowska, Konsultant krajowa w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży
14. Prof. Artur Mamcarz, Kierownik III Kliniki Chorób Wewnętrznych i Kardiologii WUM
15. Prof. Maria Mazurkiewicz-Beldzińska, Przewodnicząca Polskiego Towarzystwa Neurologii Dziecięcej, Kierownik Kliniki Neurologii Rozwojowej Gdańskiego Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego w Gdańsku
16. Dr Janusz Meder, Prezes Polskiej Unii Onkologii, Narodowy Instytut Onkologii w Warszawie, Medyczna Racja Stanu
17. Mgr Grażyna Mierzejewska, Medyczna Racja Stanu
18. Mec. Piotr Mierzejewski, Współprzewodniczący Komisji Ekspertów ds. Zdrowia, Współprzewodniczący Komisji Ekspertów ds. Ochrony Zdrowia Psychicznego przy Rzeczniku Praw Obywatelskich
19. Prof. Małgorzata Myśliwiec, Kierownik Katedry i Kliniki Pediatrii, Diabetologii i Endokrynologii Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego
20. Prof. Agnieszka Neumann-Podczaska, Dyrektor Instytutu Senioralnego Akademii Ekonomiczno-Humanistycznej w Warszawie
21. Prof. Miłosz Parczewski, Konsultant krajowy w dziedzinie chorób zakaźnych, Kierownik Kliniki Chorób Zakaźnych, Tropikalnych i Nabytych Niedoborów Immunologicznych Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie, Prezes Polskiego Towarzystwa Naukowego AIDS, Wiceprezesem i Prezes-elekt Europejskiego Towarzystwa Klinicznego AIDS
22. Mgr Joanna Parkitna, Dyrektor Wydziału Oceny Technologii Medycznych, Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
23. Dr hab. Marta Podhorecka, Przewodnicząca Rady ds. Polityki Senioralnej przy Ministerstwie Polityki Senioralnej, Katedra Geriatrii CM UMK
24. Prof. Konrad Rejdak, Kierownik Katedry i Kliniki Neurologii Uniwersytetu Medycznego w Lublinie, Członek Komitetu Programowego Europejskiej Akademii Neurologii (EAN)
25. Mgr Łukasz Salwarowski, Członek Rady ds. Polityki Senioralnej przy KPRM, Redaktor Naczelny „Głos Seniora”
26. Prof. Bolesław Samoliński, Kierownik Katedry Zdrowia Publicznego i Środowiskowego WUM, Przewodniczący Rady Ekspertów ds. Bezpieczeństwa Zdrowotnego Seniorów Medycznej Racji Stanu
27. Mgr Katarzyna Skrętowska-Szysko, Dyrektor Zespołu Zdrowia i Spraw Socjalnych w Biurze Rzecznika Praw Dziecka
28. Dr Michał Sutkowski, Prezes - Elekt KLRwP, Współzałożyciel i ekspert Medycznej Racji Stanu, Prodziekan ds. Rozwoju – Wydział Medyczny Uczelnia Łazarskiego
29. Prof. Jolanta Sykut-Cegielska, Konsultant krajowa w dziedzinie pediatrii metabolicznej, Kierownik Kliniki Wrodzonych Wad Metabolizmu i Pediatrii w Instytucie Matki i Dziecka w Warszawie
30. Prof. Krzysztof Tomasiewicz, Kierownik Kliniki Chorób Zakaźnych i Hepatologii Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Lublinie, Prezes Polskiego Towarzystwa Epidemiologów i Lekarzy Chorób Zakaźnych
31. Prof. Ewa Wender-Ożegowska, Konsultant krajowa w dziedzinie położnictwa i ginekologii, Członkini Zespołu do spraw poprawy bezpieczeństwa zdrowotnego kobiet przy Ministrze Zdrowia
32. Mgr Monika Wielichowska, Wicemarszałek Sejmu RP
33. Dr Piotr Winciunas, Naczelny Lekarz ZUS, Przewodniczący Komisji ds. Rejestracji i Prawa Wykonywania Zawodu Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie, Sędzia Naczelnego Sądu Lekarskiego, Wykładowca akademicki Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego w Warszawie i Uniwersytetu Warszawskiego
34. Prof. Zbigniew Żuber, Kierownik Katedry Pediatrii KAAFM, Kierownik Oddziału Dzieci Starszych z pododdziałami neurologii i reumatologii Szpitala Dziecięcego św. Ludwika w Krakowie, Przewodniczący Rady Ekspertów do Spraw Chorób Rzadkich.

Spis treści

1. Medyczna Racja Stanu – misja i działania	3
2. Wprowadzenie, Mgr Anna Jasińska, Mgr Grażyna Mierzejewska, Medyczna Racja Stanu.....	10
3. Stanowiska prelegentów	17
Mgr Anna Jasińska, Rzecznik Medycznej Racji Stanu	17
Mgr Grażyna Mierzejewska, Medyczna Racja Stanu.....	18
Dr Michał Sutkowski, Prezes - Elekt KLRwP, Współzałożyciel i ekspert Medycznej Racji Stanu, Prodziekan ds. Rozwoju – Wydział Medyczny Uczelnia Łazarskiego.....	19
Mgr Monika Wielichowska, Wicemarszałek Sejmu RP	21
Prof. Leszek Czupryniak, Kierownik Kliniki Diabetologii Chorób Wewnętrznych Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, Przewodniczący Rady ds. Chorób Metabolicznych Medycznej Racji Stanu	21
Prof. Zbigniew Żuber, Kierownik Katedry Pediatrii KAAFM, Kierownik Oddziału Dzieci Starszych z pododdziałami neurologii i reumatologii Szpitala Dziecięcego św. Ludwika w Krakowie, Przewodniczący Rady Ekspertów do Spraw Chorób Rzadkich	22
Dr Adam Jarubas, Poseł do Parlamentu Europejskiego, Przewodniczący Podkomisji Zdrowia Publicznego w Parlamencie Europejskim	23
Prof. Bolesław Samoliński, Kierownik Katedry Zdrowia Publicznego i Środowiskowego WUM, Przewodniczący Rady Ekspertów ds. Bezpieczeństwa Zdrowotnego Seniorów Medycznej Racji Stanu	24
Prof. Alicja Chybicka, Posłanka na Sejm RP, Sejmowa Komisja Zdrowia, Przewodnicząca Zespołu Parlamentarnego ds. Chorób Rzadkich, Transplantologii i Rodziców dla Klimatu	26
Prof. Anna Kostera-Pruszczyk, Kierownik Katedry i Kliniki Neurologii WUM, Przewodnicząca Rady ds. Chorób Rzadkich.....	27
Dr Paweł Grzesiowski, Główny Inspektor Sanitarny.....	29
Prof. Ewa Wender-Ożegowska, Konsultant krajowa w dziedzinie położnictwa i ginekologii, Członkini Zespołu do spraw poprawy bezpieczeństwa zdrowotnego kobiet przy Ministrze Zdrowia	31
Mec. Piotr Mierzejewski, Współprzewodniczący Komisji Ekspertów ds. Zdrowia, Współprzewodniczący Komisji Ekspertów ds. Ochrony Zdrowia Psychicznego przy Rzeczniku Praw Obywatelskich	33
Mec. Jakub Adamski, Dyrektor w Biurze Rzecznika Praw Pacjenta.....	35
Mgr Katarzyna Skrętowska-Szysko, Dyrektor Zespołu Zdrowia i Spraw Socjalnych w Biurze Rzecznika Praw Dziecka	36
Prof. Małgorzata Myśliwiec, Kierownik Katedry i Kliniki Pediatrii, Diabetologii i Endokrynologii Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego.....	37

Mgr Joanna Parkitna, Dyrektor Wydziału Oceny Technologii Medycznych, Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji	38
Dr Piotr Artur Winciunas, Naczelny Lekarz ZUS, Przewodniczący Komisji ds. Rejestracji i Prawa Wykonywania Zawodu Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie, Sędzia Naczelnego Sądu Lekarskiego, Wykładowca akademicki Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego w Warszawie i Uniwersytetu Warszawskiego	39
Prof. Dominika Dudek, Prezes Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego, Kierownik Katedry Psychiatrii i Kliniki Psychiatrii Dorosłych Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie	40
Prof. Piotr Gałęcki, Konsultant krajowy w dziedzinie psychiatrii, Kierownik Kliniki Psychiatrii Dorosłych Uniwersytetu Medycznego w Łodzi	41
Dr Wojciech Konieczny, Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia	42
Prof. Krzysztof Tomaszewicz, Kierownik Kliniki Chorób Zakaźnych i Hepatologii Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Lublinie, Prezes Polskiego Towarzystwa Epidemiologów i Lekarzy Chorób Zakaźnych	45
Prof. Maria Mazurkiewicz-Bęldzińska, Przewodnicząca Polskiego Towarzystwa Neurologii Dziecięcej, Kierownik Kliniki Neurologii Rozwojowej Gdańskiego Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego w Gdańsku	46
Prof. Konrad Rejdak, Kierownik Katedry i Kliniki Neurologii Uniwersytetu Medycznego w Lublinie, Członek Komitetu Programowego Europejskiej Akademii Neurologii (EAN)	47
Prof. Agnieszka Neumann-Podczaska, Dyrektor Instytutu Senioralnego Akademii Ekonomiczno-Humanistycznej w Warszawie	47
Prof. Artur Mamcarz, Kierownik III Kliniki Chorób Wewnętrznych i Kardiologii WUM	48
Dr Aleksandra Lewandowska, Konsultant krajowa w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży	49
Prof. Jolanta Sykut-Cegielska, Konsultant krajowa w dziedzinie pediatrii metabolicznej, Kierownik Kliniki Wrodzonych Wad Metabolizmu i Pediatrii w Instytucie Matki i Dziecka w Warszawie	50
Prof. Miłosz Parczewski, Konsultant krajowy w dziedzinie chorób zakaźnych, Kierownik Kliniki Chorób Zakaźnych, Tropikalnych i Nabytych Niedoborów Immunologicznych Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie, Prezes Europejskiego Towarzystwa Klinicznego AIDS, Vice-Prezes Polskiego Towarzystwa Naukowego AIDS	52
Dr hab. Marta Podhorecka, Przewodnicząca Rady ds. Polityki Senioralnej przy Ministerstwie Polityki Senioralnej, Katedra Geriatrii CM UMK	53
Mgr Łukasz Salwarowski, Członek Rady ds. Polityki Senioralnej przy KPRM, Redaktor Naczelny „Głos Seniora”	55
Dr Maciej Karaszewski, Dyrektor Departamentu Lecznictwa w Ministerstwie Zdrowia	56
Dr Janusz Meder, Prezes Polskiej Unii Onkologii, Narodowy Instytut Onkologii w Warszawie, Medyczna Racja Stanu	57

Dr Jakub Gierczyński, MBA, Ekspert systemu ochrony zdrowia.....	58
4. Wnioski i rekomendacje	61
5. Kluczowe informacje przygotowane na debatę przez Medyczną Rację Stanu w zakresie zdrowia seniorów	64
Atidarsagen autotemcel w terapii leukodystrofii metachromatycznej (MLD).....	64
Krajowy program badań przesiewowych w kierunku HCV i terapia wirusowego zapalenia wątroby typu C.....	68
Zapobieganie HIV i zwalczanie AIDS.....	71
Szczepienia dorosłych.....	73
Poszerzenie programu Badań Przesiewowych Noworodków w Polsce o nowe jednostki chorobowe	75
Esketamina w programie lekowym B.147. Leczenie chorych na depresję lekooporną (ICD-10: F33.1, F33.2).....	78
Przestrzeganie zaleceń terapeutycznych (adherence)	81
Systemy ciągłego monitorowania glikemii - klucz do lepszej kontroli i prewencji cukrzycy	82
Systemy zintegrowane (automatycznego podawania insuliny) – kluczowa rola nowoczesnych technologii w skutecznym, bezpiecznym i optymalnym kosztowo leczeniu cukrzycy typu 1.....	84
Dialog międzysektorowy pt. Stop epidemii otyłości w Polsce oraz założenia do krajowego planu strategicznego redukcji otyłości w Polsce	85
Program kompleksowej opieki specjalistycznej nad świadczeniobiorcami leczonymi z powodu otyłości ołbrzymiej (KOS-BAR) oraz program pilotażowego w zakresie kompleksowej opieki specjalistycznej nad świadczeniobiorcami leczonymi z powodu otyłości KOS-BMI 30 PLUS.....	87
Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie programu pilotażowego w zakresie kompleksowej opieki specjalistycznej nad świadczeniobiorcami leczonymi z powodu otyłości KOS-BMI 30 PLUS.....	88
Semaglutyd w terapii cukrzycy typu 2.....	90
6. Tezy dla Zdrowia.....	90
7. Siedem Zasad Doktora Janusza Medera - jak zadbać o wzajemne dobre relacje z pacjentem.....	94
8. Dziewięć kroków do tego, aby żyć 100 lat w pełnym zdrowiu wg Prof. Alicji Chybickiej (na podstawie różnych publikacji)	94

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, dlat



ego 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 expose 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.

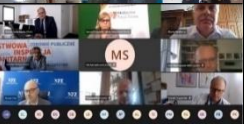
Prof. dr hab. med. Leszek Czupryniak, Kierownik Kliniki Diabetologii i Chorób Wewnętrznych Uniwersyteckie Centrum Kliniczne WUM

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. Poniżej przedstawiono w porządku chronologicznym spotkania Medycznej Racji Stanu w latach 2016-2024.



Tabela. Spotkania Medycznej Racji Stanu w porządku chronologicznym 2016-2024 r.

1. 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.	
2. 29 czerwca 2018 r. „Tezy dla Zdrowia” - prezentacja wypracowanych przez Radę Ekspertów propozycji pilnych rozwiązań systemowych.	
3. 17 kwietnia 2019 r. „Zdrowie - Kapitał Narodu” - potrzeba traktowania nakładów na zdrowie, jako inwestycji, a nie tylko wydatków, szczególnie w odniesieniu do chorób przewlekłych.	

4.	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.	
5.	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.	
6.	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.	
7.	8 kwietnia 2020 r. I Spotkania Online Rady Ekspertów ds. Onkologii Medycznej Racji Stanu – rak nie zna pojęcia kwarantanna.	
8.	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.	
9.	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.	
10.	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.	
11.	25 września 2020 r. Wartości w medycynie - czego uczy nas światowy kryzys zdrowia - zdrowie jest jedną z największych wartości człowieka i społeczeństwa.	
12.	7 grudnia 2020 r. Bezpieczeństwo pacjenta onkologicznego: profilaktyka, diagnostyka, terapie, czas odchodzenia - sytuacja epidemiologiczna nie może zahamować diagnostyki i leczenia nowotworów.	
13.	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.	
14.	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 szansę poprawy opieki dzięki wprowadzeniu Narodowego Planu dla Chorób Rzadkich oraz Funduszu Medycznego.	
15.	19 marca 2021 r. I Spotkanie Online Rady Ekspertów ds. Chorób Autoimmunologicznych Medycznej Racji Stanu - było poświęcone sytuacji chorych autoimmunologicznych w dobie pandemii Covid-19	

16. 23 kwietnia 2021 r. Debata Medycznej Racji Stanu Postęp terapeutyczny – szansa dla pacjentów.	
17. Wyzwanie dla systemu. Perspektywa czasu pandemii Covid-19 - debata ekspercko-systemowa odnosząca się do nowych możliwości terapeutycznych w medycynie.	
18. 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.	
19. 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	
20. 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.	
21. 15 listopada 2021 r. Debata Medycznej Racji Stanu Zdrowie Kobiety - Bezpieczeństwo Rodziny - kobiety stanowią 52% polskiej populacji. Przeciętna długość życia Polki wynosi 82 lata, z czego w zdrowiu 64, a to oznacza 18 lat życia z chorobą. Zaledwie 26% pań po 50 roku życia jest aktywnych zawodowo.	
22. 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, a dzięki diagnostyce i leczeniu może być wyeliminowane do 2030 r.	
23. 1 lutego 2022 r. IV spotkanie Rady Ekspertów ds. Onkologii Medycznej Racji Stanu - eksperci Medycznej Racji Stanu zastanawiali się, jak poradzić sobie z długim zdrowotnym i finansowym w onkologii, który powstał w wyniku pandemii Covid-19. Spowolniła ona realizację Narodowej Strategii Onkologicznej (NSO).	
24. 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 i terapii. Rekomendowane jest wdrażanie Planu dla Chorób Rzadkich.	
25. 25 marca 2022 r. Debata Medycznej Racji Stanu pt. Zdrowie Kobiety w Obliczu Wyzwań Geopolitycznych - II etap kampanii informacyjno-systemowej „Zdrowie Kobiety – Bezpieczeństwo Rodziny”.	
26. 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.	
27. 30 maja 2022 r. Debata Medycznej Racji Stanu pt. Aktualne wyzwania w leczeniu nowotworów kobiecych – III etap kampanii informacyjno-systemowej „Zdrowie Kobiety – Bezpieczeństwo Rodziny”.	

28. 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.	
29. 22 września 2022 r. Wspólne cele w realizacji idei Europejskiej Unii Zdrowia - I debata ekspercka Medycznej Racji Stanu.	
30. 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.	
31. 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.	
32. 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.	
33. 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.	
34. 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	
35. 30 marca 2023 r. II Spotkanie Rady Ekspertów ds. Chorób Autoimmunologicznych Medycznej Racji Stanu - Rekomendowana jest szybka diagnoza i leczenie chorób autoimmunologicznych.	
36. 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	
37. 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.	
38. 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.	
39. 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.	

40. 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.	
41. 28 września 2023 „TAK dla zdrowia rodziny” - Debata i konferencja inaugurująca Kampanię Medycznej Racji Stanu i Fundacji Polska Koalicja Pacjentów Onkologicznych. Celem Kampanii „TAK dla zdrowia rodziny” jest propagowanie profilaktyki onkologicznej.	
42. 27 listopada 2023 „Choroby zakaźne - skala zagrożeń” - Debata Medycznej Racji Stanu. Choroby zakaźne stają się coraz większym wyzwaniem dla systemów ochrony zdrowia w Polsce i na świecie. Kluczowe działania to wzrost edukacji, szczepienia ochronne, diagnostyka i leczenie – w tym racjonalna antybiotykoterapia.	
43. 5 grudnia 2023 „Aktywność zawodowa pacjenta i jego bliskich” - Debata Medycznej Racji Stanu. Aktywność zawodowa jest ogromnym wyzwaniem.	
44. 29 stycznia 2024 r. „Zdrowie – wartość wspólna. Światowy Dzień Walki z Rakiem – Cancer Moonshot” - Debata Medycznej Racji Stanu. Osiągnięcia każdego państwa w promoci i ochronie zdrowia mają wartość dla wszystkich. Zdrowie jest najwyższą wartością.	
45. 28 lutego 2024 r. VIII Spotkanie Rady Ekspertów ds. Chorób Rzadkich Medycznej Racji Stanu - Choroby rzadkie w Polsce powinny być traktowane priorytetowo, a Plan dla Chorób Rzadkich 2024-2025 jak najszybciej uchwalony i wdrażany. Powinien być również wykorzystany Fundusz Medyczny na rzecz chorób rzadkich.	
46. 26 marca 2024 r. Debata Medycznej Racji Stanu i Federacji Stowarzyszeń „Amazonki” pt. „Siła kobiet” w ramach kampanii „Zdrowie kobiety – bezpieczeństwo rodziny” - Zdrowie każdej kobiety powinno być priorytetem.	
47. 22 kwietnia 2024 r. Debata Medycznej Racji Stanu: Wyzwania Zakaźnicze – Potrzebna Determinacja - rekomendowane jest priorytetowe traktowanie chorób zakaźnych w polskim systemie ochrony zdrowia w zakresie finansowania edukacji, diagnostyki oraz leczenia.	
48. 4 czerwca 2024 r. Debata Medycznej Racji Stanu: Edukacja, profilaktyka, diagnostyka – fundamenty bezpieczeństwa zdrowotnego - bez edukacji, profilaktyki i dobrej diagnostyki, które składają się na kulturę zdrowotną kraju, sukces w ochronie zdrowia jest niemożliwy.	
49. 4 lipca 2024 r. Debata Medycznej Racji Stanu: Solidarność w zdrowiu w ramach kampanii współprowadzonej z Federacją Stowarzyszeń „Amazonki” „Siła kobiet. Zdrowie kobiety – bezpieczeństwo rodziny”, pod patronatem honorowym Wicemarszałek Sejmu, Moniki Wielichowskiej.	

50. 21 sierpnia 2024 r. Debata Medycznej Racji Stanu „Choroby rzadkie – nowe otwarcie” – choroby rzadkie w Polsce powinny być traktowane priorytetowo, a Plan dla Chorób Rzadkich 2024-2025 wdrażany w życie.	
51. 25 września 2024 r. Debata Medycznej Racji Stanu: Postęp medycyny w trosce o seniorów oraz I Spotkanie Rady Ekspertów ds. Bezpieczeństwa Zdrowotnego Seniorów Medycznej Racji Stanu - Dekada Zdrowego Starzenia się na lata 2021–2030, to globalna współpraca, mająca na celu poprawę życia osób starszych, ich rodzin i społeczności, w których żyją.	
52. 29 października 2024 r. Debata Medycznej Racji Stanu: Liczymy się z naszym zdrowiem - w ostatnich dekadach rośnie znaczenie pomiaru kosztów całłościowych w systemie ochrony zdrowia w aspekcie pozyskiwanych efektów zdrowotnych z uwzględnieniem wyników pacjentów (PRO).	

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



Mgr Anna Jasińska



Mgr Grażyna Mierzejewska

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

Wg Komisji Europejskiej solidarność w zdrowiu to przede wszystkim zmniejszanie nierówności zdrowotnych między obywatelami Unii Europejskiej (UE). Nierówność w dostępie do opieki zdrowotnej jest przeszkodą w realizacji zobowiązań UE w zakresie solidarności, spójności społecznej i gospodarczej, praw człowieka i równości szans. Komisja pragnie zatem wspierać państwa członkowskie w ich działaniach na rzecz niwelowania tych różnic oraz uzupełniać te działania. Komisja podkreśla, że nierówności zdrowotne spowodowane są różnicami między grupami ludności pod względem szeregu czynników wpływających na zdrowie. Obejmują one: warunki życia, zachowania zdrowotne, wykształcenie, rodzaj wykonywanej pracy i zarobki, poziom opieki zdrowotnej, profilaktykę zdrowotną i działania w zakresie promocji zdrowia, jak również politykę państwa wpływającą na ilość, jakość i rozmieszczenie tych czynników. Komisja Europejska buduje Europejską Unię Zdrowotną, w ramach której wszystkie kraje UE przygotowują się na ewentualne kryzysy zdrowotne i wspólnie na nie reagują oraz wspólnie doskonalą metody zapobiegania, leczenia i opieki w przypadku chorób takich jak

nowotwory, choroby sercowo-naczyniowe, choroby mózgu, czy choroby rzadkie. Europejska Unia Zdrowotna pomaga zapewnić: lepszy poziom ochrony zdrowia Europejczyków, większą gotowość UE i krajów członkowskich do zapobiegania ewentualnym pandemiom w przyszłości i do reagowania na nie oraz poprawę odporności europejskich systemów opieki zdrowotnej.¹

Dlatego tak ważna jest polska prezydencja w Radzie Unii Europejskiej, aby następny kraj z niższymi dochodami (po Węgrach i Czechach) w porównaniu do krajów Zachodniej Europy przekonywał Unię Europejską, że zdrowie wymaga większego wsparcia unijnego, tak jak bezpieczeństwo, energetyka, czy rolnictwo.

Ministerstwo Zdrowia zdefiniowało priorytety zdrowotne polskiej prezydencji w Radzie Unii Europejskiej w 2025 r. jako: cyfrowa transformacja opieki zdrowotnej, zdrowie psychiczne dzieci i młodzieży oraz promocja profilaktyki. W zakresie cyfrowej transformacji opieki zdrowotnej polska prezydencja planuje wdrożenie legislacji EHDS (European Health Data Space), wzmocnienie cyberbezpieczeństwa wyrobów medycznych oraz współpraca państw członkowskich UE na rzecz rozwoju usług transgranicznych w e-zdrowiu. W zakresie zdrowia psychicznego (mental health) dzieci i młodzieży polska prezydencja planuje działania w zakresie promocji zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży w dobie rozwoju technologii cyfrowych, nowych mediów w kontekście szans i zagrożeń, wzmocnienie profilaktyki zaburzeń i chorób psychicznych dzieci i młodzieży oraz zapobieganie uzależnieniom. W zakresie promocji profilaktyki polska prezydencja planuje ocenę skuteczności wdrażanych w państwach UE strategii i programów profilaktyki zdrowotnej, przygotowanie katalogu dobrych praktyk i rozwiązań oraz propozycji działań na szczeblu narodowym i wspólnotowym, ocenę skuteczności polityk publicznych/profilaktyki w kontekście głównych czynników zagrażających zdrowiu oraz zintegrowane podejście do profilaktyki i edukacji, w tym promocję interdyscyplinarnej edukacji.²

W dniu 3 grudnia 2024 r. Polska delegacja na czele z Panią Minister Izabelą Leszczyną uczestniczyła w spotkaniu Rady Unii Europejskiej do spraw Zatrudniania, Polityki Społecznej, Zdrowia i Spraw Konsumenckich (EPSCO) oraz spotkała się z nowo wybranym Komisarzem ds. Zdrowia i Dobrostanu Zwierząt Oliverem Várhelyi. Minister Izabela Leszczyna zapewniła, że Polska, przejmując od 1 stycznia 2025 r. prezydencję w Radzie Unii Europejskiej dołoży wszelkich starań, aby wspomóc Komisję Europejską w realizacji priorytetowych inicjatyw w zakresie bezpieczeństwa obywateli Unii Europejskiej - zarówno bezpieczeństwa granic, gospodarczego, jak i zdrowotnego.³ Podczas dyskusji nad przyszłością Europejskiej Unii Zdrowotnej oraz konkluzjami raportu Komisarza Mario Draghi pt. „Przyszłość europejskiej konkurencyjności” (The future of European competitiveness), Pani Minister Izabela Leszczyna podkreśliła, że kluczowe będzie wypracowanie wspólnych strategii wzrostu oraz innowacyjności. Raport Draghi obejmuje wszystkie sektory unijnej gospodarki oraz rekomendacje poprawy ich funkcjonowania. Pierwsza rekomendacja, to likwidacja rosnącej luki inwestycyjnej między UE, a USA i Chinami, szczególnie w dziedzinie nowych technologii. Po drugie, dekarbonizacja gospodarki, która podniesie konkurencyjność UE. Trzecia kluczowa dziedzina to bezpieczeństwo

¹ Czym jest Europejska Unia Zdrowotna? https://commission.europa.eu/strategy-and-policy/priorities-2019-2024/promoting-our-european-way-life/european-health-union_pl

² Zdrowotne priorytety polskiej prezydencji w UE. Termedia. 2024 Dostępne: <https://www.termedia.pl/mz/Zdrowotne-priorytety-polskiej-prezydencji-w-UE-,59273.html>

³ Ministerstwo Zdrowia. Dostępne: https://x.com/MZ_GOV_PL/status/1863919569858916542

rozumiane zarówno w sensie wojskowym, co wymaga od UE zbudowania prawdziwego wspólnego rynku zbrojeń, jak i w sensie ekonomiczno-geopolitycznym. A to wymaga znaczącego ograniczenia zależności od pojedynczych dostawców w takich dziedzinach, jak choćby zaawansowane technologie, czy farmaceutyki.⁴ Wg Ministerstwa Zdrowia, w zakresie sektora farmaceutycznego istotny będzie europejski sojusz na rzecz leków krytycznych. Sojusz ma opracować środki przeciwdziałające niedoborom leków oraz pomóc Komisji Europejskiej wyznaczyć innowacyjne projekty inwestycyjne na rzecz wzmocnienia produkcji leków w Unii Europejskiej.⁵ Polska prezydencja będzie kontynuować działania węgierskiej prezydencji w zakresie legislacji farmaceutycznej, aby pacjenci w Unii Europejskiej mieli bezpieczny dostęp do terapii lekowych. W listopadzie 2024 r. Minister Zdrowia opracował projekt pierwszej w Polsce Krajowej Listy Leków Krytycznych, celem wzmocnienia bezpieczeństwa lekowego kraju, a także w odpowiedzi na oczekiwania polskiego rynku farmaceutycznego.⁶ Młode pokolenie Europejczyków wolne od tytoniu, nikotyny i innych substancji uzależniających to jedno z najważniejszych wspólnych zadań. W Polsce obowiązuje prawo zakazujące palenia wyrobów tytoniowych w wybranych miejscach publicznych i takie samo prawo dotyczy papierosów elektronicznych i nowatorskich wyrobów tytoniowych. Podczas polskiej prezydencji będzie toczyć się dyskusja nad przeglądem prawodawstwa Unii Europejskiej dotyczącego wyrobów nikotynowych, tytoniowych i papierosów elektronicznych – w tym także tych bez nikotyny, ponieważ one wyrabiają bardzo groźny nawyk palenia u młodych ludzi.⁷

Ministerstwo Zdrowia podsumowało 2024 r.⁸ W zakresie zdrowia prokreacyjnego (Pakiet „Świadoma, Bezpieczna Ja”) w ponad 1300 aptekach w 70% powiatach jest obecnie dostępna antykoncepcja awaryjna. Dzięki programowi in vitro Polska awansowała w Europejskim Atlasie Polityk Leczenia Niepłodności z 42. miejsca w 2021 r. na 19. Odnotowano ponad 6 750 kobiet w ciąży, a 20 tys. par przystąpiło do programu. Dzięki programowi onkopłodność 429 pacjentów i pacjentek chorujących na raka zabezpieczyło już płodność. Dzięki zniesieniu barier wiekowych na badania prenatalne w roku 2024 ponad 25% więcej kobiet w ciąży skorzystało z tej diagnostyki (180 tys. kobiet). Bezpłatne szczepienia przeciw krztuścowi przysługuje między 27. a 36. tygodniem ciąży, a z tego wsparcia skorzystało już 29 tys. kobiet. Niebawem do konsultacji trafi rozporządzenie o nowych standardach opieki okołoporodowej, które wprowadzą m. in.: edukację przedporodową od momentu stwierdzenia ciąży, w tym o szczepieniach zalecanych, czy profilaktyce wtórnej raka piersi u kobiet w ciąży, a także szczegółowy plan porodu. W zakresie opieki paliatywnej i hospicyjnej zniesiono limity w opiece paliatywnej i hospicyjnej oraz zwiększono wyceny świadczeń w tych zakresach o 213 mln zł. Do pilotażu centralnej e-rejestracji zgłosiło się już 150 podmiotów, które realizują świadczenia kardiologiczne lub

⁴ The future of European competitiveness: Report by Mario Draghi. 2024 Dostępne:

https://commission.europa.eu/topics/strengthening-european-competitiveness/eu-competitiveness-looking-ahead_en#paragraph_47059

⁵ https://x.com/MZ_GOV_PL/status/1863903551950373146

⁶ Informacja w sprawie projektu Krajowej Listy Leków Krytycznych. Ministerstwo Zdrowia. 2024 Dostępne:

<https://www.gov.pl/web/zdrowie/informacja-w-sprawie-projektu-krajowej-listy-lekow-krytycznych>

⁷ https://x.com/MZ_GOV_PL/status/1863885394179182653

⁸ Podsumowanie 2024 r. w Ministerstwie Zdrowia. Dostępne: <https://www.gov.pl/web/zdrowie/podsumowanie-2024-r-w-ministerstwie-zdrowia>

wykonują badania profilaktyczne – mammografię i cytologię. Spośród nich 39 podmiotów zintegrowało już systemy informatyczne z systemem P1. W 2024 r. nakłady na zespoły ratownictwa medycznego były o 15% wyższe niż w 2023 r. W tym czasie wzrosły też nakłady na szpitalne oddziały ratunkowe – o 29%. Przeznaczono 200 mln zł na rozwój kadr medycznych m.in. dla lekarzy, kadry opieki długoterminowej, fizjoterapeutów i farmaceutów w celu poszerzania ich kompetencji. Ze środków KPO na zdrowie zostanie przeznaczonych blisko 18 mld zł. Do zrealizowania jest 45 kamieni milowych, w tym 19 w roku 2024 r. Zrealizowano i rozliczono 17 z nich. Na modernizację szpitali przeznaczono 9,2 mld zł, w szczególności: na modernizację podmiotów w Krajowej Sieci Onkologicznej (5,2 mld zł) i szpitale powiatowe (1,3 mld zł). 2,7 mld zł alokowano na modernizację ośrodków w Krajowej Sieci Kardiologicznej i rozwój szpitali ogólnych. Na transformację cyfrową do szpitali i Centrum e-Zdrowia popłynę łącznie 4,3 mld zł, natomiast na zwiększenie liczby kadr medycznych – 3,1 mld zł. Ostatni obszar to inwestycje w naukę, na które zaplanowano 1,1 mld zł. Kolejne nabory w poszczególnych obszarach są planowane na 2025 r. Wszystkie reformy i inwestycje w ramach Krajowego Planu Odbudowy powinny się zakończyć 30 czerwca 2026 r.

Na docenienie zasługuje poprawiający się dostęp refundacyjny w Polsce do leków rejestrowanych w Unii Europejskiej. Wg Minister Zdrowia „Polityka lekowa jest bardzo ważną częścią działalności Ministerstwa Zdrowia i jest niezwykle ważna dla pacjentów. Terapii jest coraz więcej, robimy więc wszystko, żeby leki, które pojawiają się na rynku, jak najszybciej wchodziły do refundacji”. W 2024 r. zrefundowano 135 nowych cząsteczko-wskazań, w tym 36 nowych terapii onkologicznych, 36 mających zastosowanie w chorobach rzadkich i ultraradkich oraz 66 wskazań w programach lekowych. Najwięcej nowych wskazań onkologicznych dotyczyło: hematologii - 15, nowotworów ginekologicznych - 6, nowotworów układu urologicznego - 5, nowotworów układu pokarmowego - 3 oraz nowotworów skóry - 3. Natomiast najwięcej nowych terapii w dziedzinach nieonkologicznych w: psychiatrii - 19, neurologii - 17, ginekologii - 11, diabetologii - 8, reumatologii - 8 i kardiologii - 7. Nowa lista refundacyjna będzie obowiązywać od 1 stycznia 2025 r. Znajdzie się na niej 31 nowych terapii, w tym 13 onkologicznych oraz 18 nieonkologicznych. Wśród nich można wyróżnić również 12 nowych terapii w zakresie chorób rzadkich i ultraradkich.⁹

W zakresie chorób rzadkich, 2024 r. przyniósł uchwalenie Planu Dla Chorób Rzadkich na lata 2024-2025, uchwalenie składu i zadań Rady ds. Chorób Rzadkich oraz refundację publiczną 36 nowych cząsteczko-wskazań w zakresie chorób rzadkich (na 135 nowych cząsteczko-wskazań ogółem). Zarządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 listopada 2024 r. w sprawie Rady do spraw Chorób Rzadkich definiuje skład i zadania Rady do spraw Chorób Rzadkich.¹⁰ Do zadań Rady do spraw Chorób Rzadkich należy: inicjowanie oraz merytoryczne monitorowanie realizacji kolejnych etapów realizacji Planu dla Chorób Rzadkich na lata 2024–2025 przyjętego uchwałą Rady Ministrów z dnia 13 sierpnia 2024 r.; powoływanie zespołów eksperckich wspierających prace nad obszarami określonymi w Planie dla Chorób Rzadkich; opracowanie zaleceń oraz procedury powoływania Ośrodków Ekspertkich Chorób

⁹ Polityka lekowa: podsumowanie roku i nowa lista refundacyjna. Kluczowe zmiany dla pacjentów. Ministerstwo Zdrowia . 13.12.2024 Dostępne: <https://www.gov.pl/web/zdrowie/polityka-lekowa-podsumowanie-roku-i-nowa-lista-refundacyjna-kluczowe-zmiany-dla-pacjentow>

¹⁰ Zarządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 listopada 2024 r. w sprawie Rady do spraw Chorób Rzadkich. DZ. URZ. Min. Zdr. 2024.120 Ogłoszony: 02.12.2024. Dostępne: <https://dziennikmz.mz.gov.pl/legalact/2024/120/>

Rzadkich (OECR) oraz nadzór merytoryczny nad jej realizacją oraz nadzór merytoryczny nad koordynacją współpracy pomiędzy OECR; nadzór i wsparcie merytoryczne nad opracowaniem i przeprowadzeniem cyklu szkoleń dla przedstawicieli OECR w zakresie stosowania nowych rozwiązań w opiece nad pacjentami z chorobami rzadkimi; współpraca z konsultantami krajowymi i towarzystwami naukowymi w celu poprawy dostępności laboratoryjnej diagnostyki chorób rzadkich, w tym do wielkoskalowych badań genomowych; nadzór merytoryczny nad przeprowadzeniem certyfikacji laboratoriów wykonujących badania mające zastosowanie w diagnostyce chorób rzadkich; inicjowanie działań na rzecz wzrostu wiedzy w obszarze chorób rzadkich wśród pracowników ochrony zdrowia i w społeczeństwie; współpraca z Centrum e-Zdrowia w zakresie budowy Systemu dla Chorób Rzadkich oraz z zespołem redakcyjnym Platformy Informacyjnej „Choroby Rzadkie”; opiniowanie projektów aktów prawnych związanych z realizacją Planu dla Chorób Rzadkich oraz realizacja innych zadań przewidzianych dla Rady w Planie dla Chorób Rzadkich. Rada składa się z 33 osób, reprezentujących kadry kliniczne, organizacje pacjentów, Narodowy Fundusz Zdrowia, Agencję Badań Medycznych, Centrum e-Zdrowia oraz Departament Polityki Lekowej i Farmacji, Departament Rozwoju Kadr Medycznych, Departament Opieki Koordynowanej i Departament e-Zdrowia w Ministerstwie Zdrowia. Przewodniczącą Rady została Pani Prof. dr hab. n. med. Anna Kostera-Pruszczyk, kierownik Katedry i Kliniki Neurologii w Wydziale Lekarskim Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, a Sekretarzem Rady Pani Dominika Janiszewska-Kajka, zastępca dyrektora Departamentu Lecznictwa w Ministerstwie Zdrowia.

W zakresie onkologii, nad reformą onkologii w Polsce czuwa Krajowa Rada Onkologiczna, pod przewodnictwem Pani Profesor dr hab. n. med. Beaty Jagielskiej, Dyrektor Narodowego Instytutu Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie – Państwowego Instytutu Badawczego.¹¹ Ministerstwo Zdrowia przygotowuje do końca 2024 r. standardy leczenia raka w Krajowej Sieci Onkologicznej. Na razie gotowe są standardy dla 17 rodzajów nowotworów, m.in. jajnika, prostaty i piersi. Ich celem jest zagwarantowanie pacjentom, że niezależnie od tego, w której części Polski będą się leczyć – na danym poziomie sieci – udzielana opieka będzie tej samej jakości. Standardy będą dla szpitali obligatoryjne. Szpitale, które należą do Krajowej Sieci Onkologicznej (271 placówek podzielonych na trzy stopnie referencyjności), mogą wnioskować o pieniądze z Krajowego Planu Odbudowy. Do podziału jest 5,5 mld zł. Na początku października resort zdrowia ogłosił konkurs, w ramach którego placówki mogą ubiegać się o dofinansowanie na modernizację i wyposażenie infrastruktury. W zależności od poziomu, do którego przypisany jest w sieci szpital (I, II, III), może to być odpowiednio: do 60 mln, do 80 mln i do 125 mln zł. Narodowy Instytut Onkologii przeszkoli ok. 1 tys. koordynatorów opieki onkologicznej, którzy będą odpowiedzialni za wsparcie pacjenta na poszczególnych etapach opieki onkologicznej i koordynowanie całości procesu diagnostyczno-terapeutycznego. Od 1 stycznia 2026 r. w obiegu mają być już wyłącznie elektroniczne karty DiLO (Karta Diagnostyki i Leczenia Onkologicznego), na których zapisana będzie cała ścieżka leczenia pacjenta. Lekarze pierwszego kontaktu będą mieć do nich dostęp również pod zakończeniem leczenia, by wiedzieć, jaką historię ma dany pacjent. Resort zdrowia już

¹¹ Krajowa Rada Onkologiczna <https://www.gov.pl/web/zdrowie/krajowa-rada-onkologiczna>

zapowiada, że w przyszłym roku planuje zmiany w KSO. Możliwe zmiany dotyczyć będą m.in. zapisów o ciągłości opieki onkologicznej, zasad kwalifikacji do sieci oraz monitorowania jakości.¹²

W zakresie kardiologii, w 25 października 2024 r. został przedstawiony do konsultacji publicznych Projekt Ustawy o Krajowej Sieci Kardiologicznej.¹³ Jednym z założeń Narodowego Programu Chorób Układu Krążenia na lata 2022–2032 jest opracowanie i wdrożenie zmian organizacyjnych, które zapewnią chorym równy dostęp do koordynowanej i kompleksowej opieki zdrowotnej w obszarze opieki kardiologicznej w Rzeczypospolitej Polskiej. Realizację Programu koordynuje Pełnomocnik Ministra Zdrowia do spraw Narodowego Programu Chorób Układu Krążenia na lata 2022–2032 Pan Profesor dr hab. n. med. Adam Witkowski.¹⁴ Nad funkcjonowaniem kardiologii w Polsce czuwa Krajowa Rada do spraw Kardiologii, pod przewodnictwem Pani Prof. dr hab. n. med. Janiny Stępińskiej, Dyrektor Narodowego Instytutu Kardiologii Stefana kardynała Wyszyńskiego – Państwowego Instytutu Badawczego.¹⁵ Jednocześnie środowisko kardiologów, głosem Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego, przedstawia Dekalog potrzeb na lata 2023–2025: Pełne uruchomienie Narodowego Programu Chorób Układu Krążenia w całym kraju, a także jego przejrzyste i kolegialne zarządzanie; Urealnienie wycen procedur w zakresie kardiologii, zwłaszcza w kardiologii interwencyjnej; Szybka refundacja procedur o uznanych korzyściach w poprawie rokowania pacjentów; Stworzenie szybkiej ścieżki refundacji nowych wyrobów medycznych oraz technologii lekowych, znacznie poprawiających skuteczność terapii; Przyjęcie kryteriów włączenia do Programu NFZ leczenia hipercholesterolemii w oparciu o wytyczne Europejskiego Towarzystwa Europejskiego oraz połączenie go z programem KOS-zawał; Stworzenie systemu, umożliwiającego kardiologom szkolenie i nabywanie kompetencji w wykonywaniu i samodzielnym ocenianiu badań tomografii komputerowej i rezonansu magnetycznego w zakresie układu sercowo-naczyniowego; Stworzenie Narodowego Programu Leczenia Chorych ze Wstrząsem Kardiogenym oraz po Nagłym Zatrzymaniu Krążenia; Stworzenie systemu diagnostyki genetycznej na potrzeby kardiologii w Polsce; Wspieranie potrzeb oraz intensyfikacja rozwoju kardiologii dziecięcej oraz Usprawnienie funkcjonowania PTK poprzez nowe struktury oraz demokratyczne zmiany statutowe.¹⁶

W zakresie zdrowia psychicznego w Polsce toczy się reforma oparta o modelu opieki środowiskowej. W dniu 30 października 2023 r. opublikowano Rozporządzenie Rady Ministrów w sprawie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2023–2030, które zdefiniowało cele główne, cele szczegółowe oraz podstawowe wskaźniki pomiaru optymalizacji opieki psychiatrycznej w Polsce. Cele główne Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2023–2030 zakładają:

¹² Do końca roku resort zdrowia przygotuje standardy leczenia w KSO <https://www.termedia.pl/onkologia/Do-konca-roku-resort-zdrowia-przygotuje-standardy-leczenia-w-KSO,58546.html>

¹³ Projekt ustawy o Krajowej Sieci Kardiologicznej. Minister Zdrowia. 25.10.2024 Dostępne: <https://legislacja.rcl.gov.pl/projekt/12390904/katalog/13090461#13090461>

¹⁴ Pełnomocnik Ministra Zdrowia do spraw Narodowego Programu Chorób Układu Krążenia na lata 2022–2032 <https://www.gov.pl/web/zdrowie/pelnomocnik-ministra-zdrowia-do-spraw-narodowego-programu-chorob-ukladu-krzenia-na-lata-2022-2032>

¹⁵ Krajowa Rada do spraw Kardiologii. <https://www.gov.pl/web/zdrowie/krajowa-rada-do-spraw-kardiologii>

¹⁶ Konferencja prasowa "Dekalog Polskiej Kardiologii na lata 2023–2025". 2023-12-03 <https://ptkardio.pl/aktualnosci/769-konferencja-prasowa-dekalog-polskiej-kardiologii-na-lata-2023-2025>

zapewnienie osobom z zaburzeniami psychicznymi, w tym osobom uzależnionym oraz doświadczającym kryzysu psychicznego, wszechstronnej i kompleksowej opieki i wsparcia adekwatnych do ich potrzeb oraz prowadzenie działań na rzecz zapobiegania stygmatyzacji i dyskryminacji osób z zaburzeniami psychicznymi. Komisja Europejska opublikowała w dniu 7 czerwca 2023 r. Strategię Unii Europejskiej w zakresie zdrowia psychicznego w postaci dokumentu pt. „A comprehensive approach on mental health”.¹⁷ Dokument został zaktualizowany i uchwalony ponownie w dniu 10 października 2024 r. w trakcie obchodów Światowego Dnia Zdrowia Psychicznego.¹⁸ Strategia Unii Europejskiej „A comprehensive approach on mental health” w zakresie zdrowia psychicznego opiera się na kompleksowym podejściu do zdrowia psychicznego. Kompleksowe podejście do zdrowia psychicznego jest kluczowym warunkiem poprawy sytuacji, co implikuje kluczowe działania Unii Europejskiej. Dlatego Unia Europejska przyjmuje kompleksowe podejście do zdrowia psychicznego w oparciu o trzy zasady przewodnie: odpowiednia i skuteczna profilaktyka, dostęp do wysokiej jakości i przystępnej cenowo opieki zdrowotnej i leczenia w dziedzinie zdrowia psychicznego oraz reintegracja społeczna po powrocie do zdrowia. Na model opieki środowiskowej przeznaczono 1,2 mld zł, a kolejne 3 mld zł trafi do szpitali psychiatrycznych z całodobową opieką stacjonarną. Konkurs dla tych placówek przedłużono do końca stycznia 2025 r., a pilotaż Centrów Zdrowia Psychicznego został przedłużony do połowy 2025. Powołano Zespół ds. zmian systemowych w Centrów Zdrowia Psychicznego.¹⁹ Przywrócone zostało działanie telefonu zaufania dla dzieci i młodzieży (116 111). Telefon działa 7 dni w tygodniu przez 24/h. Zawsze jest tam dostępny specjalista, który wesprze nie tylko rozmową, ale też skieruje, gdzie się udać po dodatkową pomoc.

W zakresie neurologii, w 2024 r. działała Krajowa Rada ds. Neurologii, pod przewodnictwem Pani Profesor dr hab. n. med. Halina Sienkiewicz-Jarosz z Instytutu Psychiatrii i Neurologii.²⁰ W lipcu 2024 r. Ministerstwo Zdrowia powołało nowego Konsultanta Krajowego w dziedzinie neurologii. Został nim prof. Bartosz Karaszewski z Kliniki Neurologii Dorosłych w Gdańskim Uniwersytecie Medycznym.²¹ W październiku 2024 r. został opublikowany raport „Neurologia w Polsce. Stan obecny i perspektywy rozwoju” jest efektem kilkumiesięcznej pracy licznych ekspertów medycznych – członków Polskiego Towarzystwa Neurologicznego – i specjalistów systemu opieki zdrowotnej. Swoje opinie przekazało też 18 organizacji pacjentów działających w obszarze neurologii.²²

¹⁷ A comprehensive approach to mental health. Directorate-General for Health and Food Safety. 7 czerwca 2023. Komisja Europejska Dostępne: https://health.ec.europa.eu/publications/comprehensive-approach-mental-health_en

¹⁸ A comprehensive approach to Mental Health: Progress so far. Tracking framework for the implementation of the Commission Communication on a comprehensive approach to mental health. 10 października 2024. Komisja Europejska. Dostępne: https://health.ec.europa.eu/document/download/6317c605-5f5d-4d4f-9c8a-d5c93e869814_en?filename=ncd_tracking-framework-mh_en.pdf

¹⁹ Minister zdrowia powołała zespół ekspercki w celu trwałego uregulowania funkcjonowania opieki psychiatrycznej w Polsce. Dostępne: <https://www.gov.pl/web/zdrowie/minister-zdrowia-powolala-zespol-ekspercki-w-celu-trwalego-uregulowania-funkcjonowania-opieki-psychologicznej-w-polsce>

²⁰ <https://dziennikmz.mz.gov.pl/legalact/2024/60/>

²¹ <https://ptneuro.pl/aktualnosc/ministerstwo-zdrowia-powolalo-nowego-konsultanta-krajowego-w-dziedzinie-neurologii>

²² <https://ptneuro.pl/aktualnosc/raport-neurologia-w-polsce-stan-obecny-i-perspektywy-rozwoju>

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.

Mgr Anna Jasińska, Rzecznik Medycznej Racji Stanu

Witamy Państwa serdecznie na kolejnej debacie Medycznej Racji Stanu- pt. „Europa i Polska wobec wyzwań zdrowotnych”. Mija właśnie osiem lat, odkąd w pałacu Staszica, zainaugurowaliśmy działanie *think tanku* Medyczna Racja Stanu. Od prawie dekady, staramy się ponad podziałami łączyć wszystkie specjalizacje, wszystkie światopoglądy, wszystkich ludzi dobrej woli wokół wyzwania, jakim jest zdrowie Polaków. W 2016 r. tematem pierwszej debaty było zdrowie i bezpieczeństwo narodowe. Dzisiaj zmienił się świat, zmienił się trochę kontekst, ale dalej mówimy o bezpieczeństwie. Także w ramach polskiej prezydencji w Radzie Unii Europejskiej, która zaczyna się w styczniu 2025 r. Dyskutujemy o bezpieczeństwie geopolitycznym, gospodarczym oraz zdrowotnym.



W imieniu Pana Profesora Pawła Kowala, który został wezwany przez Pana Premiera i nie mógł być dzisiaj z nami, chcę przypomnieć, że tezą naszej pierwszej debaty było powołanie Europejskiej Unii Zdrowotnej. Tak się też stało i dzisiaj będziemy rozmawiać o Europejskiej Unii Zdrowotnej. W zakresie zdrowia bardzo ważne jest hasło solidarność. Myślę, że nikt inny, jak Polska nie ma prawa i legitymacji do tego, żeby tego słowa używać w różnych kontekstach. Solidarność zademonstrowaliśmy również po wybuchu wojny na Ukrainie. Cały czas opiekujemy się uchodźcami, obejmujemy opieką dzieci, matki, ludzi starszych, którzy przyjechali i pozostali w Polsce. Być może zostaną nawet dłużej, choć życzymy im, by szybko wrócili do swojego już bezpiecznego kraju.

Debaty Medycznej Racji Stanu pokazują siłę jedności ekspertów z różnych dziedzin. To jest ponad 100 osób, które regularnie się spotykają i dyskutują. W każdej debacie odnosimy się do wyzwań zdrowotnych. „Stary kontynent”, bo tak mówi się o Europie, a to pojęcie ma znaczenie dosłowne. Starzejemy się demograficznie, a z tym związane są również wyzwania dotyczące naszego zdrowia. Jestem od trzydziestu lat rzecznikiem Polskiej Unii Onkologii. Apeluję do Państwa o wdrażanie Kodeksu Walki z Rakiem oraz programu przesiewu w kierunku wirusa HCV, w kontekście ograniczania rozwoju raka wątrobowokomórkowego. Jako Medyczna Racja Stanu współpracujemy w ramach kampanii pt. „Siła Kobiet”. Bardzo wspieraliśmy Panią Profesor Kołodziejczak w zadbanie o to, żeby była lepsza wycena operacji chirurgicznych w obrębie zwieraczy dla kobiet po ciężkich porodach, które wychodziły ze znacznym uszczerbkiem na zdrowiu. To niszczyło ich życie w każdym wymiarze. Udało nam się to wprowadzić, więc pokazujemy to jako sztandarowy przykład naszej skuteczności. Również życzliwości do poruszenia tematów trudnych. Nie ma również tematów wstydlivych, a po temacie zaburzeń zwieraczy chcemy zająć się tematem nietrzymania moczu.

Po każdej debacie przesyłamy do decydentów rekomendacje i wnioski, a Państwa wypowiedzi po autoryzacji są publikowane w raporcie. Tych raportów opublikowaliśmy na stronie internetowej Medycznej Racji Stanu już ponad czterdzieści.²³

²³ Medyczna Racja Stanu. Raporty Dostępne: <https://medycznaracjastanu.pl/raporty/>

Mgr Grażyna Mierzejewska, Medyczna Racja Stanu

„Bezpieczeństwo, Europo!” to hasło polskiej prezydencji w Radzie Unii Europejskiej. Ministerstwo Zdrowia zdefiniowało cztery priorytety zdrowotne polskiej prezydencji w Radzie Unii Europejskiej w 2025 r. jako: cyfrowa transformacja opieki zdrowotnej, zdrowie psychiczne dzieci i młodzieży oraz promocja profilaktyki oraz bezpieczeństwo lekowe.



W zakresie zdrowia muszą pojawić się działania na poziomie Unii Europejskiej. Mamy teraz Polską prezydencję, bardzo cenny i bardzo ważny czas do wykorzystania i myślę, że tu będzie bardzo ważna współpraca z Europejską Unią Zdrowotną. Europejska Unia Zdrowotna pomaga zapewnić lepszy poziom ochrony zdrowia Europejczyków, większą gotowość UE i krajów członkowskich do zapobiegania ewentualnym pandemiom w przyszłości i do reagowania na nie oraz poprawę odporności europejskich systemów opieki zdrowotnej. Komisja Europejska buduje Europejską Unię Zdrowotną, w ramach której wszystkie kraje UE przygotowują się na ewentualne kryzysy zdrowotne i wspólnie na nie reagują oraz wspólnie doskonalą metody zapobiegania, leczenia i opieki w przypadku chorób takich jak nowotwory, choroby sercowo-naczyniowe, choroby mózgu, czy choroby rzadkie.

Według Komisji Europejskiej solidarność w zdrowiu to przede wszystkim zmniejszanie nierówności zdrowotnych między obywatelami Unii Europejskiej (UE). Nierówność w dostępie do opieki zdrowotnej jest przeszkodą w realizacji zobowiązań UE w zakresie solidarności, spójności społecznej i gospodarczej, praw człowieka i równości szans. Komisja pragnie zatem wspierać państwa członkowskie w ich działaniach na rzecz niwelowania tych różnic oraz uzupełniać te działania. Komisja podkreśla, że nierówności zdrowotne spowodowane są różnicami między grupami ludności pod względem szeregu czynników wpływających na zdrowie. Obejmują one: warunki życia, zachowania zdrowotne, wykształcenie, rodzaj wykonywanej pracy i zarobki, poziom opieki zdrowotnej, profilaktykę zdrowotną i działania w zakresie promocji zdrowia, jak również politykę państwa wpływającą na ilość, jakość i rozmieszczenie tych czynników. Komisja Europejskiej postawiła sobie, jako główne zadanie przygotowanie krajów członkowskich do kryzysów chorobowych, do zapewnienia łańcucha dostaw leków oraz poprawę diagnostyki i leczenia chorób nowotworowych, chorób sercowo-naczyniowych, chorób mózgu i chorób rzadkich.

Apeluję, aby Państwo przedstawiciele Rzecznika Praw Dziecka, Rzecznika Praw Pacjenta i Rzecznika Praw Obywatelskich włączyli się w prace w ramach polskiej prezydencji i wsparli przygotowanie Europejskiej Karty Praw Pacjenta. Mamy tu świetną podstawę, bo Europejska Unia Zdrowotna pragnie opierać się na współpracy z organizacjami pacjentów.

Polska może pochwalić się dokonaniem w zakresie systemu ochrony zdrowia. Nasz kraj jest liderem, obok Włoch, jeśli chodzi o badania przesiewowe noworodków. W tej chwili trwają prace nad rozszerzeniem programu, z obecnych trzydziestu jednostek chorobowych o następnych sześć. Bardzo ważne jest wprowadzenie przesiewów w kierunku hipercholesterolemii i cukrzycy typu pierwszego wśród dzieci. W opiece diabetologicznej pacjenci z cukrzycą typu 1 są najlepiej wyrównanymi pacjentami w Europie, dzięki nowoczesnym pompom insulinowym i systemom monitorowania glikemii oraz nowoczesnym insulinom. Mamy znakomicie działający program diagnostyki i terapii rdzeniowego zaniku mięśni (SMA). Znacząco poprawił się dostęp refundacyjny do nowych leków – w ostatnich czterech latach zrefundowano prawie 500 nowych cząsteczko-wskazań oraz wprowadzono bezpłatne leki dla seniorów.

Gratulujemy Panu Posłowi Adamowi Jarubasowi, drugiej kadencji na funkcji Przewodniczącego Podkomisji Zdrowia Publicznego (SANT) w Parlamencie Europejskim. Bardzo liczymy na współpracę i wsparcie, bo jednym z filarów bezpieczeństwa zdrowotnego, o którym mówimy w Polsce jest profilaktyka i zdrowie publiczne, o którym dyskutujemy w ramach Medycznej Racji Stanu od ośmiu lat. Dyskutujemy o profilaktyce pierwotnej i wtórnej, o jej znaczeniu dla dobrostanu naszego społeczeństwa, ale również dla tego, aby wprowadzać oszczędności budżetowe tam, gdzie można i należy. Bardzo liczymy też na wprowadzenie edukacji zdrowotnej do szkół od września 2025 r. Obserwujemy wzrost działań i aktywności, jeśli chodzi o zdrowie na terenie Unii Europejskiej. Jest to dyskusja o znaczeniu leków krytycznych dla Unii Europejskiej i Polski. Wiemy, że taka lista leków krytycznych w Polsce ma powstać do końca roku i chodzi o to, aby zapewnić równy dostęp pacjentów do leków, zapewnić łańcuch dostaw i również dbać o bezpieczeństwo lekowe, w tym produkcję API. Apelujemy o to, nie tylko w Europie, ale również w Polsce, bo to ogromna szansa dla europejskiego i polskiego przemysłu farmaceutycznego.

Przypomnę, że wg raportu z września 2024 r. pt. „Znaczenie profilaktyki dla wzrostu gospodarczego i zrównoważonego rozwoju systemów opieki zdrowotnej, socjalnej i socjalnej” w obliczu aktualnych wyzwań, z jakimi mierzy się Unia Europejska, w tym powolnego wzrostu gospodarczego, transformacji demograficznej i epidemiologicznej – potrzebna jest zmiana modelu opieki zdrowotnej z reaktywnego (leczenie chorób) na proaktywny (promocja zdrowia), uwzględniający inwestycje w profilaktykę zdrowotną. Dostępne badania dowodzą, że inwestycja w profilaktykę zdrowotną przynosi realne korzyści. Każde 1 euro wydane na profilaktykę generuje zwrot w wysokości 14 euro. Tymczasem dziś tylko niewielki procent krajowych budżetów zdrowotnych przeznaczanych jest na profilaktykę, a jeszcze mniej na szczepienia. W obliczu wyzwań gospodarczych, demograficznych, epidemiologicznych i politycznych, z jakimi mierzy się Unia Europejska, inwestycje w profilaktykę stały się niezbędne. Niestety dysproporcje w tym zakresie są olbrzymie. W Austrii na profilaktykę wydaje się rocznie aż 481 euro na osobę, a w Polsce jedynie 36 euro, czyli trzynastą część mniej niż w Austrii.

***Dr Michał Sutkowski, Prezes - Elekt KLRwP,
Współzałożyciel i ekspert Medycznej Racji Stanu,
Prodziekan ds. Rozwoju – Wydział Medyczny Uczelnia
Łazarskiego***

Polska prezydencja promuje bezpieczeństwo Europy, ale także solidarności w Europie. Chciałbym wspomnieć, że twórcą logo



polskiej prezydencji, zarówno tej w 2011 r., jak i tej w 2025 r. jest polski grafik Jerzy Janiszewski. Ten sam artysta stworzył logo „Solidarności”. Mamy nadzieję, że dzisiejsza debata będzie prawdziwą dyskusją o tym, co czeka nas w czasie prezydencji polskiej w obszarze zdrowia. Na pewno potrzebujemy przeglądu wyzwań dla bezpieczeństwa zdrowotnego, zarówno polskiego, jak i europejskiego. Powinniśmy zwrócić uwagę na obszary nam znane oraz te, o których jeszcze dotychczas nie mówiliśmy, takie jak obszar wojny hybrydowej. Mam wrażenie, że w Internecie przegrywamy „wojnę o zdrowie Polaków”, czy to w obszarze szczepień ochronnych, czy reklamy używek i niezdrowej żywności. W tych działaniach musi być zaangażowany autorytet państwa, bo jako lekarze sami sobie nie poradzimy. Potrzebujemy również analiz dotyczących sprawności zarządzania posiadanymi zasobami, opartych na rzetelnej wiedzy i wiarygodnych danych.

W kontekście solidarności chciałbym nawiązać do sytuacji osób starszych. Mamy ich w Polsce prawie 10 mln po 60 r.ż. Wg prognoz, za dekadę będzie tych osób ok. 25%, czyli co czwarta osoba będzie seniorem. Z jednej strony mamy polską politykę senioralną, która oferuje bon senioralny oraz aktywizację seniorów. Potrzebujemy jednak więcej sprawdzonych rozwiązań europejskich i pomysłów z Włoch, Niemiec, Holandii oraz Danii. Potrzebujemy współpracy i wymiany doświadczeń z krajami europejskimi, jeśli chodzi o prawa pacjenta. Bardzo ważne jest wprowadzenie Europejskiej Karty Praw Pacjenta. Na tej karcie jednak nie ma ochrony przed dezinformacją.

Patrząc na wydatki na zdrowie Narodowego Funduszu Zdrowia oraz porównując je z wydatkami socjalnymi Zakładu Ubezpieczeń Społecznych widzimy, że niezbyt dobrze nimi zarządzamy. Widzimy po stronie ZUS 30 milionów zwolnień rocznie, 300 milionów dni absencji chorobowej oraz 49 mld zł wydatków na renty i absencje w 2023 r. Musimy sprawdzić, jak wyglądamy, jeśli chodzi o Polskę na tle krajów europejskich w zakresie tych statystyk.

Na koniec chciałbym przypomnieć i zaapelować o wdrożenie w Polsce założeń holenderskiej reformy ochrony zdrowia. Holenderska koncepcja organizacji i finansowania systemu ochrony zdrowia swój początek miała w 1986 r. Na czele Komisji do spraw Struktury i Finansowania Opieki Zdrowotnej stanął dr Wisse Dekker. Od momentu wypracowania założeń reformy, system holenderski jest cały czas ulepszany, a reforma trwa non stop. Podstawową wartością holenderskiego systemu jest powszechny i równy dostęp do opieki zdrowotnej. Niebagatelną rolę odgrywa w nim lekarz podstawowej opieki zdrowotnej, który jest swego rodzaju przewodnikiem pacjenta po systemie. System ochrony zdrowia w Holandii jest w 85 proc. finansowany ze środków publicznych. W ramach koszyka świadczeń pacjent otrzymuje m.in. opiekę lekarza pierwszego kontaktu rodzinnego oraz pomoc specjalistyczną, hospitalizację, profilaktykę. Pozostałe 15 proc. wydatków na ochronę zdrowia, między innymi na opiekę stomatologiczną oraz okulistyczną dorosłych jest częściowo subsydiowane przez państwo, ale wymaga dopłat od pacjentów. Głównymi zasadami, na których opiera się holenderski system ochrony zdrowia, są: przenoszenie opieki medycznej bliżej pacjenta, odchodzenie od hospitalizacji na rzecz opieki w domu, rozwijanie kompetencji lekarzy rodzinnych, zaangażowanie pacjenta w proces leczenia i ukierunkowanie na rozwiązania inteligentne, oparte na technologiach cyfrowych. Misją holenderskiego systemu ochrony zdrowia jest, aby do 2040 r. wszyscy mieszkańcy żyli w dobrym zdrowiu co najmniej pięć lat dłużej niż w momencie przyjmowania „Dwudziestu pięciu misji” w 2019 r. Holenderski system charakteryzują klarowność, kooperacja, koordynacja i konsensus społeczny. Wyjątkowa jakość holenderskiego systemu ochrony zdrowia przekłada się na efekt w postaci zdrowia pacjenta. Jest jasno zdefiniowany koszyk świadczeń i współpraca sektorowa, czyli zdrowie połączone z opieką społeczną i edukacją, a wszystko koordynowane przez lekarza rodzinnego. Na uwagę zasługuje na szeroki zakres uprawnień diagnostycznych i terapeutycznych lekarza rodzinnego w Holandii. Takie rozwiązanie sprawia, że pacjent jest objęty opieką, pewny i bezpieczny. Łatwo porusza się w systemie, dzięki koordynatorowi nie musi samodzielnie szukać pomocy. Koordynator wspiera dostęp do programów profilaktycznych, a pacjent ma dostosowany do swoich potrzeb dostęp do specjalistów. Powodzenie reformy polskiego systemu ochrony zdrowia zależy od debaty publicznej. W Holandii nie było i nie ma obawy przed podnoszeniem publicznym trudnych problemów sektora ochrony zdrowia i poddawaniem ich społecznej dyskusji, w poszukiwaniu optymalnych rozwiązań.²⁴

²⁴ The market reform in Dutch health care. Results, lessons and prospects. OECD 2021
<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/348071/9789289051828-eng.pdf?sequence=1>

Mgr Monika Wielichowska, Wicemarszałek Sejmu RP

Całym sercem wspieram ideę debat i działań Medycznej Racji Stanu, które podejmowane są na rzecz poprawy bezpieczeństwa zdrowotnego w Polsce i w Europie. Poruszane są niezwykle ważne tematy, od wyzwań demograficznych przez zdrowie psychiczne, aż po choroby cywilizacyjne, takie jak otyłość czy schorzenia sercowo-naczyniowe. To problemy zdrowotne, które wymagają naszej pełnej uwagi i bardzo zdecydowanych działań. Dlatego doceniam zaangażowanie i pasję Medycznej Racji Stanu w poszukiwaniu rozwiązań dla tych wszystkich ważnych wyzwań. Życzę inspirujących rozmów, trafnych wniosków i przede wszystkim konkretnych pomysłów, które przełożą się na realne zmiany w systemie ochrony zdrowia. Jestem pewna, że debaty Medycznej Racji Stanu przyniosą wartościowe rezultaty, które będą ważnym krokiem w kierunku lepszej przyszłości naszych obywatelki i społeczeństwa.


***Prof. Leszek Czupryniak, Kierownik Kliniki Diabetologii
Chorób Wewnętrznych Warszawskiego Uniwersytetu
Medycznego, Przewodniczący Rady ds. Chorób
Metabolicznych Medycznej Racji Stanu***


W Polsce przez ostatnie lata bardzo dużo zostało zrobione w zakresie refundacji leków, systemów monitorowania glikemii oraz pomp insulinowych. Nastąpiło to w wyniku konstruktywnego dialogu pomiędzy Ministerstwem Zdrowia a środowiskiem diabetologów i organizacjami pacjentów diabetologicznych. Pacjenci z cukrzycą są obecnie w innej sytuacji niż pięć lat temu. Mają dostęp refundacyjny w zasadzie do wszystkich istotnych nowych technologii. Uchyliśmy drzwi do refundacji i chcemy, by one dalej się otwierały. Tylko dwie grupy leków jak floszyny i GLP-1 przyniosły przełom nie tylko w diabetologii, ale i kardiologii, nefrologii, a za chwilę zmienią zupełnie leczenie otyłości. Gigantyczne wyzwanie, na które nie mieliśmy do tej pory żadnych leków. Naszym celem powinno być odchudzenie populacji Polski, aby móc obniżyć ryzyko wystąpienia cukrzycy typu 2, polepszyć rokowania pacjentów w stanie przedcukrzycowym i zwiększyć efektywność leczenia pacjentów z rozpoznaną cukrzycą. Powinniśmy opracować rekomendacje w zakresie walki z nadwagą i otyłością, aby mieć praktyczne narzędzie do pracy w tym zakresie. Teraz zależy nam na tym, by z nowoczesnych i skutecznych leków korzystały coraz szersze grupy chorych na cukrzycę. Tym bardziej, że ostatnie lata to ciągły postęp w obszarze technologii. Środowisko oczekuje, że pacjent już na samym starcie, po rozpoznaniu cukrzycy typu 2, uzyska dostęp do analogów insuliny, wcześniej będzie można refundować floszyny i analogi GLP-1, a dostęp do systemów ciągłego monitorowania glikemii zyskają wszyscy pacjenci leczeni insuliną. W farmakoterapii cukrzycy typu 2 dokonała się prawdziwa rewolucja. Nowoczesne leki – floszyny oraz analogi GLP-1 – działają nie tylko na stężenie glukozy, ale też zmniejszają ryzyko sercowo-naczyniowe i chronią nerki. Analogi GLP-1 pojawiają się w coraz łatwiejszych formach podawania. Prawdziwa innowacja w przypadku analogów GLP-1 polega jednak na tym, że zmniejszają one masę ciała, redukując apetyt. To pierwsze skuteczne leki w leczeniu otyłości. Niestety, w tym wskazaniu nie są refundowane. Na tym jednak nie koniec – pojawiają się wyniki badań, pokazujących, że mogą one również chronić przed utratą pamięci i pomagać w walce z uzależnieniami. Wg danych NFZ, w Polsce w 2023 roku ok. 3,25 mln osób realizowało recepty na paski do glukometrów, na leki albo sensory do ciągłego monitorowania glikemii refundowane. Do tego ok. 1,4 mln osób z cukrzycą typu 2 nie wie, że jest chora. Wynika z tego, że w Polsce zbliżamy do liczby 4

mln osób chorych na cukrzycę. Są pacjenci, którzy zachorują na cukrzycę typu 2 w wieku 30-40 lat, będąc mniej lub bardziej otyli. To jest jednak inna cukrzyca niż ktoś, kto zachorowuje na cukrzycę w wieku 80 lat. Wtedy wiadomo, że choroba bardzo życia nie skróci, ale też ma inną dynamikę i inne są potrzeby w zakresie leczenia. W zakresie cukrzycy, do wprowadzenia w 2025 r. pozostaje przedłużenie pilotażu diagnostyki i leczenia stopy cukrzycowej, wycena świadczeń diabetologicznych szpitalnych i ambulatoryjnych, łagodzenie kryteriów refundacyjnych dla inkretyn i flozyn, refundacja publiczna pomp insulinowych dla populacji pacjentów po 26 r.ż. oraz refundacja publiczna ciągłego monitorowania glikemii dla wszystkich pacjentów leczonych insuliną.

Musimy również podkreślić z całą mocą, że otyłość jest chorobą, a nie jest wyborem. Czyli takie myślenie, że „człowiek ma słabą wolę i sobie dogadza, staje się gruby, ma różne choroby i dobrze mu tak” odchodzi do lamusa. Otyłość jest potężnym zaburzeniem odżywiania polegającym na zaburzeniu regulacji łaknienia. Dopiero leczenie, które się pojawia to zmienia. Otyłość jest ogromnym problemem zdrowia publicznego, bo w Polsce cierpi już na nią 25% obywateli, czyli prawie 10 mln osób. Otyłość to choroba-matka wielu innych chorób, nie tylko cukrzycy. Zwiększa m.in. ryzyko nadciśnienia tętniczego, choroby zwyrodnieniowej stawów, depresji oraz niektórych nowotworów. Dlatego opłaca się inwestować w profilaktykę i leczenie otyłości. Jeśli nie wydamy teraz na leczenie otyłości, to potem wydamy na leczenie cukrzycy, zawałów serca, niewydolności nerek, uszkodzeń wzroku. Zatem dużo lepiej jest działać na pierwotną przyczynę tych schorzeń. W ostatnich latach dokonała się rewolucja w farmakologicznym leczeniu otyłości. Są nią leki z grupy analogów GLP-1, stosowane dotychczas w leczeniu cukrzycy. Analogi GLP-1 wywracają do góry nogami farmakologiczne leczenie otyłości w tempie szybszym, niż myśleliśmy.

W aspekcie polityki senioralnej musimy pamiętać, że polscy seniorzy chorują na wiele chorób, w tym na cukrzycę i otyłość. Bardzo dużym wyzwaniem jest organizacja opieki środowiskowej i opieki w warunkach domowych dla niesamodzielnych seniorów. Nie można ciężaru tej opieki przenosić na oddziały szpitalne, DPS, czy ZOL. Każdy z seniorów ma prawo do godnej starości w warunkach domowych.

Prof. Zbigniew Żuber, Kierownik Katedry Pediatrii KAAFM, Kierownik Oddziału Dzieci Starszych z pododdziałami neurologii i reumatologii Szpitala Dziecięcego św. Ludwika w Krakowie, Przewodniczący Rady Ekspertów do Spraw Chorób Rzadkich



Bardzo dziękuję za możliwość odbywania interdyscyplinarnych debat systemowych w ramach Medycznej Racji Stanu. Chcę z całą mocą podkreślić, że podstawą naszej działalności lekarskiej jest zajmowanie się pacjentami. Pacjenci są dla nas najważniejsi. Tym bardziej, że ja zajmuję się pacjentami w wieku rozwojowym, czyli dziećmi i młodzieżą. W tej opiece i dialogu na pierwszy plan wysuwają się matki, bo to matki dźwigają największe problemy związane z chorobą dzieci. Chciałbym złożyć hołd dla wszystkich matek naszych pacjentów pediatrycznych. To jest chyba największa i najtrudniejsza rola, jaką trudno sobie wyobrazić. I chciałem powiedzieć jedno, nawiązując też do poprzedników, że zarówno matki, jak i ich dzieci nie wiedzą, dlaczego ich choroba dotknęła. To są zwykle choroby niezawinione, ale na szczęście jesteśmy w okresie niezwykle dynamicznego rozwoju możliwości diagnostycznych i leczniczych. Powinniśmy zrobić wszystko, żeby nasi pacjenci byli objęci

odpowiednią opieką, bez względu na to, gdzie mieszkają powinni dostać odpowiednią diagnostykę i leczenie.

Niezwykle się cieszę, że ponownie ruszyła praca Rady ds. Chorób Rzadkich. Nie byłoby tak fantastycznych sukcesów i tak wielkiego zjednoczenia wszystkich na rzecz chorych z chorobami rzadkimi bez pracy wielu ludzi. To jest ogromny problem z dotarciem do świadomości, że tacy pacjenci są i mam nadzieję, że nasza praca nie pójdzie na marne i że będziemy mieć coraz lepsze efekty. A te efekty widać w postaci nawet tego, jak dostępne jest leczenie, które mamy. Opieka nad tymi chorymi jest naszą codzienną pracą i naszą powinnością. I wydaje mi się, że to jest najważniejsze przesłanie. Jestem nie tylko pediatrą, ale i reumatologiem. Muszę powiedzieć, że reumatologia jest dziedziną, która dotyczy pacjentów od noworodka po osoby senioralne. Mamy do czynienia z bardzo istotnym problemem chorób układowych, o których musimy pamiętać. Współpracujemy najczęściej z lekarzami rodzinnymi, którzy leczą całego pacjenta i przesyłają pacjentów reumatycznych do nas. W reumatologii pojawia się potrzeba dostępu do nowych terapii i szczepień, które powinniśmy mieć refundowane dla naszych pacjentów. Mam nadzieję na postęp w finansowaniu opieki medycznej, który w naszym kraju powinien być absolutnym priorytetem. Widać, że rosnące potrzeby medyczne są bardzo duże, a tych potrzeb nie da się zaspokoić, bez zwiększenia publicznych nakładów na zdrowie, po prostu nie ma innego wyjścia.

Dr Adam Jarubas, Poseł do Parlamentu Europejskiego, Przewodniczący Podkomisji Zdrowia Publicznego w Parlamencie Europejskim

Łączę się z Państwem ze Strasburga, z ostatniej sesji Parlamentu Europejskiego w tym roku. I też, można powiedzieć historycznie i z punktu widzenia obszaru zdrowia, bowiem jutro najpewniej Parlament przegłosuje nowy mandat dla pełnej legislacyjnej Komisji Zdrowia w Parlamencie Europejskim. Będzie to podniesienie dotychczasowego statusu Podkomisji ds. Zdrowia Publicznego (SANT) do pełnej komisji, czyli jednej z dwudziestu dwóch w Parlamencie. Będzie to taki widomy znak, że Parlament, Unia Europejska rzeczywiście na polu ochrony zdrowia chce robić więcej.



To jest swoisty paradoks, że pokazywany w badaniach społecznych obszar zdrowia nie jest wzmacniany w traktatach Unii, a nadal bardziej przypisany do kompetencji państw członkowskich. W 2019 roku, kiedy startowaliśmy do Parlamentu Europejskiego, jako Europejska Partia Ludowa, podnosiliśmy temat konieczności zajęcia się wielkim wyzwaniem cywilizacyjnym, jakim jest walka z nowotworami. To się udało, bo Parlament powołał specjalną podkomisję z polskiej inicjatywy. Zresztą szefował jej również Polak, Pan Poseł Bartosz Arłukowicz. Na bazie doświadczeń Europejskiego Programu Walki z Rakiem oraz zgodnie z deklaracjami nowo powołanego Komisarza ds. Zdrowia Olivera Verheliego oraz Przewodniczącej Komisji Europejskiej Ursuli van der Leyen chcemy również pracować nad strategiami w obszarze chorób sercowo-naczyniowych i chorób mózgu.

Plany Unii Europejskiej w zakresie zdrowia zbiegają się z polską prezydencją w Radzie Unii Europejskiej, która rozpoczyna się już od stycznia 2025 r. To będzie oczywiście inna prezydencja niż ta, którą pełniliśmy w 2011 r. Ja wówczas mogłem obserwować ją z perspektywy Marszałka Województwa, a dzisiaj śledzę ją z perspektywy Przewodniczącego Komisji Zdrowia w Parlamencie Europejskim. Priorytetem polskiej prezydencji będzie szeroko rozumiane bezpieczeństwo Unii Europejskiej. To bezpieczeństwo wewnętrzne, zewnętrzne, energetyczne, ekonomiczne, żywnościowe, informacyjne, ale również zdrowotne. Cztery priorytety zdrowotne, które Polska wybrała dla swojej prezydencji, czyli

cyfryzacja, profilaktyka, zdrowie psychiczne dzieci i młodzieży oraz bezpieczeństwo lekowe są aktualnymi wyzwaniami zdrowotnymi dla całej Unii Europejskiej.

W kwestii transformacji opieki zdrowotnej w obszarze sfery cyfrowej mamy uchwaloną tzw. Europejską Przestrzeń Danych Zdrowotnych (European Health Data Space, EHDS). To stwarza możliwość posunięcia dalej kwestii transgranicznych usług zdrowotnych oraz badań nad nowymi lekami. Bardzo ważna jest promocja zdrowia i profilaktyka chorób. Stąd tutaj wpisują się nasze dwie idee ze strategiami dla chorób sercowo-naczyniowych, czy neurodegeneracyjnych. I trzecim priorytetem jest zdrowie psychiczne dzieci i młodzieży, które funkcjonuje w kontekście cyfryzacji uzależniających algorytmów i platform cyfrowych. Polska ma ambicje przyjęcia dedykowanych konkluzji, czyli takich wytycznych dla państw członkowskich, jak sobie z tym radzić. My w parlamencie już wzywaliśmy do tego w zeszłym roku w specjalnie przyjętej na tę okazję rezolucji.

Mamy do zakończenia procedowanie legislacji w ramach pakietu farmaceutycznego. Parlament zakończył w kwietniu 2024 r. głosowaniem podejście do negocjacji z Radą i z Komisją Europejską. Ale wielkim wyzwaniem dla polskiej prezydencji będzie uzyskanie kompromisu wokół zapisów prawa farmaceutycznego. Będzie to również próba pogodzenia interesów firm innowacyjnych, którym bardzo zależy na zapewnieniu sobie możliwie optymalnego dla nich okresu ochrony patentowej, ochrony danych i ochrony rynkowej oraz producentów leków generycznych. Tym firmom bardzo zależy na tym, żeby jak najszybciej dostać dostęp do tej dokumentacji i zacząć produkować leki odtwórcze. Mamy również perspektywę płatników publicznych i organizacji pacjentów. Z jednej strony, aby lek był wprowadzony do obrotu, musi być wynaleziony. Badacze i firmy muszą ponieść znaczące środki na ten cel. Jednak, aby lek był dostępny, musi być dostępny dla pacjentów w ramach krajowych systemów refundacyjnych. Akt o lekach krytycznych ma zostać zaprezentowany w ciągu pierwszych 100 dni pracy Komisji. Będzie on wzmacniał zapisy pakietu farmaceutycznego pod kątem autonomii od dostaw substancji API z krajów poza UE. W czasie pandemii okazało się, że prawie 80% tych substancji powstaje w Chinach lub w Indiach. Pragniemy produkować większą część tych substancji w Europie.

Wyciągnęliśmy wiele lekcji z pandemii COVID-19. Pandemia pokazała, że Unia Europejska, działając wspólnie, może działać efektywniej i optymalizować koszty. Mamy świadomość, że gdybyśmy kupowali każde z państw osobno szczepionki, to byłyby one o wiele droższe i ich zapewnienie dla mieszkańców poszczególnych krajów trwałoby dłużej. Jean Monnet, jeden z ojców założycieli Unii, mówił, że Europa rozwija się nie pomimo, ale dzięki kryzysom. Dobrze odrobione lekcje z kryzysów pokazują, że możemy przełamywać pewną naturalną niechęć państw członkowskich do oddawania swoich kompetencji na szczebel europejski. Ale wydaje się, że w obszarze zdrowia ta gotowość jest największa. Powinniśmy wykorzystać ten moment właśnie w obszarze zdrowia, w obszarze bezpieczeństwa, żeby wspomagać państwa członkowskie, uzupełniać też te kwestie.

*Prof. Bolesław Samoliński, Kierownik Katedry
Zdrowia Publicznego i Środowiskowego WUM,
Przewodniczący Rady Ekspertów ds.
Bezpieczeństwa Zdrowotnego Seniorów Medycznej
Racji Stanu*



Polska, jako integralna część Unii Europejskiej powinna partycypować w tym, co się dzieje w Unii, ale też i proponować Unii wartościowe rozwiązania. Taka jest misja państwa członkowskiego. Tego nauczyliśmy się w 2011 roku, kiedy położyliśmy na stole obrad

unijnych pięć priorytetów i trzy konkluzje Rady Unii Europejskiej zakończone pozytywnym głosowaniem wszystkich ministrów zdrowia w Unii Europejskiej.

Okazuje się, że pełniąc prezydencje w 2025 r., sięgamy po podobne rozwiązania, a właściwie w niektórych obszarach te same, bo profilaktyka była też zagadnieniem, który omawialiśmy w Unii Europejskiej w 2011 r. Jest ona ciągle wielkim wyzwaniem nie tylko dla Polski, ale dla całej Europy. Pojawiły się także nowe tematy. Nie mówiliśmy wówczas o bezpieczeństwie lekowym oraz zdrowiu psychicznym młodzieży. Do tego dochodzą choroby rzadkie. Międzynarodowy dialog daje szansę na zbudowanie mocnych podstaw naukowych do interwencji diagnostyczno-terapeutycznych. Koalicja wszystkich tych, którzy mają choroby rzadkie, daje podstawę do tego, żeby w oparciu o analizę tych pojedynczych przypadków zbudować pewną koncepcję i wdrożyć ją do praktyki. Jak choroba rzadko występuje, to nie mamy z nią doświadczenia. Jak zgromadzimy te przypadki w jednym centrum, czy centra się połączą ze sobą i będą wspólnie tym się zajmowały, to wówczas mamy naukowe podstawy oparte o analizy epidemiologiczne, kliniczne, terapeutyczne.

Sporo wydarzyło się od pierwszej polskiej prezydencji w 2011 r. Mieliśmy pandemię COVID-19, która po dzień dzisiejszy budzi pewne kontrowersje co do tego, czy w Europie i w Polsce daliśmy sobie z nią radę. Czy droga, którą obraliśmy, jako Polska i jako Europa, bo zachowywaliśmy się podobnie w tej sprawie, przywiodła nas do sukcesu, czy porażki. Nie wiem, czy możemy powiedzieć, żeśmy tą pandemię opanowali dzięki naszym interwencjom w zakresie organizacji ochrony zdrowia i innowacjom, które w tej ochronie zdrowia się pojawiły, głównie myślę o szczepionkach. Mamy tu pewne oceny, ale niestety nie najlepsze i nie najbardziej optymistyczne. Trzeba dalej pracować i wyciągnąć wnioski z pandemii, zarówno organizacyjne, ekonomiczne, finansowe, jak również w zakresie profilaktyki. To czego się nauczyliśmy, to postępowanie związane z systemem zakażeń i przerywaniem łańcucha zakażeń. Doceniliśmy również znaczenie innowacji, jaką były i są nowoczesne szczepionki mRNA. Z jednej strony były istotnym czynnikiem, który pozwolił na przerwanie pandemicznej sytuacji w Europie i na świecie, ale z drugiej strony liczyliśmy na to, że dadzą nam dłuższą odporność u osób szczepionych i bardziej skutecznie będą chroniły przed zakażeniami. I tu mamy dalszą potrzebę innowacji w tym zakresie. Całe szczęście odsetek zgonów poszczepiennych jest dużo mniejszy, a powikłań poszczepiennych praktycznie nie ma. Toczy się dyskusja na temat profilaktyki opartej o masową immunizację społeczeństwa, która nam średnio wyszła w Polsce. To jest temat do dyskusji na arenie międzynarodowej i krajowej, jakie techniki powinniśmy przyjąć.

Zasadniczym naszym priorytetem powinna być profilaktyka i promocja zdrowia. To powinno być połączone z e-zdrowiem, dlatego że e-zdrowie, to nic innego, jak tylko ułatwienie komunikacji w obszarze ochrony zdrowia. E-zdrowie, to budowanie bazy wiedzy, bazy danych, na podstawie których można będzie pewnymi problemami lepiej zarządzać. E-zdrowie, to olbrzymia nadzieja i wyzwanie dla środowisk naukowych. Środowiska naukowe upominają się, że profilaktyka i promocja zdrowia ma dwa zagadnienia dzisiaj, które muszą być rozstrzygnięte. Pierwsze, to badania oparte o *evidence-based medicine* (EBM). To analizy epidemiologiczne i dane, które dają podstawę do prowadzenia polityki zdrowotnej. Powinniśmy odejść od myślenia życzeniowego w polityce zdrowotnej, a oprzeć tę politykę zdrowotną na faktach. Drugi aspekt, to oparcie komunikacji o autorytety. Badania Komitetu Zdrowia Publicznego Polskiej Akademii Nauk zakończyły się sformułowaniem wniosków mówiących o tym, że istotnym problemem, który istnieje obecnie w profilaktyce i promocji zdrowia jest kryzys autorytetów. Kryzys autorytetów, który objawia się wzrostem np. postaw antyszczepionkowych, ale również antycovidowych. Brak wiary w to, że źródła naukowe donoszą nam to, co jest prawdą i tworzenie na bazie tego, zresztą w oparciu zwykle o takie gazetowe informacje, zupełnie innych podstaw rozumienia

świata i związanych z tym określonych postaw. Analizy tego są niezwykle interesujące. Nie o wszystkim wypada mówić głośno, ale warto jednak wyraźnie podkreślić i we wszystkich analizach nam to wychodzi, że bardzo skrajnie prawicowe bardziej sprzyjają tym postawom, w których nie wierzy się w naukowe podstawy do prowadzenia polityki zdrowotnej. To jest bardzo niepokojące zjawisko. To nie jest przesłanie polityczne, ale obiektywna prawda udokumentowana w badaniach naukowych. Jeżeli my nie zbudujemy autorytetów w sferze polityki, które będą wspierały działania promujące postawy prozdrowotne, no to nie będziemy mieli niestety sukcesów, jeśli chodzi o profilaktykę i promocję. To widać w całej Europie. Podstawowe problemy zdrowotne, które pojawiają się obecnie to nadwaga i otyłość oraz e-papierosy. Od momentu naszej pierwszej prezydencji w 2011 r. wiedzieliśmy, że w Unii Europejskiej mamy problem demograficzny. Obserwujemy dramatyczny spadek dzietności, niepokojący wzrost czynników ryzyka i chorób cywilizacyjnych oraz wzrost oczekiwanej długości życia. Wielochorobowość pojawia się w coraz wcześniejszym okresie życia i coraz bardziej dotyka seniorów. Dlatego starość, która się nam wydłuża, nie będzie starością zdrową i radosną. I to są zagadnienia, o których wspólnie w Europie musimy rozmawiać. My, jako Polska mamy jeszcze bardzo dużo do zrobienia, bo wśród profilaktyki i promocji musimy dodatkowo zaadresować bardzo ważny temat, czyli zanieczyszczenia środowiska. Ten problem jest w wielu regionach Europy już rozstrzygnięty, albo przynajmniej są zaawansowane postępowania, żeby tego problemu nie było. Niestety, w temacie zanieczyszczenia środowiska, jako Polka jesteśmy niechlubnym liderem w Unii Europejskiej. To nam skraca życie oraz pozbawia życia około 50 tysięcy Polaków.

W programie polskiej prezydencji w 2025 r. będziemy mieli debatę o tym, jakie programy prozdrowotne są skuteczne. Chcemy je skatalogować oraz zbudować partnerstwo między państwami członkowskimi. Pragniemy przekonać Komisję Europejską, aby wspierała integrację systemów pozwalających na powszechną analizę zjawisk zdrowotnych i chorobowych w Unii Europejskiej. Zmierzamy w naszych działaniach do powstania Europejskiej Unii Zdrowotnej.

Prof. Alicja Chybicka, Posłanka na Sejm RP, Sejmowa Komisja Zdrowia, Przewodnicząca Zespołu Parlamentarnego ds. Chorób Rzadkich, Transplantologii i Rodziców dla Klimatu



Dla mnie zawsze najważniejszy jest pacjent. Gdyby pacjent naprawdę znalazł się w centrum opieki zdrowotnej w Polsce i w Europie, to byłoby o wiele lepiej. Ale niestety nie do końca tak jest. Wszystko jest przeliczane na pieniądze. Pieniądz w dyskusji systemowej ma większą wartość, niż życie ludzkie i dla mnie takie sytuacje są niedopuszczalne. Wczoraj dostałam list z prośbą o wsparcie. Jak Państwo wiedzą, w Polsce noworodki otrzymują przeciwciała anti-RSV z budżetu państwa. Pojawiło się nowocześniejsze przeciwciała i byłoby wspaniale, gdyby zostało zrefundowane dla naszych dzieci. Nowe preparaty, przeciwciała monoklonalne i szczepionki, które pojawiły się w ostatnim czasie, pozwalają ochronić wszystkie dzieci przed wirusem RS. Dzieci urodzone we wrześniu i kolejnych miesiącach w trakcie trwania sezonu zakażeń RSV powinny otrzymać preparat tuż po urodzeniu, przed opuszczeniem szpitala czy oddziału porodowego. Natomiast niemowlęta urodzone przed wrześniem, a więc przed sezonem zakażeń, mogą otrzymać preparat u pediatry lub lekarza rodzinnego. W przypadku dostępności jednodawkowej profilaktyki biernej nirsewimabem zaleca się, aby została ona podana zamiast paliwizumabu niemowlętom z grup wysokiego ryzyka, które kwalifikują się do obecnie obowiązującego programu lekowego B.40. Koalicja na rzecz profilaktyki zakażeń RSV dąży do tego, aby ochrona przed wirusem stała się częścią programu szczepień

ochronnych finansowaną w całości ze środków publicznych, tak aby była dostępna dla wszystkich dzieci w pierwszym roku życia.

Na tym przykładzie widzimy, jak wiele aspektów i wyzwań dotyczy chorych na choroby rzadkie, zarówno w Unii Europejskiej, jak i w Polsce. To, że od stycznia 2025 r. pełnimy prezydencję w Radzie Unii Europejskiej jest w pewnym sensie zbawcze. W tej chwili leczymy polskie dzieci z SMA terapią genową. Czekamy na wprowadzenie drugiej terapii genowej w leczeniu leukodystrofii metachromatycznej. Ośrodkiem, który może podawać tą terapię jest Katedra i Klinika Transplantacji Szpiku, Onkologii i Hematologii Dziecięcej Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu, którą kieruje Pan Profesor Krzysztof Kałwak. Pamiętajmy, że aż 80% chorób rzadkich jest uwarunkowanych genetycznie, a przyszłość należy do terapii genowych. Na choroby rzadkie choruje w Polsce ok. 3,5 mln chorych, mających 8-10 tys. rozpoznań chorób rzadkich.

W Polsce jest prawie 10 mln seniorów. Musimy zbudować systemowe zabezpieczenie dla tej grupy, bo seniorzy mają trudny dostęp do lekarza, a część z nich nie może wyjść z domu. Opieka senioralna wymaga dopracowania na wszystkich szczeblach. Musi być wzmocniona na poziomie POZ, AOS i szpitala. To problem, który dotyka całej Unii Europejskiej, nie tylko Polska się zestarzała. Chcemy pozyskać najlepsze wzorce z innych krajów, jeśli chodzi o zdrowie seniorów.

Mam zaszczyt prowadzić Zespół Parlamentarny, który ocenia wpływ zmian klimatycznych na zdrowie człowieka. To jest temat rzeka, a wpierają nasze działania „Rodzice dla klimatu”. Organizacja "Rodzice dla klimatu" jest różnorodną grupą rodziców, którzy promują międzypokoleniowy aktywizm na rzecz budowania sprawiedliwości klimatycznej. Jesteśmy świadomi trzech największych wyzwań, przed którymi stoi ludzkość w tej dekadzie, tj. kryzys klimatyczny, zanieczyszczenie powietrza i utrata bioróżnorodności. Mnogość współczesnych problemów zdrowotnych dzieci i młodzieży w Polsce jest wynikiem skumulowanego wpływu czynników środowiskowych oraz niezdrowego trybu życia. Dodatkowym obciążeniem są zmiany klimatyczne, prowadzące do fal upałów, degradacji jakości wód i ekosystemów oraz wzrostu chorób wektorowych. W efekcie rośnie skala występowania chorób cywilizacyjnych wśród dzieci i młodzieży, w tym astmy, alergii i przewlekłych chorób układu oddechowego, problemów neurologicznych, chorób metabolicznych (otyłość, cukrzyca), zaburzeń psychicznych, takich jak depresja, lęki i problemy behawioralne. Skala tych problemów wymaga pilnych i skoordynowanych działań, które uwzględnią zarówno eliminację czynników środowiskowych, jak i promocję zdrowego stylu życia.

Kolejna rzecz, którą się zajmuję to problemy i wyzwania transplantologii. Jak Państwo wiedzą, człowiekowi można wszystko przeszczepić, z wyjątkiem mózgu. Parlamentarny Zespół ds. transplantologii walczy w tej chwili o refundację szczepień ochronnych dla pacjentów w ośrodkach transplantacyjnych. Pragniemy, aby chorzy, którzy są w immunosupresji byli zaszczepieni na koszt państwa.

Prof. Anna Kostera-Pruszczyk, Kierownik Katedry i Kliniki Neurologii WUM, Przewodnicząca Rady ds. Chorób Rzadkich

Chciałam bardzo serdecznie podziękować Pani Poseł Profesor Alicji Chywickiej za to, że wśród tych trudnych wyzwań i zadań, które wzięła na siebie w Parlamencie jest również niezwykle istotna funkcja Przewodniczącej Parlamentarnego Zespołu ds. Chorób Rzadkich. Ponieważ tak naprawdę te rzeczy,



o których dyskutujemy od wielu lat stają się możliwe właśnie dzięki temu, że parlamentarzyści mający znakomite również własne życiowe doświadczenie, jak zdobyć dla swoich pacjentów to, co się wydawało nie do zdobycia dostrzegają ogromne potrzeby tej trudnej grupy pacjentów, którymi są pacjenci z chorobami rzadkimi. Mówimy tutaj o bardzo dużej grupie pacjentów, bo liczebnie to jest około 6-8% naszej populacji. To są oczywiście pacjenci w pełnym przekroju wiekowym, nie tylko dzieci, w tym najmniejsze dzieci, ale również pacjenci wchodzący w dorosłość. Są to także ci pacjenci, którzy oprócz choroby rzadkiej, z którą żyją od dawna lub na którą zapadli niedawno, są osobami, którzy wymagają wsparcia w ramach polityki senioralnej. Z całym przekonaniem mogę powiedzieć, że jako środowisko ekspertów, którzy zajmują się od wielu lat chorobami rzadkimi, a tak naprawdę może inaczej, zajmują się ludźmi, którzy na te choroby zachorowali, którzy na te choroby cierpią, doskonale znamy ogromne potrzeby tej grupy pacjentów. Wiemy, że kontynuując prace związane z implementacją Planu dla Chorób Rzadkich, stwarzamy wielką szansę na trwałą poprawę sytuacji. Plan dla Chorób Rzadkich jest niewątpliwie dowodem na to, że dostrzega obszar chorób rzadkich, jako priorytet, Ministerstwa Zdrowia. Bardzo chciałabym, żeby polska prezydencja w Radzie Unii Europejskiej stworzyła też płaszczyznę rozmowy na temat chorób rzadkich i rozwiązań, które możemy w jeszcze większym stopniu wprowadzać we współpracy z innymi krajami Unii Europejskiej.

Pan Poseł Adam Jarubas zwraca uwagę na bardzo ważne aspekty bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli Europy oraz na wyzwania związane z dostępnością do terapii. To dotyczy także pacjentów z chorobami rzadkimi, nie tylko z chorobami powszechnymi, cywilizacyjnymi. Pan Profesor Bolesław Samoliński użył kluczowych słów w odniesieniu do obszaru zdrowia publicznego, które są również stuprocentowo aktualne w odniesieniu do chorób rzadkich. To przede wszystkim opieka proaktywna. Opieka proaktywna oznacza, że jesteśmy w stanie rozpoznać te choroby wcześniej. Dotyczy tego obszar Planu dla Chorób Rzadkich, który ma umożliwić lepszy, szybszy, nieograniczany pewnymi aspektami, czy to taryfikacyjnymi, czy związanymi ze ścieżką pacjenta, dostęp do diagnostyki. Nie każda choroba rzadka oznacza konieczność sięgania po bardzo kosztowne terapie, ale w każdym przypadku człowiek, u którego postawiono właściwe rozpoznanie, jest osobą, którą można się zająć zgodnie z aktualnym stanem wiedzy medycznej. Dzięki diagnozie, możemy zaproponować proaktywną opiekę kardiologiczną, albo proaktywnie wiedzieć, jakich pokarmów, czy jakich leków pacjent powinien unikać.

Oczywiście bardzo ważną kwestią jest rozszerzanie programu badań przesiewowych noworodków w Polsce o następne jednostki chorobowe. Ten program już w tej chwili działa znakomicie. Dzięki przesiewowi noworodków w kierunku SMA, mam możliwość przedobjawowej terapii najmniejszych dzieci, terapii, która daje najwyższy w tym momencie pułap skuteczności. To jest także dostępność terapii, które nie są wysoko kosztowe, ale są podawane poza wskazaniami rejestracyjnymi i tu również jest bardzo duży obszar do działania. To dotyczy nie tylko populacji pediatrycznej z rejestracją leków u dorosłych, ale również chorób rzadkich, czy ultrarzadkich. Chorób, w których wiemy, że mechanizm leku sprawia, że jest on w określonej chorobie skuteczny, a pewne rozwiązania prawne ułatwiłyby nam sięganie do tych terapii.

Bardzo ważny jest rejestr pacjentów z chorobami rzadkimi. Ale żeby był rejestr, to muszą być stawiane właściwe rozpoznania zgodne z kodami ORPHA. Takie rejestry są potężnym narzędziem informacji dla tych, którzy zarządzają ochroną zdrowia. Prowadzą również do tego, że jesteśmy gotowi do włączania naszych pacjentów do badań klinicznych, ale również do planowania terapii wtedy, kiedy nowe terapie są w procesie refundacji. Zwykle pada trudne pytanie, czy pacjentów z chorobą X mamy w Polsce 50, 150, a może 1 500? I są sytuacje, w których odpowiedź na to pytanie jest kluczowa nie tylko po to, żeby

można było podjąć racjonalnie decyzję refundacyjną, ale również, żeby sprawić, żeby te terapie trafiły do naszych pacjentów możliwie jak najwcześniej, a nie wtedy, kiedy ich choroba już będzie w bardzo zaawansowanym okresie. To także kwestia kształtowania postaw prozdrowotnych. Moja głęboka intuicja mówi mi, że również w chorobach rzadkich nie wolno nam się ograniczać do medycyny interwencyjnej. Powinniśmy dbać nie tylko o chorobę pacjenta, ale również o jego zdrowie. A zdrowie, powinno być zaadresowane przez różne mechanizmy zdrowia publicznego. Chronimy pacjentów, jeśli to możliwe, przed otyłością, przed zaburzeniami metabolicznymi, przed różnymi innymi możliwymi do uniknięcia problemami zdrowotnymi. Podstawą do tego jest rzetelna wiedza, która ma dostarczać Platforma Informacyjna Choroby Rzadkie, realizowana w ramach Planu dla Chorób Rzadkich. Walidowana i rzetelna wiedza, z jednej strony będzie wspierała lekarzy, którzy nie są ekspertami w określonej chorobie rzadkiej, bo eksperci sobie poradzą. Jako eksperci w zakresie chorób rzadkich mamy świetny dostęp do właściwych źródeł, często zanim one jeszcze pojawiły się w przestrzeni publicznej. Powinniśmy jednak docierać z informacją do lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej oraz do specjalistów z innych dziedzin medycyny, niż ta, której dotyczy konkretna choroba rzadka naszego pacjenta.

Pani Profesor Alicja Chybicka powiedziała o czymś niesłychanie ważnym, w aspekcie chorób onkohematologicznych u dzieci. Stygmatyzacja to jest coś, co sprawia, że ogromny ciężar związany z chorobą somatyczną, która spotkała naszego pacjenta, jest jeszcze potęgowany i czasami odcina możliwość sięgania po właściwe formy pomocy, zarówno tej medycznej, jak i tej szerzej rozumianej w szkole, czy w środowisku pracy. Mamy do wykonania ogromną pracę w oswojaniu innych z niepełnosprawnością. To jest również ważna kwestia semantyczna. Człowiek nie jest niepełnosprawny, tylko człowiek żyje z niepełnosprawnością. Jest to człowiek, który ma trudną sytuację zdrowotną i życiową, ale ma dalej prawo do swoich planów życiowych, aspiracji oraz realizowania swoich marzeń. Musi tak funkcjonować, jak jego dzisiejsze i przyszłe możliwości pozwolą, a my w ramach tej solidarności, której wzór ustanowiliśmy w Polsce dziesiątki lat temu i pewnie chcemy i możemy stanowić dalej, i powinniśmy pacjenta wspierać.

Kluczowe we wszystkich obszarach naszych działań są Ośrodki Eksperckie Chorób Rzadkich (OECR). Są one niezbędne, aby było wiadomo, dokąd pacjent powinien trafić po rzetelną diagnozę oraz po właściwy plan leczenia. Z tym obszarem wiąże się kluczowy aspekt związany z taryfikacją świadczeń. Potrzeby naszych pacjentów są ogromne, a możliwości finansowe, kadrowe i organizacyjne nie zawsze pozwalają nam na „rozwiniecie skrzydeł w pełni”. Wiele analiz, które były prowadzone w innych krajach, wskazuje, że szybki dostęp do diagnostyki w chorobach rzadkich, dostęp do terapii wtedy, kiedy objawy nie są zaawansowane, tak naprawdę oszczędza systemowi pieniędzy. Oszczędza zdrowie pacjenta, ale też oszczędza środki finansowe w systemie. Może nie oszczędza w dniu, w którym te pieniądze zostały wydane, ale już w perspektywie kolejnych kilku miesięcy, a z całą pewnością lat. Przyczynia się do tego, żeby wszyscy, również ci, których los obdarzył trudną chorobą rzadką, żyli lepiej, tak jak na to wszyscy zasługujemy..

Dr Paweł Grzesiowski, Główny Inspektor Sanitarny

W działaniach Głównego Inspektora Sanitarnego w zakresie zdrowia publicznego, są cztery słowa, które uważam za kluczowe: monitorowanie, analiza, interwencja i komunikacja. Dane są tylko materiałem wyjściowym do



analiz, które muszą być realizowane w czasie rzeczywistym na różnych poziomach po to, żeby te interwencje były szybkie i skuteczne.

Dzisiaj odbywa się w siedzibie Głównego Inspektora Sanitarnego spotkanie sześciu służb zaangażowanych w walkę z substancjami, które wykazują działania psychoaktywne i powinny być traktowane jako narkotyki. Są to nowe substancje chemiczne, które nielegalnie pojawiają się na rynku. W Polsce, jako jedni z niewielu w Unii Europejskiej, posiadamy system, który jest skoordynowany. W systemie, sześć służb odpowiadających za bezpieczeństwo, w tym policja, prokuratura, Krajowa Administracja Skarbowa, Główny Inspektor Farmaceutyczny i Główny Inspektor Sanitarny, współpracują, aby jak najszybciej eliminować je z rynku, mimo, że nie są jeszcze wprowadzone do rejestru narkotyków. W tej chwili Niderlandy będą realizować dokładnie ten sam model postępowania, a więc skoordynowane działanie kilku służb, szybka interwencja, czyli usuwanie z rynku substancji chemicznych o potencjalnym działaniu psychoaktywnym i ich natychmiastowe wprowadzanie na listę substancji zakazanych. Ten system działa w Polsce znakomicie, bo wyciągnęliśmy wnioski z lekcji z „kryzysu dopalaczowego”, który wydarzył się dziesięć lat temu. Na szczęście, dzisiaj o nim możemy zapomnieć. Aktualnie mamy spadek liczby zatruc dzieci i młodzieży dopalaczami, a rynek skutecznie kontrolujemy. Takim ostatnim przykładem jest problem z muchomorem czerwonym, który, w ciągu półtora miesiąca od momentu pojawienia się w Internecie ofert sprzedaży różnych produktów, jest już w tej chwili na liście substancji niedozwolonych w Polsce. Za moment będzie to już również w rozporządzeniu, a więc będzie to objęte nadzorem policji. A więc chcę pokazać, że to jest pewien model działania, który powinniśmy wdrażać w różnych obszarach.

Obecnie uszczelniamy system szczepień obowiązkowych. Relikt historyczny pod postacią papierowej karty szczepień po prostu musi zniknąć. W tej chwili potrzebujemy cyfrowych danych indywidualnych o szczepieniach każdego obywatela w Polsce, nad czym już pracujemy we współpracy z Centrum E-ZDROWIE. W 2025 roku jako wstępny etap przygotowania do zmian systemu nadzoru nad szczepieniami, odbędzie się spis powszechny dzieci i młodzieży szczepionych w Polsce. Nasi inspektorzy odwiedzą wszystkie punkty szczepień w Polsce po to, żeby zweryfikować stan zaszczepienia. Mam nadzieję, że do końca 2025 roku wejdzie Elektroniczna Karta Szczepień Obowiązkowych. Ona obejmie szczepienia tych dzieci, które będą wchodziły do systemu, które będą się rodzić i będą od początku, kiedy mają PESEL, monitorowane w systemie cyfrowym.

Bez rzeczywistych danych w systemie informatycznym, które wymieniamy między sobą, nie ruszymy do przodu. Podam Państwu przykład kryzysowej sytuacji z gruźlicą. Wiemy, że rośnie liczba chorych na gruźlicę lekooporną, mimo że trendy w gruźlicy były do 2022 r. korzystne. Widzieliśmy od wielu lat spadek zachorowań na gruźlicę. Jednak, zarówno pandemia COVID-19, jak i wojna w Ukrainie uruchomiły ogromne migracje, co spowodowało, że pacjenci z lekooporną gruźlicą zaczęli przenosić się z Afryki i z Azji do Europy. I dziś mamy sytuację, gdzie właśnie brak monitorowania, brak cyfryzacji w zakresie monitorowania wyników leczenia gruźlicy powoduje, że wielu pacjentów po prostu nam znika z systemu. Oni pojawiają się w systemie w momencie, kiedy mają rozpoznanie gruźlicy i potem znikają, bo nie ma ciągłości monitorowania wyników leczenia. Więc tu bez tych metadanych i bez informatyzacji absolutnie nie ruszymy, nie zrobimy dużego kroku do przodu. I wydaje mi się, że tutaj w tym zakresie zarówno inwestycje rządowe, jak i lokalne muszą być przyspieszane. I z tego, co wiemy, pieniądze na to z KPO też są i będą. Więc jest tutaj szansa, że w najbliższych latach, taki postęp się dokona.

Nie mógłbym nie powiedzieć o dezinformacji, o tej epidemii fałszywych informacji o zdrowiu która nas myśli dotyka równie poważnie, jak choroby zakaźne. Wiemy, że fałszywa informacja jest jak najgorszy

wirus, bo szerzy się szybko i powszechnie. Począwszy od drogi internetowej, przez powtarzanie przez różne osoby już w kontaktach bezpośrednich. Dezinformacja w medycynie, to problem, z którym musimy w sposób zorganizowany walczyć. Utrata zaufania do autorytetów medycznych oznacza liczne niepowodzenia terapeutyczne i prowadzi do tego, że pacjenci będą szukać pomocy poza systemem ochrony zdrowia, a to może tylko skończyć się dla nich źle. Rośnie problem różnego typu szarlatanów, którzy wykorzystując niewiedzę pacjentów i bezczynność systemu, dorabiają się gigantycznych pieniędzy. A więc tutaj myślę, że potrzebujemy nowej legislacji. Są już kraje, które wprowadzają prawo, które karze za świadomą dezinformację w obszarze zdrowia. Wydaje mi się, że powinniśmy iść w tym kierunku, bo nie mamy dzisiaj żadnych narzędzi prawnych i nie mamy możliwości ścigania oszustów medycznych przez policję oraz inne służby. Z „przemysłem dezinformacji” w tej chwili moim zdaniem niestety przegrywamy.

Kończąc nie mógłbym pominąć profilaktyki - badania przesiewowe, to obszar, w którym powinniśmy bardzo mocno pójść do przodu. To nie tylko brak programu badań przesiewowych w kierunku HCV, ale to również brak badań przesiewowych w kierunku wykrywania innych chorób zakaźnych o przewlekłym przebiegu. Mamy problem z oszacowaniem liczby nosicieli wirusa HIV, HCV i gruźlicy latentnej. Pytanie jest, jaki model przyjąć w sensie wychwytywania, czyli w jakich populacjach wykonywać badania przesiewowe, aby był to proces maksymalnie kosztowo efektywny. Dzisiaj testy przesiewowe są w niektórych obszarach, takich jak HIV, rozdawane bezpłatnie. Fundamentalna kwestia, to trafienie w odpowiednią grupę i przekonanie tych ludzi, że warto się testować, bo dziś można żyć z tą chorobą wiele lat. Te osoby muszą zrozumieć, że diagnoza HIV, AIDS, czy HCV jest początkiem ich szansy na skuteczną terapię. Myślę, że tu mamy bardzo dużo do zrobienia, żeby odczarować te choroby i odstygmatyzować ten problem. Musimy doprowadzić do tego, żeby ludzie chcieli się diagnozować i mieli świadomość, że to jest dla nich szansa na wyleczenie, albo na życie z tą chorobą, ale w znacznie lepszym komforcie.

Prof. Ewa Wender-Ożegowska, Konsultant krajowa w dziedzinie położnictwa i ginekologii, Członkini Zespołu do spraw poprawy bezpieczeństwa zdrowotnego kobiet przy Ministrze Zdrowia



Reprezentuję Zespół do spraw poprawy bezpieczeństwa zdrowotnego kobiet przy Ministrze Zdrowia. Jeśli chodzi o kwestie bezpieczeństwa zdrowotnego kobiet, to myślę, że musimy je rozpatrywać w kilku aspektach. W Polsce, jednym z najtrudniejszych problemów i tym, który w tej chwili podjęliśmy w dyskusji, jest na pewno kwestia opieki nad młodocianymi. Wiemy, że jest wiele tematów, które w tej grupie są tematem tabu, czy tematem niedocenianym. Nie chciałabym się tutaj nad wszystkimi szczegółami koncentrować, ale to jest na pewno grupa kobiet, o których musimy myśleć z punktu widzenia edukacji. To dobrze, że Ministerstwo Edukacji podjęło temat związany z kształceniem postaw i świadomości młodych kobiet. Drugi temat, który również w tej grupie zagadnień widziałabym jako bardzo istotny, to narastająca kwestia otyłości w Polsce. Wiemy, że nastolatki w Polsce to jest ta grupa, która najszybciej w tej chwili zwiększa swoją masę ciała. Jesteśmy niestety w tej niechlubnej grupie krajów, w których otyłość i to szczególnie właśnie wśród młodocianych narasta najszybciej w Europie. Widzę tu ogromne zadanie edukacyjne, ażeby ten problem poruszyć. Kwestia antykoncepcji, w tym antykoncepcji awaryjnej, to jest też całe zagadnienie, które może w tej chwili troszkę w ostatnich dwóch miesiącach się wyciszyło, ale na pewno ten temat powróci i to jest element, o którym

rozmawiamy. Następna sprawa, o której rozmawialiśmy ostatnio, to jest kwestia przemocy wobec kobiet. W przypadku kobiet, które doznały przemocy, pracujemy nad wprowadzeniem zasad, jak powinniśmy rozmawiać z tymi pacjentkami, jak one powinny być badane, jak rozmawiać o tych trudnych problemach i wiemy, że to jest bardzo niedoceniona sprawa, a bardzo szeroko w Europie w tej chwili podkreślana. Druga grupa pacjentek, o których musimy pamiętać, to są pacjentki po różnych stratach ciąży. Z nimi też często nie jesteśmy przygotowani, ani do rozmowy, jak również szpitale nie są przygotowane do zapewnienia odpowiednich warunków dla tych pacjentek. Te pacjentki są poszkodowane w trochę inny sposób, a mianowicie, nie doznały przemocy, ale doznały kolejnej straty ciąży, czy utraty dziecka, które było niepełnosprawne, czy dziecka z wadami, które coraz szerzej diagnozujemy. Także to jest cała następna grupa tematów, którymi też w tej chwili jako Konsultant Krajowa się zajmuję.

Następna sprawa, o której chciałabym powiedzieć, to jest cała kwestia związana ze standardem okołoporodowym. W standardzie opieki okołoporodowej musimy zacząć od tzw. opieki przedciążowej. Mówi się w tej chwili o „trymestrze zerowym”, czyli o edukacji, która będzie ciągiem edukacji od nastolatki do kobiety, która planuje ciążę. Oczywiście wiemy, że z planowaniem ciąży w wielu grupach kobiet jest ciągle niedobrze. I tutaj podnosi się w tej chwili bardzo dużą rolę położnych, które w nowym standardzie opieki okołoporodowej będą miały dużo większą rolę. To właśnie położne powinny, od nastolatki przez okres planowania ciąży, uświadamiać pacjentkom, jakie rzeczy są niezbędne do tego, aby ciąża przebiegała prawidłowo. To oczywiście będą też pacjentki z cukrzycą, pacjentki z otyłością, pacjentki z różnymi innymi schorzeniami, o których często te młode kobiety nie wiedzą, że je mają. Musimy edukować kobiety, że odpowiednie przygotowanie do ciąży, to jest bardzo ważny element rozwoju dziecka, ale również przebiegu ciąży, jeśli popatrzymy na pacjentkę pod kątem jej ewentualnych problemów. Opieka przedporodowa i opieka okołoporodowa ma być oparta na opiece prowadzonej przez położne rejonowe. Chodzi o to, żeby to był ten ciąg logiczno-przyczynowy, że położna opiekuje się młodą kobietą już w okresie jej dorastania, dalej w okresie, kiedy planuje ciążę, a w następnym okresie oczywiście, jeżeli w tą ciążę zajdzie. Aktualnie, na pewno odbiegamy od standardów europejskich w zakresie dostępności do szeroko pojętej analgezji okołoporodowej. I nad tym trwają bardzo intensywne prace Zespołu ds. bezpieczeństwa zdrowotnego kobiet. Wiemy, że analgezja porodu to jest ten element, który wpływa na pewne kwestie związane chociażby z odsetkiem cięć cesarskich. Odbywa się bardzo intensywna praca, zarówno Konsultanta krajowego w dziedzinie położnictwa i ginekologii, jak i Konsultanta Krajowego w dziedzinie anestezjologii. Standard, który mają anestezjologowie, powinien być zmodyfikowany. Z drugiej strony w wielu ośrodkach położniczych mamy niestety niedobór anestezjologów. Myślę, że zanim nowy standard wejdzie szeroko do wszystkich szpitali, będziemy potrzebowali jeszcze trochę czasu.

Kolejny problem, to kwestia oddziałów porodowych, gdzie liczba porodów jest bardzo mała. Poprzez to istnieje obawa o bezpieczeństwo rodzącej i realizację w praktyce standardu opieki okołoporodowej. Jest szereg powiatów, które zgłaszają wolę zamknięcia najmniejszych oddziałów okołoporodowych.

Bardzo istotną kwestią są szczepienia dla kobiet w ciąży. Zrobiliśmy ogromny krok, że wprowadzono w tym roku bezpłatne szczepienia przeciwko krztuścowi dla kobiet w ciąży. Wiemy, że przez wiele lat krztuśca prawie nie było, albo były to pojedyncze przypadki. W tej chwili ten problem bardzo wrósł i dzięki polityce Ministerstwa Zdrowia mamy wprowadzone bezpłatne szczepienia. Ale oczywiście drugim elementem poza dostępnością tych szczepień jest kwestia edukacji lekarzy i pacjentek, żeby miały świadomość ważności tego szczepienia w rokowaniu ich dziecka. Wiemy, że jest to szczepienie, które jest bardzo istotne dla dziecka, żeby nie doszło do zakażenia w okresie okołoporodowym.

Niestety szczepienia chroniące przed chorobą dolnych dróg oddechowych wywołaną przez syncytialny wirus oddechowy (RSV), które są zalecane ciężarnym nie są bezpłatne. Mamy nadzieję, że przekonamy Ministra Zdrowia o celowości refundacji tych szczepień. Bardzo ważną kwestią i myślę, że zrobiliśmy tutaj olbrzymi krok w stosunku do pozostałych krajów europejskich jest fakt, że już od wielu lat mamy dostępność bezpłatnego podawania immunoglobulin anty-D szczepień pacjentkom zagrożonym konfliktem serologicznym. Świadomość pacjentek w tej kwestii jest coraz wyższa. Także kwestia szczepień idzie w dobrą stronę, natomiast powinniśmy wzmocnić edukację naszych pacjentek. To też myślę, może być zadanie dla położnych, które będą się ciężarnymi pacjentkami zajmowały. Bardzo ważnym dla naszych pacjentek z cukrzycą jest refundacja leków i systemów monitorowania glikemii, które są w pełni dostępne dla pacjentek w ciąży.

Kolejną kwestią jest wprowadzona dostępność do diagnostyki prenatalnej. Tu jesteśmy jednym z najbardziej uprzywilejowanych w tej chwili społeczeństw, ponieważ nie we wszystkich krajach diagnostyka prenatalna jest dostępna dla wszystkich pacjentek bezpłatnie. Mogę powiedzieć, że według danych Narodowego Funduszu Zdrowia, odsetek pacjentek, które poddały się tej diagnostyce wzrósł o 25%. Jest to bardzo dużo, ale tutaj jest także kwestia możliwości Narodowego Funduszu Zdrowia. Wiem, że na dzisiaj jest problem z refundacją tych procedur. Pani Minister Izabela Leszczyńska, na spotkaniu z Konsultantami Wojewódzkimi w dziedzinie położnictwa i ginekologii obiecała, że będą środki wypłacone ośrodkom za realizację tych procedur.

*Mec. Piotr Mierzejewski, Współprzewodniczący
Komisji Ekspertów ds. Zdrowia,
Współprzewodniczący Komisji Ekspertów ds.
Ochrony Zdrowia Psychicznego przy Rzeczniku
Praw Obywatelskich*



Pragnę dzisiaj zaprosić Państwa na krótką podróż w świat senioralny z perspektywy Rzecznika Praw Obywatelskich. Rozpocznę od odwołania się do Konstytucji RP. W artykule 68 Konstytucji w ustępie trzecim wskazane są grupy szczególne, które ustawodawca polski winien traktować w sposób szczególny, czyli preferencyjny. Wśród tych osób są osoby starsze, jak również osoby z niepełnosprawnościami. Władze publiczne mają wobec tych osób obowiązek zapewnienia im dostępu do odpowiednich świadczeń zdrowotnych, które mają obejmować specjalne usługi i preferencyjne warunki przyznawania świadczeń, nawet w porównaniu z innymi członkami społeczeństwa. Tak stanowi Konstytucja RP. Praktyka natomiast jest, jak doskonale wiemy, zupełnie inna. System ochrony zdrowia, który należy omawiać łącznie z systemem wsparcia społecznego, ponieważ w przypadku osób w wieku senioralnym bardzo często mamy już do czynienia z potrzebami daleko wykraczającymi poza same kwestie opieki zdrowotnej, to systemy nieuwzględniające całościowo złożoności potrzeb medycznych i opiekuńczych osób w wieku senioralnym. Te systemy nie gwarantują wymaganej dostępności świadczeń, ich szybkości, ciągłości i kompleksowości. Przykładem jest brak koordynacji i nadzoru nad ordynowanymi i przyjmowanymi lekami pomiędzy ambulatoryjną opieką specjalistyczną i lekarzem POZ. Wiemy, że osoby w wieku senioralnym przyjmują po kilkanaście różnych leków, ponieważ lekarz specjalista wypisując leki często nie wie, jakie leki przepisał lekarz POZ. Pacjent przyjmuje wiele leków i może dochodzić do różnego rodzaju interakcji i leki zamiast pomagać szkodzą. Kolejna kwestia, to opieka pielęgniarstwa nad chorym przewlekłe w domu, a właściwie jej brak. To również problemy z pobieraniem materiału do badań laboratoryjnych w domu seniora, ograniczony dostęp do usług rehabilitacyjnych i opiekuńczych, zbyt małe wsparcie asystenta seniora, problemy

z zapewnieniem transportu seniora do lekarza i od lekarza, czy brak możliwości zrobienia w domu seniora zabiegu rehabilitacyjnego. W rezultacie osoby starsze w Polsce, znacznie częściej niż w krajach Europy Zachodniej, deklarują zły stan zdrowia. Niestety przyznać należy, że to odczucie społeczne w tym przypadku jest bardzo bliskie prawdy, ponieważ stan zdrowia seniorów, szczególnie na terenach wiejskich, jest zły. Istotnym problemem jest nierówność przy przyjmowaniu osób starszych do zakładów leczniczo-opiekuńczych (ZOL) i domów pomocy społecznej (DPS), jak również odpłatności ponoszonych przez członków rodziny za pobyt w tychże ośrodkach. W przypadku tych placówek mamy bardzo istotny problem z należyтым nadzorem. Dotyczy to przede wszystkim tych placówek, które działają jako podmioty prywatne, gdzie często dochodzi do szczególnego rodzaju naruszeń godności, zagrożenia życia i zdrowia seniorów. Bardzo często podmioty te koncentrują się tylko na zarabianiu pieniędzy, a nie niesieniu opieki i zapewnieniu dobrostanu osobom, które przebywają w tych placówkach. W tym roku Wojewoda Mazowiecki wszczął postępowanie o cofnięcie zgody na prowadzenie takich placówek. Również prokuratura prowadzi postępowania związane ze znęcaniem się nad pensjonariuszami, czy zagrożeniem wręcz życia pensjonariuszy. W trakcie kontroli przeprowadzanej z inicjatywy RPO w jednym z takich ośrodków, na trzecim piętrze, w pokoju bez klamki, gdzie miał być magazyn, przebywali starsi ludzie, którzy nie mieli możliwości nawet swobodnego załatwienia potrzeb fizjologicznych. Wiele takich nagannych przykładów pokazuje, że państwo musi w odpowiedni sposób kontrolować i zapewniać bezpieczeństwo, jakość życia i godność pensjonariuszy.

Problem starzenia się społeczeństwa oraz zapewnienia kompleksowej opieki narasta i będzie dotyczył coraz większej grupy obywateli. To, co jest istotne to, że gwałtownie wzrasta populacja seniorów w wieku 80 plus. W 2060 r. populacja ta wzrośnie o 80% w stosunku do obecnej, a w 2050 roku, co najmniej 10% populacji będą stanowiły osoby w wieku 80 plus. To stawia przed nami olbrzymie wyzwania. To, co już było sygnalizowane i czym się Rzecznik również zajmuje, to kwestia pozostawiania osób starszych w szpitalach i nieodbierania ich przez rodziny. Rzecznik skierował wystąpienie do Ministra Pracy i Rodziny, w którym ten problem był wskazywany. Ten problem nie wynika tylko i wyłącznie z tego, że rodziny nie chcą się zajmować seniorami, a z faktu, że rodziny często nie są w stanie podołać temu zadaniu. Problem nieodbierania członków rodziny ze szpitala, pozbawia również często takie osoby, które już są w stanie zaawansowanej choroby prawa odejścia w rodzinnym domu. Drugą konsekwencją tego jest, że przebywanie osób, które nie powinny przebywać na oddziałach odbywa się ze szkodą dla innych pacjentów. Osoby, które powinny przebywać w swoich domach pod opieką rodziny zajmują łóżka, a koszty, które są ponoszone nie powinny być finansowane z kieszeni podatników. Wzorcowe rozwiązanie tych problemów zostało wdrożone w państwach skandynawskich. Państwo w dużym stopniu przejęło odpowiedzialność za opiekę zdrowotną i opiekę senioralną. Natomiast z uwagi na to, że tam społeczeństwo się też starzeje i ten proces starzenia zachodzi szybciej niż w Polsce, my z takim pewnym opóźnieniem zmierzamy w tym kierunku, to również zauważono, że rodzi to bardzo poważne koszty. Nawet tak zamożne państwa, jak Norwegia czy Szwecja niekoniecznie mogą w dłuższej perspektywie zapewniać pomoc instytucjonalną. W związku z tym odchodzi się od modelu instytucjonalnego na rzecz opieki domowej i środowiskowej. Oczywiście w tych przypadkach, gdy jest to uzasadnione stanem zdrowia seniora i rodzajem opieki, jaką on powinien otrzymywać od państwa. Opieki rozumianej nie jako zastrzyk, czy podanie leku, ale generalnie zajmowaniem się i zabezpieczaniem codziennych potrzeb człowieka. Mamy kilka modeli opieki nad niesamodzielnymi osobami w wieku senioralnym. Ja wymienię te nazwy, ale nie będę tego rozwijał. Pierwszy, to model hierarchiczny kompensacyjny. Może być to system substytucji, szczególności, uzupełniania, bądź komplementarności. Ten model polega na tym, że to rodzina zajmuje się seniorem.

Co do zasady pilnuje, żeby senior miał leki, żeby był zabezpieczony, a państwo wspiera tylko punktowo w pewnych sytuacjach. Nie odbywa się to w sposób automatyczny, tylko wtedy, kiedy się o to prosi. Bardzo często powoduje to, że opieka jest całkowicie niewystarczająca i niedopasowana do rzeczywistych potrzeb osoby w wieku senioralnym. Problem polega na tym, co już też na zachodzie wcześniej zauważono, że mamy kres rodziny wielopokoleniowej. Poprzez szukanie pracy, otwarcie granic, coraz więcej członków rodziny w młodym wieku opuszcza nie tylko miasto rodzinne, ale nawet kraj. Często nawet jadąc na inny kontynent. I powoduje to, że ten naturalny mechanizm w postaci zabezpieczenia potrzeb osób w wieku senioralnym, kiedy to wszyscy opiekowali się babcią lub dziadkiem i to było „we krwi” wszystkich członków rodziny, zanika. Ten model jest już nierealny. Musimy sobie jasno powiedzieć, że nie da się tak tego zrobić, żeby oprzeć całą opiekę nad seniorem o rodzinę. Rodzina bardzo często nie jest w stanie pomóc osobie starszej. Nie posiada ani wiedzy, ani umiejętności specjalistycznych, ani narzędzi, żeby się taką osobę zaopiekować. W związku z tym należy rozważać możliwość stosowania modelu opieki środowiskowej nad seniorem. Oczywiście muszą być wyspecjalizowane placówki dla osób, które wymagają specjalistycznej opieki. Natomiast należy pomyśleć o tym, aby senior mógł tak długo, jak to możliwe, pozostawać w miejscu swojego zamieszkania ze wsparciem. Nie tylko ze wsparciem w postaci lekarza, czy pielęgniarki, ale ze wsparciem również w postaci pomocy w codziennych czynnościach. Należy pamiętać o tym, że senior też jest człowiekiem, mimo że niektórzy traktują osobę w wieku senioralnym jak po prostu pacjenta, któremu tylko podaje się leki, karmi i przewija. To jest podejście skandaliczne. Seniorzy mają swoją godność, mają swoje zainteresowania i swojej pasję. I właśnie model opieki środowiskowej jest modelem, który w polskich realiach, biorąc pod uwagę starzenie się społeczeństwa i to, że niedługo nie będzie miał kto opiekować tymi osobami, powinien być przez ustawodawcę rozważany, jako model docelowy.

Mec. Jakub Adamski, Dyrektor w Biurze Rzecznika Praw Pacjenta

Często zapominamy, jak wiele zawdzięczamy – jako uczestnicy systemu opieki zdrowotnej czy jako pacjenci – współpracy na poziomie unijnym. Komisja Europejska – i szerzej Unia Europejska – spełniły istotną rolę w ostatnich latach, dzięki koordynacji i współpracy z krajami członkowskimi w przypadku m.in. pandemii COVID-19 czy chorób rzadkich. Warto pamiętać, iż fakt, że choroby rzadkie są dziś powszechnym tematem publicznej dyskusji i obszarem licznych inicjatyw w polskiej ochronie zdrowia jest wprost konsekwencją inicjatyw podjętych w ramach Unii Europejskiej – zarówno przez państwa członkowskie, jak i środowiska eksperckie oraz organizacje pacjentów. Uznanie danego wyzwania przez Radę i Komisję Europejską, za problem każdego kraju bezpośrednio przyczynia się do jego szybszego zaadresowania i często rozwiązania. Przykłady takie jak choroby rzadkie, pokazują, że ważna jest konsekwencja, by za ustalonymi priorytetami szły rzeczywiste działania. Dla realizacji celów, które sobie stawiamy kluczowe jest aktywne partycypowanie w ustalaniu budżetu i jego podziale. Nie powinniśmy tylko mówić, że dany temat jest priorytetem, powinniśmy dopilnować, by szły za tym konkretne działania. Choroby rzadkie są doskonałym przykładem sukcesu polityki europejskiej, bo działania odbyły się nie tylko na poziomie legislacji, ale wpłynęły też na krajowe polityki publiczne, czy zapewniły finansowanie projektów i współpracy w ramach europejskich sieci referencyjnych (ERN) pozwalając na rozwój ośrodków eksperckich w całej Europie.



Prawa pacjenta mogą i powinny stanowić istotną oś dyskusji o pacjentach i ich potrzebach, pozwalając szerzej zrozumieć ich perspektywę. W tym procesie fundamentem powinna być Europejska Karta Praw Pacjenta, która łączyłaby kraje członkowskie w obszarze zdrowia. Do tej pory nie posiadamy takiego dokumentu, przyjętego na poziomie europejskich. Za to na potrzebę jej przyjęcia najlepiej wskazuje fakt, że tzw. Karta praw pacjenta przygotowana przez organizacje pacjentów zyskała taką popularność, że wielu uczestników systemu wierzy, że stanowi ona dokument oficjalny.

Biuro Rzecznika bada prawa pacjenta w poszczególnych krajach. Jeśli chodzi o ich zakres, sposób zabezpieczenia i ich przestrzeganie to sytuacja jest bardzo zróżnicowana. Modeli jest wiele – wielu krajach funkcjonuje model rozproszony, a w niektórych jest bardziej scentralizowany. Nie we wszystkich krajach jest nawet dedykowana ochronie praw pacjenta instytucja publiczna na poziomie krajowym. Brak jednolitych praw pacjenta prowadzi do trudności w rzeczywistym wdrażaniu idei solidaryzmu i pacjentocentryzmu. Pacjent jest najważniejszy i musimy zrobić wszystko, aby to nie było tylko hasło. Na poziomie Unii Europejskiej ważne są często interesy dwóch stron – pacjentów i szeroko pojętego przemysłu. Istotnym wyzwaniem jest by interes pacjentów był rzeczywiście zawsze reprezentowany w dyskusji, a ich głos słyszany. To wskazuje również na istotną rolę i konieczność zapewnienia właściwych ram funkcjonowania organizacjom pacjentów na poziomie ponadnarodowym.

***Mgr Katarzyna Skrętowska-Szysko, Dyrektor
Zespołu Zdrowia i Spraw Socjalnych w Biurze
Rzecznika Praw Dziecka***

Mamy szereg kwestii priorytetowych w zakresie zdrowia, zarówno na poziomie krajowym, jak i europejskim. Szereg wyzwań zdrowotnych, z którymi mierzy się nie tylko Polska, ale cała Europa, to przede wszystkim problem nadwagi i otyłości oraz problem zaburzeń psychicznych u dzieci i młodzieży. Rzecznik Praw Dziecka działa w ramach Europejskiej Sieci Rzeczników Praw Dziecka. To doświadczenie pokazuje, że nie jesteśmy krajem osamotnionym w wielu problemach, z którymi się mierzymy. Zarówno, jeżeli chodzi o kontekst bezpieczeństwa lekowego, podejścia do profilaktyki zdrowotnej, czy do kwestii szczepień ochronnych. To wszystko jest oczywiście mierzone miarą naszej dojrzałości obywatelskiej oraz miarą czynników ekonomiczno-społecznych i naszego rozwoju. Wiemy, że im wyższy poziom rozwoju i zamożność danego kraju, tym jest lepsze zabezpieczenie i dostęp do opieki zdrowotnej. Natomiast myślę, że jeżeli chodzi o nasze polskie doświadczenie, to największym wyzwaniem jest świadomość społeczna i dojrzałość obywatelska. Potrzebujemy wzrostu postaw prospołecznych i brania odpowiedzialności za swoje zdrowie – również w kontekście zdrowia dzieci. Adresatem tego postulatu jesteśmy jednak my, dorośli, dlatego że w przypadku dzieci i młodzieży, powinniśmy zabezpieczyć dla nich adekwatny poziom ochrony zdrowia. Jest to przede wszystkim kwestia dostępności terytorialnej do świadczeń. Świadczenia powinny być zgodne z aktualną wiedzą medyczną i nowymi technologiami. Musimy jednak z pokorą przyjąć, że pewnie nie jesteśmy w stanie nadążyć za postępem medycyny. Czyli zawsze będziemy o kilka kroków do tyłu, w porównaniu do tego, co już nam światowa medycyna oferuje. Natomiast w przypadku dzieci, jako Biuro Rzecznika Praw Dziecka identyfikujemy dostępność prawną dzieci do opieki zdrowotnej. Prawną, w kontekście wyrażania zgody na udzielanie świadczeń zdrowotnych i tego, jak postawy osób dorosłych będących przedstawicielami ustawowymi dziecka, zapewniają lub nie zapewniają dziecku możliwości dostępu do leczenia. Tu jest oczywiście szeroka kwestia związana ze zgodą małoletniego do udzielania mu świadczeń zdrowotnych, ale też przede



wszystkim z postawami głównie rodziców i przedstawicieli ustawowych wobec szczepień ochronnych, wobec profilaktyki HPV, wobec podejmowania interwencji medycznych niezbędnych do ratowania zdrowia i życia, nie zawsze zgodnych z przekonaniami tych osób dorosłych. Te kwestie nam się zarysowują bardzo mocno w kontekście antykoncepcji awaryjnej i edukacji seksualnej, czyli kwestiami światopoglądowymi. Z naszej perspektywy, tu posługuje się liczbą mnogą, bo wypowiadam się nie tylko za siebie, ale też za urząd Rzecznika Praw Dziecka, który reprezentuję, to jest zawsze kwestia związana właśnie z profilaktyką oraz z zapobieganiem rozwojowi problemów zdrowotnych u dzieci. To jest dla nas kluczowe, aby w przyszłości nie generować tych wszystkich wyzwań, z którymi mierzymy się obecnie. Kwestia związana z nadwagą i otyłością u dzieci, chorobami sercowo-naczyniowymi, metabolicznymi, hormonalnymi, zaburzeniami psychicznymi dzieci i młodzieży, to jest pokłosie tego, że przez lata zamknęliśmy oczy na to, że takie problemy istnieją. Nie mieliśmy i nie oferowaliśmy żadnych narzędzi wsparcia dla systemu leczenia. Zdrowie, nigdy nie jest oderwane od innych elementów życia społecznego. Leczenie dziecka z otyłością nie przyniesie rezultatu, jeżeli dziecko nie będzie miało sprzyjającego otoczenia do zdrowienia w domu i w szkole. To jest system naczyń powiązanych i to nigdy nie jest jakiś odrębny obszar. A ja mam wrażenie, że my w Polsce dalej bardzo sektorowo myślimy, że sektor ochrony zdrowia odpowiada za zdrowie. Natomiast każdy sektor ma wpływ na zdrowie. I to jest największe wyzwanie, żeby osiągnąć jakiś konsensus i możliwość porozumienia się międzysektorowo na rzecz ochrony zdrowia. To jest ochrona środowiska, czy wymiar sprawiedliwości, bo w opiece psychiatrycznej mamy spory dopływ pacjentów z tego systemu. Mówię tutaj o nieletnich i leczeniu w ramach ośrodków leczniczych i ośrodków tymczasowych. To jest cały system pomocy społecznej, to jest oczywiście ministerstwo klimatu, które również ma wiele do zrobienia na rzecz zdrowia dzieci. Bardzo istotne jest zweryfikowanie przesiewów, bilansów zdrowia dzieci, dopuszczalności do udzielania dziecku świadczenia zdrowotnego zgodnie z jego potrzebami zdrowotnymi, w adekwatności do władzy rodzicielskiej, ale też do obecnych bieżących wyzwań naszych czasów.

Prof. Małgorzata Myśliwiec, Kierownik Katedry i Kliniki Pediatrii, Diabetologii i Endokrynologii Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego

W dniu 22 listopada 2024 r. Prezes Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji wydał pozytywną rekomendację w sprawie zasadności kwalifikacji świadczenia opieki zdrowotnej „Badania przesiewowe w kierunku hipercholesterolemii rodzinnej realizowane jako element badania bilansowego wykonywanego na etapie rocznego obowiązkowego przygotowania przedszkolnego” jako świadczenia gwarantowanego. Populację docelową stanowią dzieci w wieku 5-7 lat, u których w czasie bilansu sześciolatka zostanie wykonane badanie lipidogramu. To pozwoli na przebadanie 74% populacji sześciolatków, tj. ok 290 tys. dzieci, bo na takim poziomie jest realizacja tego bilansu. Szacowane wydatki płatnika na to świadczenie wynoszą 13 mln. zł. W Polsce postać heterozygotyczna hipercholesterolemii rodzinnej występuje z częstością 1: 200 osób, tym samym liczba osób z FH w naszym kraju wynosi około 160 000-200 000 osób. Niestety odsetek osób świadomych choroby jest znikomy, do 5%. Powodem niskiej wykrywalności tej choroby jest przede wszystkim dotychczas brak badań przesiewowych oraz niska świadomość społeczna. W Polsce wiek pacjenta w momencie diagnozy wynosi 41 lat przy pierwszym incydencie sercowo-naczyniowym, który może skończyć się zgonem. Szacuje się, że 50% nieleczonych mężczyzn i 30% nieleczonych kobiet umiera przed 60 rokiem życia.



Wprowadzenie wkrótce badań przesiewowych W Polsce w kierunku hipercholesterolemii rodzinnej realizowanych u sześciolatek pozwoli zidentyfikować chorobę u dzieci i jego rodziców, krewnych pierwszego stopnia metodą odwróconego kaskadowego badania przesiewowego i włączyć leczenie farmakologiczne oraz dietetyczne. Dostępne są statyny, które możemy zastosować u dzieci już od 6 roku życia, przy braku uzyskania wartości docelowych LDL cholesterolu poniżej 100 mg/dl lub nietolerancji statyn od 2024 roku dzieci powyżej 10 roku życia w ramach programu lekowego mogą skorzystać z inhibitorów PCSK-9.

Pobierając próbkę krwi na lipidogram w przyszłości można rozważyć wprowadzenie oznaczenia markerów wykrywające inne choroby, które w okresie wczesnego dzieciństwa też przebiegają bezobjawowo, np. celiakia, czy stadium 1 lub 2 cukrzycy typu 1.

Na przykładzie diabetologii jasno widać jak warto zainwestować w najlepsze technologie, najlepsze leki w leczenie i monitorowanie cukrzycy, które pozwalają na dobre wyrównanie metaboliczne choroby, a tym samym na prewencję ostrych i przewlekłych powikłań naczyniowych, w tym chorób sercowo-naczyniowych, utraty wzroku, niewydolności nerek, stopy cukrzycowej przy zachowaniu dobrej jakości życia.

Znakomitym przykładem są osobiste pompy insulinowe zintegrowane z systemem ciągłego monitorowania glikemii. Od 2020 u dzieci z cukrzycą typu 1 stosujące zaawansowane hybrydowe pętle zamknięte osiągają najlepsze wyrównanie metaboliczne choroby spośród 56 krajów na świecie. Fakt ten dowodzi, że w polskich pacjentów warto zainwestować i refundować nowoczesne technologie.

Niestety, gdy polski pacjent kończy 26 rok życia, to traci prawo do refundacji osobistych pomp insulinowych, dość często rezygnuje z zakupu tych urządzeń z powodów finansowych, poziom wyrównania metabolicznego pogarsza się, rozwija powikłania naczyniowe.

Tak więc z jednej strony, możemy się pochwalić w trakcie polskiej prezydencji, że polskie dzieci z cukrzycą typu 1 są najlepiej wyrównane na świecie, a z drugiej strony jesteśmy jednym z czterech krajów, obok Bułgarii, Estonii i Litwy, gdzie refundacja pomp insulinowych jest limitowana wiekiem pacjenta.

Mgr Joanna Parkitna, Dyrektor Wydziału Oceny Technologii Medycznych, Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji

Rok 2025 będzie momentem bardzo istotnej zmiany w procesie refundacyjnym, bowiem 12 stycznia wchodzi w życie rozporządzenie UE dotyczące wspólnej oceny HTA (Joint Clinical Assessments, JCA). Rozporządzenie to reguluje wspólne oceny kliniczne, wspólne konsultacje naukowe oraz wspólne procedury i metodologie ocen leków – oczywiście wyłącznie w odniesieniu do domen oceny klinicznej. To oznacza, że ocena ekonomiczna lub wnioski dotyczące cen i refundacji leżą jak dotychczas w wyłącznej kompetencji państw członkowskich. Od 2025 roku wspólnej ocenie podlegać będą leki onkologiczne, od 13 stycznia 2028 sieroco produkty lecznicze a od 13 stycznia 2030 roku wspólnej ocenie podlegać będą wszystkie nowo rejestrowane leki. Zgodnie z założeniami tego modelu, JCA ma, zapewnić wysoką jakość procesu przygotowania oceny klinicznej, jego przejrzystość oraz w przyszłości może wpłynąć na przyspieszenie decyzji o złożeniu wniosków refundacyjnych przez podmioty odpowiedzialne.



Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji jest jedną z największych instytucji tego typu w Europie. Będziemy więc nie tylko odbiorcą raportów JCA ale przede wszystkim ich wykonawcą. W związku z tym razem z Ministerstwem Zdrowia przygotowaliśmy niezbędne propozycje zmian w ustawie refundacyjnej, które precyzują działania podejmowane przez wszystkich uczestników procesu. Już na początku roku czeka nas cały szereg spotkań, na których będziemy finalizować reguły współpracy międzynarodowej między poszczególnymi instytucjami zaangażowanymi w proces JCA oraz standardy postępowania. Na poziomie krajowym również planujemy szereg spotkań z wszystkimi zaangażowanymi w proces stronami. Istotne jest abyśmy wzajemnie rozumieli nasze oczekiwania i potrzeby wynikające z procesu oceny technologii medycznych. Nie wyobrażam sobie aby w tym procesie zabrakło głosu pacjentów dla tego już poczyniliśmy szereg działań aby ułatwić komunikację pomiędzy AOTMiT a organizacjami pacjenckimi. Rozpoczęliśmy poprzez newsletter precyzyjne informowanie o rozpoczynających się i kończących procesach oceny leków, w opiniowanie których włączyć się mogą pacjenci. A w przyszłości planujemy kolejne szkolenia przybliżające proces oceny HTA produktów leczniczych oraz rolę pacjenta w tym procesie.

*Dr Piotr Artur Winciunas, Naczelny Lekarz ZUS,
Przewodniczący Komisji ds. Rejestracji i Prawa Wykonywania
Zawodu Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie, Sędzia
Naczelnego Sądu Lekarskiego, Wykładowca akademicki
Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego w
Warszawie i Uniwersytetu Warszawskiego*



Zakład Ubezpieczeń Społecznych (ZUS) jest instytucją, z którą jesteśmy związani, jako obywatele, od urodzenia aż do śmierci. Większość obywateli podlega ubezpieczeniu społecznemu. Można powiedzieć, że pierwszym świadczeniem jest 800 plus, a ostatnim jest emerytura a zasiłek pogrzebowy wypłacany jest rodzinie zmarłego ubezpieczonego. ZUS wypłaca rocznie prawie 8 milionów świadczeń pieniężnych. Są to zasiłki chorobowe, renty z tytułu niezdolności do pracy, renty rodzinne i emerytury – i tych świadczeń jest wypłacanych najwięcej. W 2023 r. na świadczenia z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych, którym zarządza ZUS było wypłacone prawie 365 miliardów złotych. Na zasiłki chorobowe, wydaliśmy prawie 16 miliardów złotych, z tym, że wydatki te nie uwzględniają wynagrodzenia za okres choroby, które wypłaca pracodawca. W 2023 roku na świadczenia związane z niezdolnością do pracy, czyli: zasiłki chorobowe, renty z tytułu niezdolności do pracy oraz świadczenia rehabilitacyjne wypłaciliśmy ok. 50 miliardów złotych. W 2023 roku wystawionych zostało ok. 23 milionów zwolnień chorobowych (tj. zaświadczeń ZUS ZLA), od 2018 roku te zaświadczenia wystawianie są tylko w postaci dokumentu elektronicznego. To nam daje możliwość analiz danych które są prezentowane w tych zaświadczeniach lekarskich – pod kątem schorzeń, które są najczęstszą przyczyną zwolnień, ich długości oraz dynamiki wieloletniej.

Bardzo ważna jest analiza wpływu dostępu do skutecznych terapii na świadczenia wypłacane przez ZUS. Analizowaliśmy historie orzecznicze osób, które mają rozpoznane stwardnienie rozsiane (SM) i pobierali rentę z tytułu niezdolności do pracy. Analizowaliśmy, czy te osoby które były w programie lekowym nadal pobierają nadal świadczenie rentowe. Z tego badania jasno wynika, że wprowadzenie nowoczesnych terapii powoduje to, że większość z tych osób wraca do pracy. Czyli nowoczesne leczenie i inwestycja w zdrowie po stronie państwa ma ewidentny wpływ na optymalizację wydatków z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych. Chcę jasno powiedzieć, że nie jest celem Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, żeby nie ponosić uzasadnionych wydatków z tytułu świadczeń związanych z niezdolnością

do pracy. Naszym celem jest zabezpieczenie osób, które stały się niezdolne do pracy. Jednak, kiedy możemy utrzymać aktywność zawodową, dzięki skutecznym terapiom jest to najlepsza sytuacja dla obywateli i społeczeństwa. Bardzo dobrym przykładem znaczenia prewencji i skutecznego leczenia w zakresie utrzymania dobrej kondycji zdrowia, a w wskutek tego zdolności do pracy jest otyłość. Wg analiz ZUS, liczba dni absencji chorobowej z powodu otyłości (ICD-10 E66) wzrosła o 76% w ciągu dwóch lat. W 2021 roku było 171 tys. dni absencji chorobowej z powodu tego schorzenia, a w 2023 r. już 306 tys. dni absencji chorobowej. To przekłada się na 75% wzrost wydatków z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych związanych z niezdolnością do pracy, której główną przyczyną jest otyłość.

Od wielu lat ZUS prowadzi działania prewencyjne, czyli rehabilitację leczniczą w ramach prewencji rentowej. Kierujemy osoby ubezpieczone, które są zagrożone niezdolnością do pracy. Najliczniejszą grupę osób stanowią osoby z chorobami narządu ruchu, schorzeniami kardiologicznymi, chorobami układu oddechowego oraz dla osób po mastektomii z powodu nowotworu. W tym roku zaczęliśmy kierować pacjentów na rehabilitację w schorzeniach neurologicznych, wynikających z m.in. uszkodzenia centralnego układu nerwowego i w schorzeniach demielinizacyjnych. W 2023 roku ZUS wydał na rehabilitację leczniczą w ramach prewencji rentowej ponad 180 milionów złotych.

Prowadzimy również prewencję wypadkową, gdzie pracodawcy mogą zwracać się do ZUS o refundację poprawy warunków pracy. Dzieje się tak w przypadku stanowisk pracy zagrożonych czynnikami niebezpiecznymi, takimi jak hałas, czy zapylenie. Pracodawcy, mogą do ZUS składać projekty wybierane w konkursie na to dofinansowanie. W tym konkursie wybierane są projekty, które: poprawią bezpieczeństwo pracy, zmniejszą zagrożenie wypadkami przy pracy lub chorobami zawodowymi oraz zredukują niekorzystne oddziaływanie szkodliwych czynników w pracy.

Prof. Dominika Dudek, Prezes Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego, Kierownik Katedry Psychiatrii i Kliniki Psychiatrii Dorosłych Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie



Zacznę od hasła: „Nie ma zdrowia, bez zdrowia psychicznego”. Zdrowie psychiczne jest fundamentem zdrowego społeczeństwa. Przykład depresji, pokazuje nam jak z rozwojem cywilizacyjnych narasta problem poszczególnych zaburzeń psychicznych. Depresja występowała zawsze, ale teraz depresji rozpoznajemy znacznie więcej. Różne są tego przyczyny. Pozytywnym aspektem jest fakt, że Polskie Towarzystwo Psychiatryczne

prowadziło intensywne działania edukacyjne i świadomościowe przez całe lata w celu destygmatyzacji psychiatrii, w tym depresji. Wielu pacjentów, którzy dawniej „cierpieli w ciszy” i kończyli swoje życie samobójstwem, teraz zgłasza się po pomoc. Niestety, wciąż mężczyźni mają większe opory i „męska depresja” nadal jest nie diagnozowana. Dlatego zgłaszalność z powodu depresji jest wyższa. Oczywiście, współczesne życie, ze swoimi wyzwaniami, powoduje, że zaburzeń depresyjnych jest więcej. Widzimy, że zaburzenia depresyjne u dzieci i młodzieży narastają lawinowo, zwłaszcza w okresie po pandemicznym. Narasta również depresja u osób w wieku senioralnym. Po pierwsze, społeczeństwo się starzeje, żyjemy dłużej, ale za tym dłuższym życiem idą też większe wyzwania zdrowotne. I oczywiście depresja ma swoje biologiczne przyczyny, takie jak starzenie się mózgu, choroby współistniejące somatyczne oraz przyczyny psychologiczno-społeczne, zwłaszcza osamotnienie osób wieku podeszłego. Dlatego działania, które mogą aktywizować seniorów w każdym zakresie ich życia są bardzo ważne.

Dobłą wiadomością jest, że depresja dla zdecydowanej większości pacjentów jest chorobą uleczalną. Psychiatria w ostatnich dekadach zrobiła kolosalny postęp diagnostyczno-terapeutyczny. Od kilku lat jesteśmy w trakcie reformowania psychiatrii w Polsce w kontekście szybkiej diagnozy oraz dostępu do skutecznej opieki, w tym farmakoterapii i psychoterapii. Jednym głosem apelujemy o zwiększenie środków przeznaczonych na psychiatrię, do średniej europejskiej ok. 6% publicznych wydatków na zdrowie. Apelujemy też, aby reforma nie skończyła się na Centrach Zdrowia Psychicznego, ale wchodziły w życie programy specjalistyczne. Takim programem jest np. program lekowy w zakresie depresji lekoopornej. Ten program potrzebuje m.in. lepszego finansowania ośrodków trzeciego poziomu referencyjnego, które go realizują, gdzie pacjenci mogą skorzystać z bardziej zaawansowanych procedur diagnostyki i terapii.

Prof. Piotr Gałęcki, Konsultant krajowy w dziedzinie psychiatrii, Kierownik Kliniki Psychiatrii Dorosłych Uniwersytetu Medycznego w Łodzi



Przykładem zmian zachodzących w psychiatrii w Polsce jest fakt, że od 1 lipca 2023 r. wszedł do systemu refundacji pierwszy program lekowy w psychiatrii- program B.147 „Leczenie chorych na depresję lekooporną” obejmujący leczenie depresji lekoopornej esketaminą. Skuteczność esketaminy u pacjentów z depresją lekooporną wynosi około 40 proc. Warto zaznaczyć, że polskie rzeczywiste dane kliniczne (RWD) potwierdziły, że jest to cząsteczka skuteczna, a ponad połowa pacjentów uzyskuje poprawę stanu psychicznego, co jest zgodne z obserwacjami z badań klinicznych. Polska była piątym krajem, który udostępnił przez publicznego płatnika dostępność do tej technologii. To jest bardzo ważne, bo ja jeszcze pamiętam czasy, kiedy niektóre cząsteczki były już refundowane praktycznie we wszystkich krajach europejskich, a Polska była na końcu. Dlatego wydaje mi się, że to jest bardzo ważne. Od półtora roku, funkcjonuje program, którego założeniem było, że będzie w nim mogło uczestniczyć około 1 tys. pacjentów rocznie. Natomiast pierwszy rok wprowadzania tego programu lekowego był takim rokiem, w którym ten program i założenia tego programu zderzyły się z rzeczywistością. W opinii ekspertów Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego kryteria włączenia i wyłączenia pacjentów, którzy klinicznie cierpią z powodu depresji lekoopornej były po prostu zbyt rygorystyczne. Tych ograniczeń było zbyt dużo i udało się nam włączyć w ciągu pierwszego roku trwania programu lekowego tylko 150 pacjentów. Ustawodawca pozwala nam zawioskować o zmianę kryteriów funkcjonowania programu lekowego po roku jego funkcjonowania i dlatego wystąpiliśmy do Ministerstwa Zdrowia z taką inicjatywą. Chcemy sprawić, by program lekowy B.147 „Leczenie chorych na depresję lekooporną” był dostępny dla większej grupy pacjentów. To powinni być nie tylko pacjenci z kolejną depresją w życiu, ale również chorzy z pierwszym epizodem depresyjnym. Chcemy zlikwidować limit wieku oraz złagodzić kryteria wykluczające, takie jak zaburzenia osobowości, czy współzależnienie. Dzięki temu, że te kryteria będą łagodniejsze, dostępność do terapii w tej grupie pacjentów będzie znacząco wyższa. Przypomnijmy, że jest to pacjent, który od wielu miesięcy cierpi z powodu depresji o nasileniu umiarkowanym lub znacznym. Czyli tak naprawdę spełnia kryteria niezdolności do pracy. To zależy oczywiście, jaki charakter pracy wykonuje, ale w większości zawodów tak jest. Dlatego wydaje się, że terapia w ramach programu lekowego stwarza dużą szansę dla tej grupy pacjentów na powrót do zdrowia i aktywności zawodowej. Zaznaczę również, że esketamina działa natychmiastowo, a ten efekt może się utrzymywać. Wyobraźcie sobie Państwo osobę, która cierpi kilka miesięcy z powodu znacznego nasilenia epizodów depresyjnych, a w ciągu kilkunastu minut jej nastrój

diametralnie się poprawia. Jest to duża szansa dla pacjentów z depresją lekooporną i całego systemu ochrony zdrowia i opieki społecznej, w tym gospodarki.

Dr Wojciech Konieczny, Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia

Priorytety w zakresie zdrowia polskiej prezydencji w Radzie Unii Europejskiej dotyczą zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży, promocji profilaktyki, cyfryzacji oraz bezpieczeństwa lekowego.



Obecnie jesteśmy krajem granicznym wobec wojny, która się toczy i to jest inne spojrzenie, niż spojrzenie Francji, Portugalii, Szwecji i tak dalej. To są inne perspektywy. Mówimy o różnych zagrożeniach, bo inaczej się odbiera wojnę za granicą, na przykład będąc młodym człowiekiem, mając kontakt z uciekinierami, z osobami, które potrzebują pomocy, a inaczej, kiedy się o tym słyszy i uchodźców traktuje się inaczej. Taki dobry przykład, że w Polsce słowo uchodźca brzmi inaczej, niż brzmi na przykład w we Włoszech i co innego oznacza. W Polsce oznacza człowieka, który wyrwał się spod raket, bomb, zagrożenia i w panice uciekał. We Włoszech oznacza coś innego, emigranta zarobkowego, który chce poprawić swoje swój status ekonomiczny. Też można to zrozumieć, natomiast są dwa różne zjawiska. Od strony systemu ochrony zdrowia, jeżeli pomyślimy o wpływie na nasze społeczeństwo, jak i jaką pomoc mamy udzielić tym, którzy przybywają, to są inne zadania, niż są w innych krajach. Niewątpliwie wpływ tej sytuacji na zdrowie psychiczne u nas jest większy i musimy się z tym pogodzić i temu zaradzić. Obciążenie systemu ochrony zdrowia również jest większe. Wiemy, że finansujemy leczenie, leki oraz wszystkie świadczenia, które powinni otrzymywać osoby, które są w takiej sytuacji, jak osoby, które po prostu uciekły do nas z ogarniętej wojną Ukrainy, więc to są inne perspektywy. Ale również to wpływ zdrowotny tych sytuacji. Na przykład na Ukrainie z racji sytuacji wojennej już od wielu lat, system ochrony zdrowia nie działał sprawnie. Na przykład, kalendarz szczepień nie był realizowany tak sprawnie, jak w Polsce. Jak mamy na to zareagować? Czy mamy wszystkich traktować, jak potencjalnie zagrożonych chorobami zakaźnymi, czy nie musimy tego robić? Zbieramy dane i uczymy się nowej rzeczywistości. Na to wszystko nakłada się oczywiście lęk i poczucie zagrożenia, z którym musimy sobie radzić.

Wybraliśmy również priorytet w zakresie zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży, bo w tym zakresie obserwujemy kumulację wielu problemów. W ostatnich latach, całe pokolenia dzieci i młodzieży były naznaczone pandemią COVID-19, wojną w Ukrainie oraz światem wirtualnym. Tym, co nie chodzili do szkół, wirtualny świat zaproponował pewne możliwości, które bardzo się rozwinęły przez te lata, które normalnie by postępowały wolniej i to oddziaływanie byłoby mniejsze i bardziej rozłożone w czasie. Tak to po prostu zaistniało nagle. I oczywiście widzimy tutaj pewne zagrożenia związane z uzależnieniem cyfrowym z tym, co dzisiaj stanowi również przedmiot badań, a także już interwencji. Wiemy, że to nie jest do końca tylko polski problem, to już jest bardziej problem europejski, ponieważ w wielu krajach to nastąpiło i mamy podobne doświadczenia. Są kraje, które już się z tym zetknęły i już temu zapobiegają, tak jak Dania.

Jeśli chodzi o sprawy związane z opieką neurologiczną, to jesteśmy w stałym kontakcie z Radą ds. Neurologii. Jest kilka rzeczy, które chcemy wspólnie przeprowadzić. Po pierwsze, Plan dla chorób otępiennych, który jest bardzo istotnym, ponad resortowym projektem. Od strony resortu zdrowia, to jest w miarę proste. Mamy metody diagnostyczne, wiemy jaki procent populacji potencjalnie może zachorować i kiedy może zachorować. Wiemy jaka jest rola poradni, szpitali oraz opieki domowej. Natomiast, to przed czym stoimy w Polsce, to jednak połączenie działań z innym resortami. Na ile

pomoc społeczna powinna się w to włączyć? Czy oraz ile powinniśmy tworzyć ośrodków pobytu dla chorych z chorobami otępiennymi? Kto w nich powinien pracować? Musimy na to spojrzeć w większym wymiarze ze względu na to, że społeczeństwo się starzeje. Wiadomo, że chorych będzie przybywać będzie to problem, który będzie powodował większe obciążenie dla opiekunów prawnych, formalnych, czyli dla rodzin, dla osób, które mają wtedy utrudniony dostęp do pracy, do wypełniania swoich obowiązków i trzeba im pomóc. To są rzeczy, które trzeba rozwiązać międzyresortowo. Od strony medycznej – neurologicznej, trzeba diagnozować wcześniej oraz refundować leki. Profilaktyka jest odrębnym nieco tematem, ale w tym przypadku również ważnym. W neurologii mamy również projekty związane z nowymi technologiami, z tym aby inwazyjne metody leczenia choroby Parkinsona, czy padaczki były w odpowiedni sposób zorganizowane. Aby te świadczenia były bardziej uporządkowane i przechodzące bardziej pod nadzór neurologiczny. Rozmawiamy też o nowych terapiach, które mogą być wprowadzane do systemu refundacji publicznej. Staramy się zwiększać dostępność programów lekowych, czy to w stwardnieniu rozsianym, czy w innych chorobach. W padaczce mamy dużo dostępnych leków, które są wprowadzane sukcesywnie do systemu refundacji publicznej w miarę potrzeb. Myślę, że wprowadzenie trombektomii mechanicznej w terapii udaru mózgu, jako świadczenia gwarantowanego, spowodowało, że jest to świadczenie w miarę dostępne. Oczywiście tą dostępność trzeba jeszcze zwiększyć, ale tutaj bolączką, którą też próbujemy pokonać jest wycena świadczeń przez AOTMiT. Miejmy nadzieję, że te prace wkrótce się skończą i świadczenia, które były kiedyś dobrze wyceniane i oddziały udarowe raczej nie narzekały na to finansowanie, powinny z powrotem wrócić do tego poziomu zadowalającego.

Bardzo dobrze układa się współpraca z Polskim Towarzystwem Neurologicznym. Potrzeby medyczne będą rosły, więc musimy myśleć o kadrach. Neurologia stała się specjalizacją priorytetową, co mam nadzieję przyciągnie lekarzy. Chcemy, aby neurologia nie była atrakcyjna tylko finansowo, ale również organizacyjnie. Aby młody lekarz chciał być neurologiem, bo jest to fantastyczna praca. Należy zatem w te kadry inwestować. Tutaj mówimy również o drobniejszych rzeczach, jak na przykład podniesieniu rangi neurologii, aby pytania z neurologii pojawiały się w lekarskim egzaminie końcowym, aby były stałym elementem, aby lekarze byli na bieżąco z tym, co się w neurologii dzieje.

W zakresie psychiatrii jesteśmy w trakcie wielkich przemian organizacyjnych. W psychiatrii dziecięcej te zmiany się dokonały. Mamy centra zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży. Mamy stworzony odpowiedni zasób łóżek szpitalnych i oddziałów szpitalnych, chociaż jednak wygląda na to, że ich ciągle brakuje, z powodu coraz większej liczby pacjentów. W związku z czym inwestycje, które są z KPO, w przypadku psychiatrii dziecięcej mają takie preferencje, że łatwiej się ubiegać o te pieniądze tym, którzy tworzą nowe łóżka szpitalne. W związku z czym myślę, że ta zachęta spowoduje, że rozładujemy problemy łóżek na korytarzach szpitalnych. Dzięki tym inwestycjom zapewnimy odpowiedni poziom leczenia, w sensie zapewnienia intymności, odpowiednich miejsc, gdzie pacjenci są przyjmowani, również przeszukiwani, gdy niestety jest wobec nich konieczne zastosowanie przymusu bezpośredniego. Stworzymy warunki, aby te działania przebiegały w sposób humanitarny, w odpowiedni sposób zorganizowany i zgodny z prawem. W zakresie psychiatrii dorosłych, połowa kraju jest objęta systemem Centrów Zdrowia Psychicznego. Obecnie stoimy przed wyzwaniem przeniesienia tych rozwiązań na całą Polskę. Połowa Polski dzieła w starym systemie, czyli w systemie płatności za usługę, oraz pewnego rozczłonkowania: osobno poradnie, osobno oddziały dzienne i osobno szpitale. Mamy plany, które powstały wskutek waluacji systemu, który jest obecnie stosowany. Powstał odpowiedni zespół w Ministerstwie Zdrowia, który będzie starał przenieść te rozwiązania organizacyjne na całą Polskę. To oczywiście prawdopodobnie potrwa, ale zaowocuje również stworzeniem jednolitego systemu. Pragniemy, aby dostęp do psychiatrii był w kraju podobny,

gdyż teraz mamy dużą różnicę w dostępności leczenia, w jakości leczenia, a nawet w filozofii leczenia psychiatrycznego. A filozofia powinna być dla całego kraju taka sama. Jeśli chodzi o dostęp refundacyjny do leków psychiatrycznych, to w Polsce jest on na bardzo dobrym poziomie. Jeśli jakieś substancje się pojawiają, mają dobre wyniki badań, są w Polsce sukcesywnie wprowadzane do systemu refundacji. Myślę, że w ostatnim czasie, udało nam się zmniejszyć poziom stygmatyzacji chorych z zaburzeniami psychicznymi. Poprawie uległa sytuacja i podejście do osób z zaburzeniami psychicznymi, szczególnie w okresie kryzysów. To jest rzecz, którą wykonali nie tylko lekarze psychiatry, ale również środowiska organizacji pacjenckich i organizacji pozarządowych, które na to zawsze zwracały uwagę. Podejście do osób z problemami psychicznymi jest inne niż było parę dekad temu. Jest zrozumienie tego, że psychiatria powinna być bardziej psychiatrą środowiskową, bardziej opartą o miejsce zamieszkania, o szkołę, o miejsce pracy i o środowisko, w którym żyje pacjent. To jest element, który zapewnia lepszy komfort i efekty, niż duże szpitale, z wieloma łóżkami, czy z jednym lekarzem na 200 pacjentów. A tak to wyglądało w poprzednim systemie opieki psychiatrycznej. W psychiatrii dorosłych mamy jeszcze organizacyjnie sporo do zrobienia, ale ta praca zostanie wykonana. Jeśli chodzi o kadry, to psychiatria cieszy się coraz większym powodzeniem. Coraz większa liczba młodych lekarzy stawia w tej chwili na specjalizację z psychiatrii. Obok radiologii i medycyny rodzinnej jest to jedna z najczęściej wybieranych specjalizacji w Polsce. To dobrze rokuje i świadczy o tym, że studenci widzą w psychiatrii swoją przyszłość oraz to, że ta psychiatria jest dla nich atrakcyjna. Czyli te zmiany, które my wprowadzamy są zauważalne. Jest to zasługa Konsultanta Krajowego, Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego oraz wszystkich osób i organizacji, które się zaangażowały w propagowanie zdrowia psychicznego. O zdrowiu psychicznym można by mówić bardzo dużo i o różnych elementach, które na nie wpływają. Myślę, że ważną sprawą jest również nie tyle profilaktyka, co wczesne wykrywanie pewnych nieprawidłowości, zaburzeń czy kryzysów na takim etapie, aby im zapobiegać jeszcze przed wystąpieniem cięższych objawów, aby szybciej była udzielana pomoc, aby łatwiej było trafić bez kolejek, bez konieczności jakiegokolwiek utrudnionych zapisów. No i w tym kierunku również idziemy, aby ten system, który tworzymy był przyjazny dla pacjenta i jego rodziny.

Chciałbym z całą mocą podkreślić, że zdrowie w Polsce musi być traktowane priorytetowo i finansowane adekwatnie do potrzeb. Polski system ochrony zdrowia potrzebuje kompleksowej naprawy. Przez wiele dekad w Polsce w zdrowie nie inwestowano i nie traktowano go priorytetowo. W przypadku naszych sąsiadów – Czechów, stwierdzono, że trzeba reformować i adekwatnie finansować system ochrony zdrowia. Może nie w jednej kadencji rządu, ale trzeba to zrobić. W Czechach składka zdrowotna wynosi 13%. Obywatele ją płacą, ale oczywiście spodziewają się czegoś w zamian. To jest naturalne. Mają inny system, brak kolejek i niezadłużone szpitale. A my, w Polsce dyskutujemy o obniżeniu składki zdrowotnej, co jest paradoksalne.

Jako rząd koalicyjny od października 2023 r. reformujemy dynamicznie system ochrony zdrowia. Rosną znacząco nakłady publiczne na zdrowie w Polsce. One nie są jeszcze wystarczające do sfinansowania wszystkich potrzeb – stąd kolejki i nadwykonania. To jest oczywiście przesadzone, że ktoś twierdzi, że wydajemy bardzo dużo pieniędzy i już powinniśmy osiągnąć super efekty. Jeszcze tych nakładów takich nie ma, ale powiedziałbym, że jeśli chodzi o zarobki w sektorze ochrony zdrowia, osiągają one godne poziomy. Obecnie powinniśmy oczekiwać wyniku tych inwestycji, jakimi są inwestycje w kadry – lekarzy, pielęgniarki, położne, ratowników medycznych, diagnostów i pozostałych pracowników sektora ochrony zdrowia. Ale żeby to zrobić, musimy naprawić „cały samochód”. Nie możemy tylko naprawić kierownicy i siedzenia, czyli miejsca, gdzie siedzi kierowca i on ma dobre warunki pracy. Ale w tym samochodzie dalej są niedobre koła, silnik jest nie taki jak trzeba i tak dalej. W związku z czym, myślę, że w miarę osiągnięcia właściwego poziomu finansowania i urealnienia kosztów

świadczeń zdrowotnych, powinniśmy się spodziewać efektów zdrowotnych. Ale, żeby osiągnąć urealnienie i pomiar efektów zdrowotnych, musimy się zabrać za cały system i go naprawić. To jest moja nadzieja, że paradoksalnie im ten system będzie droższy, tym bardziej będzie wymagał pomiaru efektywności. Dlatego już teraz powinniśmy myśleć o tym, że dalszy wzrost nakładów finansowanych powinien korelować z osiągnięciem lepszych efektów zdrowotnych.

Apeluję o podejście całościowe do systemu ochrony zdrowia pod każdym względem. Rolą państwa, we współpracy z ekspertami klinicznymi i systemowymi jest zorganizowanie systemu ochrony zdrowia, aby był wydolny. Miałem nadzieję, że pandemia COVID-19 wymusi wiele pozytywnych zmian. Dalej jednak nie wyciągnęliśmy lekcji ze 100 tys. nadmiarowych zgonów. W Polsce zmarło tyle samo obywateli, co w tym samym czasie w Niemczech, tylko że Niemców jest dwa razy tyle (83 mln mieszkańców). To jest najprostszy wskaźnik, który mówi, na ile nasz system ochrony zdrowia był i jest wydolny. To był bolesny i dramatyczny dowód, w wyniku wydarzeń dotyczących społeczeństwa polskiego. To było doświadczenie intensywne i dwuletnie, ale dzisiaj też się to niestety dzieje. Ktoś jest za późno leczony na nowotwór, ktoś inny ma za późno rozpoznawaną cukrzycę, a to wszystko prowadzi do nadmiarowych zgonów. Ktoś jest wcześniej niepełnosprawny, ktoś musi się nim zajmować, zamiast pracować i realizować swoje cele zawodowe i społeczne.

Myślę, że tutaj jest jeszcze wspólna praca do wykonania, do czego też Państwa namawiam. Głos polityka jest zawsze postrzegany, jako głos w jego interesie. Na przykład moim interesie wyborczym, żeby ludzie na mnie zagłosowali. A tak naprawdę, to nie ma nic do rzeczy z polityką, tylko ze zdrowym rozsądkiem i interesem społecznym. Przykładowo, toczą się rozmowy z przedstawicielami ugrupowań, wśród których jest dużo „antyszczepionkowców”. Ja, z nimi nie chcę w ogóle rozmawiać, dlatego że uważam, że nasza interakcja w świecie dzisiejszych mediów może zakończyć się niekorzystnie dla obywateli. To znaczy, jeśli tamten człowiek będzie bardziej błyskotliwy, będzie miał jakiś głupi przykład, ale populistyczny i nośny medialnie, to wyjdziemy z tej dyskusji przegrani. Przynajmniej 50% słuchaczy uzna, że może „antyszczepionkowiec” miał rację, a 50%, że my mamy rację. A tymczasem, to my mamy rację w 100 procentach, tylko obecne media i otoczka polityczna nie pozwala tego właściwie przekazać. Wiemy jednocześnie, że zdrowie jest aspektem, który bez decyzji politycznych opartych na wiarygodnych i rzeczywistych danych nie uzyska odpowiedniego poparcia.

Prof. Krzysztof Tomasiewicz, Kierownik Kliniki Chorób Zakaźnych i Hepatologii Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Lublinie, Prezes Polskiego Towarzystwa Epidemiologów i Lekarzy Chorób Zakaźnych



Ministerstwo Zdrowia, kierowane przez Panią Minister Izabelę Leszczyńską powołało Zespół do spraw Zagrożeń Związanych z Chorobami Zakaźnymi. Szkoda jednak, że ten zespół nie działa tak intensywnie, jak mieliśmy na to nadzieję. Myślę, że to jest taki pierwszy krok ku temu, aby rzeczywiście chorobom zakaźnym poświęcić więcej należytej uwagi. Choroby zakaźne są istotnym i wspólnym elementem całej medycyny, bo infekcje stanowią wspólny problem kliniczny. Najlepszym przykładem tego była pandemia COVID-19. Apelujemy o to, abyśmy z tej pandemii wyciągali właściwe lekcje. Tych zagrożeń na pewno w tej chwili, w skali pandemii nie ma, ale musimy być bardzo czujni. Zmienia się klimat oraz sytuacja geopolityczna w sensie wojen i migracji. Nasze działania dotyczą bardzo dużej liczby osób, a więc tutaj mówimy o prawdziwym zdrowiu publicznym.

Apelujemy o stworzenie Narodowego Programu Eliminacji HCV. Mamy znakomite leki, ale nie diagnozujemy chorych na wirusowe zapalenie wątroby typu C. Idea Narodowego Programu Eliminacji HCV polega na tym, żebyśmy przeprowadzili testowanie osób, które są zakażone i o tym nie wiedzą. To wszystko jest przez nas opisane, policzone i kosztowo-efektywne. Dzięki diagnozie i leczeniu HCV, unikamy olbrzymich kosztów związanych z leczeniem marskości wątroby, z transplantacją wątroby oraz leczeniem raka wątrobowokomórkowego. Testy kosztują kilka złotych i każdy jest w stanie zrobić test paskowy. I moglibyśmy mieć naprawdę olbrzymi sukces pod postacią eliminacji HCV. Chciałem też nawiązać do kwestii prezydencji Polski w Radzie Unii Europejskiej. Jest to wstyd dla Polski, że wszyscy wkłada taki program już mają. Dlatego, w ramach prezydencji powinien być uchwalony i wprowadzony w życie Narodowy Program Eliminacji HCV w Polsce. Musimy dołączyć do tych krajów, które już w tym momencie działają w sposób właściwy.

Mamy świetne rozwiązania w zakresie szczepień przeciwko pneumokokom, ale zbyt mały odsetek seniorów szczepi się przeciwko pneumokokom. Musimy tutaj naprawdę w ramach różnego rodzaju porozumienia między różnymi specjalnościami zachęcać ludzi do szczepienia. Mamy cały czas problem z wprowadzeniem na listę senioralną szczepionki przeciwko półpaścowi. Przypominam, że ból półpaścowy jest piątą, co do częstości przyczyną samobójstw w Stanach Zjednoczonych wśród seniorów. Myślę, że działania profilaktyczne powinny być traktowane priorytetowo.

*Prof. Maria Mazurkiewicz-Betdzińska, Przewodnicząca
Polskiego Towarzystwa Neurologii Dziecięcej, Kierownik
Kliniki Neurologii Rozwojowej Gdańskiego
Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego w Gdańsku*



W zakresie neurologii dziecięcej pokazaliśmy, jak może modelowo funkcjonować opieka w Polsce na przykładzie diagnostyki i leczenia rdzeniowego zaniku mięśni (SMA). Mamy szybką diagnostykę w formie przesiewu noworodkowego, oraz dostęp refundacyjny do trzech terapii, w tym terapii genowej. Oczywiście zawsze może być lepiej, ale ten program wzorcowym, a współpraca pomiędzy neurologami dziecięcymi i neurologami wzorcowa. Chcę podkreślić znaczenie przesiewu noworodkowego w SMA, który jest niezwykle istotny, bo mamy szybką diagnostykę i leczenie o udowodnionej skuteczności. W przypadku chorób ultrazadkich czasem jest to trudne, bo albo brakuje szybkiej diagnostyki, albo skutecznych terapii. W przypadku leukodystrofii metachromatycznej (MLD), powinniśmy jak najszybciej uruchomić przesiew noworodkowy w kierunku wykrycia tej choroby, bo mamy dostępną skuteczną terapię genową- atidarsagen autotemcel, która może być zastosowana tylko w fazie bezobjawowej choroby. W przypadku leukodystrofii metachromatycznej, gdy diagnozujemy chorych, mają oni już objawy choroby, która jest dla nich obecnie bez terapii chorobą śmiertelną. Dzięki przesiewowi noworodkowemu, podobnie jak w przypadku rdzeniowego zaniku mięśni znajdowałibyśmy pacjentów chorych na leukodystrofię metachromatyczną ze zdrowym fenotypem. Mamy nadzieję, że dzięki podaniu terapii genowej atidarsagen autotemcel, ten pacjent będzie zdrowy do późnego wieku. Dlatego oczekujemy na włączenie leukodystrofii metachromatycznej do przesiewu noworodkowego oraz refundację terapii genowej w Polsce.

Na co dzień współpracujemy pomiędzy neurologami dziecięcymi, a neurologami dorosłymi. Widzimy potrzebę powstania klinik tranzycyjnych, czyli sprawnego przejścia z opieki dziecięcej do opieki dorosłych. Jest to potrzebne w wielu chorobach neurologicznych, szczególnie w padaczkę.

***Prof. Konrad Rejdak, Kierownik Katedry i Kliniki Neurologii
Uniwersytetu Medycznego w Lublinie, Członek Komitetu
Programowego Europejskiej Akademii Neurologii (EAN)***



W neurologii bardzo dużo się dzieje w zakresie nowych metod diagnostycznych i terapeutycznych. W chorobach otępiennych neurozwyrodnieniowych wiemy o rejestracjach nowych leków. Chodzi o leki biologiczne, które lada moment będą naszą rzeczywistością. I tutaj musimy już planować pewne działania organizacje w zakresie diagnostyki takich pacjentów. Zaczynamy również dyskutować o zdrowiu mózgu, jako wspólnej europejskiej inicjatywie łączącej schorzenia neurologiczne i psychiatryczne. Mam zaszczyt zasiadać w Komitecie Programowym Europejskiej Akademii Neurologii (EAN). Niedawno odbyło się w Bernie spotkanie szwajcarskiej Koalicji dla zdrowia mózgu, na którym miałem zaszczyt reprezentować Polskie Towarzystwo Neurologiczne. W dniu 14 lutego 2025 r. organizujemy w Polsce konferencje pt. „Szczyt Zdrowia Mózgu”, gdzie będą również przedstawiciele europejskich organizacji. Współorganizujemy to spotkanie z neurologami dziecięcymi oraz ze środowiskiem psychiatrów, aby dyskutować o profilaktyce, leczeniu i rehabilitacji chorób mózgu. Będzie to również znakomity akcent oraz inicjatywa polskiej prezydencji w Radzie Unii Europejskiej, która przebiega od stycznia do czerwca 2025 r.

***Prof. Agnieszka Neumann-Podczaska, Dyrektor
Instytutu Senioralnego Akademii Ekonomiczno-
Humanistycznej w Warszawie***



Nie możemy uzdrowić systemu ochrony zdrowia i opieki socjalnej, uzdrawiając tylko pojedyncze elementy każdego z systemów osobno. W kontekście chorób z kategorii neurodegeneracyjnych, mamy pacjenta bardzo skomplikowanego i wielkie wyzwania dotyczące opieki długoterminowej. Wydaje się, że to jak sobie z tym problemem poradzimy, będzie miarą poradczenia sobie z wyzwaniami demograficznymi. Mówimy o patrzeniu szeroko na system, a w ramach tego systemu o całościowym spojrzeniu na pacjentów starszych. W tej chwili, co trzy sekundy, ktoś zapada na choroby neurodegeneracyjne. Jest to o sekundę szybciej, niż w 2015 r. Najczęściej dotyczy to osób po 50. roku życia, ale też już coraz młodszych. Natomiast pamiętajmy, że my już dziś myśleć musimy o 2050 r., kiedy liczba ludzi chorych na schorzenia neurodegeneracyjne sięgnie ok. 130 milionów. Dziś mamy tych ludzi ok. 20 milionów. Liczby te rosną tak szybko również ze względu na dynamiczny wzrost osób starszych. Mówię nie tylko o otępieniu typu alzheimerowskiego, ale o szerszej kategorii chorób neurodegeneracyjnych. Takie choroby trwają zwykle od dwóch do dwudziestu lat i dają w konsekwencji zawsze niesprawność pacjenta, który ewidentnie staje się ogromnym obciążeniem dla systemu. Musimy patrzeć na system całościowo, bo nie da się uzdrowić sektora opieki długoterminowej jeśli nie spojrzeć się na ten system międzyresortowp, z perspektywy medycznej i równocześnie z perspektywy społecznej. W obszarze opieki długoterminowej w Polsce mamy wiele wyzwań. Ponad 11 tys. pacjentów czeka obecnie w kolejkach do przyjęcia do zakładów opiekuńczo-leczniczych (ZOL), część z nich może tego przyjęcia po prostu nie doczekać. W Polsce mamy wielu starszych pacjentów z wielochorobowością i polipragmazją. Choroby neurodegeneracyjne są zwykle dodatkowo rozpoznawanymi chorobami, obok nadciśnienia, cukrzycy, choroby niedokrwiennej serca, czy hiperlipidemii. Ci chorzy są konsultowani przez wielu specjalistów i potrzebujemy w tym zakresie koordynacji. Musimy przestać patrzeć na tych chorych, tylko przez pryzmat systemu opieki zdrowotnej. Trzeba sprawić, aby system

opieki społecznej współpracował z systemem opieki zdrowotnej. Doprowadzić do tego, że funkcja opiekuńcza państwa zaistnieje międzyresortowo. Ważne jest, iż obecnie, dzięki powołanemu przez Premiera Zespołowi do spraw wypracowania rozwiązań międzyresortowych w opiece nad osobami starszymi, pierwszy raz podejmujemy w Polsce próbę patrzenia na wyzwania demograficzne międzyresortowo. Efektem takiego spojrzenia poprawić jakość tej opieki. W kategorii chorób neurodegeneracyjnych nie mamy skutecznych terapii przyczynowych. Inhibitory acetylocholinoesterazy nie u wszystkich pacjentów się sprawdzają, zdarzają się działania niepożądane i w efekcie pogorszenie stanu funkcjonalnego pacjenta. Niezwykle ważne jest edukowanie społeczeństwa o tym, iż zapobiegać chorobom neurodegeneracyjnym możemy poprzez zdrowy tryb życia - stosowanie diety i aktywność fizyczną.

Instytut Senioralny, którym kieruję wdrażać będzie edukację z zakresu geriatry i gerontologii dla wszystkich w systemie. Chcemy uczyć zarówno dzieci na poziomie szkoły podstawowej, jak i młodzież na dalszych etapach edukacji oraz studentów wszystkich kierunków, jak się do starości właściwie przygotować. Nasze działania budują i wspierają koncepcję zdrowego starzenia i przygotowania nas wszystkich do zdrowej i sprawnej starości. Kształcić także będziemy obecnych i przyszłych formalnych i nieformalnych opiekunów osób starszych a także zespoły terapeutyczne pracujące w zakładach opieki długoterminowej w ramach ogólnopolskiej inicjatywy *Senior cafe*. Wszystko po to, aby łatwiej było sprostać wielkim wyzwaniom demograficznym, które przed nami.

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



Edukacja zdrowotna w szkołach od września 2025 r., to jeden z największych przełomów w zakresie zdrowia publicznego w naszym kraju. Zawsze nawiązuję do Wojciecha Oczko, nadwornego lekarza królów polskich, który mówił, że „ruch jest w stanie zastąpić wszystkie leki razem, a wszystkie leki razem nie zastępują ruchu”, więc o tym należy uczyć od najmłodszych grup wiekowych. To jeden z komunikatów, który powinien być przekazywany w czasie „godziny dla zdrowia” od przyszłego roku. Pokładam duże nadzieje w prowadzeniu w dobrej jakości tych lekcji w szkole podstawowej. Choć wielokrotnie mówiliśmy, że edukację zdrowotną należy zaczynać jeszcze wcześniej, czyli od przedszkola. Medycyna stylu życia wprowadzana od najmłodszych lat, od przedszkola i od wczesnych czasów szkolnych, na pewno przyniesie efekty. Europa jest coraz starsza i coraz cięższa. To jest jeden z kluczowych czynników ryzyka. Otyłość jest klasycznym przykładem sytuacji, w której lekarze i nie tylko lekarze, ale systemowe rozwiązania w ochronie zdrowia we wszystkich dziedzinach mogą przynieść poprawę. Jeśli nie poradzimy sobie z tym, to będziemy mieli za 5, 10, 15 lat ogromne problemy, zarówno zdrowotne, jak i ekonomiczne. Leczenie zaawansowanych chorób towarzyszących otyłości jest niezwykle kosztowne. A tutaj mamy do czynienia nie tylko z ryzykiem sercowo-naczyniowym, metabolicznym, ale także onkologicznym. Zdrowy styl życia chroni pacjentów przed zachorowaniem na wiele poważnych chorób.

Musimy nieustannie mówić o aktywności fizycznej, właściwym modelu żywieniowym, niepaleniu, dobrej jakości snu, szczepieniach ochronnych oraz o relacjach między ludźmi. Trzeba edukować, używać właściwego języka i nowoczesnych technik komunikacji, które pozwolą dzieciom, młodzieży i dorosłym zaakceptować przekaz prozdrowotny. Ten przekaz musi być nowoczesny, musi być krótki, musi być zwarty, bo wszyscy dzisiaj komunikują szybko i jasno. W kardiologii mamy cztery razy do roku nowe wytyczne terapeutyczne i oprócz publikacji naukowych tworzymy infografiki, które w sposób

skondensowany przekazują komunikat. Mówią, co należy zrobić, żeby utrzymać zdrowie, żeby je poprawić, żeby poprawić jego jakość. Dlatego, w taki właśnie sposób musimy się porozumiewać i myślę, że to jest klucz do osiągania sukcesów. Właściwy język, który jest niezbędny do tego, żeby przekazać pakiet informacji prozdrowotnych. My, lekarze, zapewne nie będziemy mieli na to czasu, żeby raz w tygodniu pojechać gdzieś do szkoły i poprowadzić takie lekcje, ale możemy służyć wzorcem. Można edukować także tych, którzy będą innych uczyć, więc to jest niezwykle ważne. Ja się tym zajmuję od wielu lat i jest to moja pasja.

Dr Aleksandra Lewandowska, Konsultant krajowa w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży

Wiemy, że inwestycja w młode pokolenie, to inwestycja w naszą przyszłość. W Polsce, w tym zakresie mamy wiele do zrobienia. Liczba dzieci nastolatków na przestrzeni ostatnich trzech lat, która wymaga opieki w obszarze psychiatrii wieku rozwojowego i leczenia uzależnień wzrosła ponad dwukrotnie. Depresja jest główną przyczyną niepełnosprawności w grupie wiekowej dzieci, nastolatków i młodych dorosłych, czyli od 10 - 24 roku życia. Rozpowszechnienie zaburzeń psychicznych w grupie dzieci i nastolatków jest bardzo podobne w Polsce w odniesieniu do pozostałych krajów Unii Europejskiej.



W zakresie psychiatrii dzieci i młodzieży udało nam się przełamać paradygmat niemożności. Nasze środowisko lekarzy, jeśli chodzi o psychiatrię wieku rozwojowego wcale nie jest duże, ale się pięknie rozrasta, podobnie jak pozostała grupa specjalistów; psychologowie kliniczni, psychoterapeuci oraz terapeuci środowiskowi dzieci i młodzieży. Na przestrzeni ostatnich czterech lat udało nam się stworzyć od podstaw nowy model opieki psychiatrycznej dla dzieci i młodzieży. Mamy naprawdę czym się pochwalić, bo w tej chwili mamy ok. 500 nowych ośrodków opieki środowiskowej psychologiczno-psychoterapeutycznej (I poziom referencyjny), których jeszcze przed 2020 r. w ogóle nie było. Nawet powiaty, które były deficytowe, szczególnie w takich województwach, jak podkarpackie, podlaskie, zachodniopomorskie, opolskie i świętokrzyskie mają w tej chwili ośrodki opieki środowiskowej. Również, jeśli chodzi o drugi poziom referencyjny, czyli centra zdrowia psychicznego, mamy ich już blisko 200 w skali kraju. To jest niesamowity sukces środowiska psychiatrów i wszystkich zaangażowanych osób. W ciągu roku liczba się podwoiła i to dotyczy zarówno poradni zdrowia psychicznego, jak i oddziałów dziennych dla dzieci i młodzieży. I w każdym województwie mamy już ośrodek trzeciego poziomu referencyjnego.

Nasz nowy model opieki psychiatrycznej jest oparty na współpracy. W tym modelu opieki, mamy możliwość przeprowadzenia sesji koordynacji i wymiany informacji o pacjencie z lekarzem pediatrą, czy lekarzem POZ. Konferencje psychiatrów dzieci i młodzieży stają się co raz bardziej interdyscyplinarne. Mówimy również o współpracy wewnątrzsektorowej, bo mocno zauważalna jest konieczność współpracy pomiędzy lekarzami, a psychologami klinicznymi, czy psychologami, psychoterapeutami oraz terapeutami środowiskowymi. Natomiast niewątpliwie to, co identyfikujemy, od kiedy ten model jest wdrażany, to brak rozwiązań dotyczących współpracy międzyresortowej. Nie da się skutecznie i efektywnie pomóc dziecku, nastolatki i systemowi, w którym on funkcjonuje bez współpracy międzyresortowej szczególnie pomiędzy resortem ochrony zdrowia, a resortem edukacji, czy rodziny, pracy i polityki społecznej.

Pomimo, że wzrosły nakłady finansowe na psychiatrię dziecięcą, to nadal oddziały są przeciążone, szczególnie w okresie roku szkolnego, nadal są dostawki, nadal są dzieci na korytarzach i nadal są długie

kolejki oczekujących. I to jest prawda, bo trzeba pamiętać o tym, że liczba dzieci z zaburzeniami psychicznymi wzrosła ponad dwukrotnie. My obejmujemy opieką nie tylko dziecko, ale cały system, w którym ono funkcjonuje. Niewątpliwie tu potrzebne są rozwiązania również na poziomie zmian legislacyjnych. Z jednej strony mamy trzy poziomy referencyjne opieki psychiatrycznej, ale zauważamy, że one nie są w takiej otwartej komunikacji horyzontalnej. Nadal są obecne trudności wynikające z poszczególnych ustaw i rozporządzeń, które powodują, że dziecko, czy nastolatek, który jest diagnozowany i ma zakończoną ścieżkę opieki na pierwszym poziomie i wymaga przekierowania na drugi poziom referencyjny, niestety „wchodzi w kolejkę oczekujących”. To bardzo komplikuje naszą codzienność zawodową. Identyfikujemy i zauważamy, jako środowisko, że model finansowania tych trzech poziomów opieki jest niespójny. Na pierwszym poziomie mamy hybrydę, na drugim poziomie finansowanie fee for service, oddział dzienny jest finansowany w oparciu o osobodzień z koniecznością sprawozdawania określonych świadczeń dla pacjenta, a oddział stacjonarny w oparciu o osobodzień. To też generuje szereg różnych trudności, głównie w zakresie współpracy wewnątrzsektorowej.

Jestem członkiem Rady ds. Zdrowia Psychicznego przy Ministrze Zdrowia i w ramach prac zespołu ds. organizacji opieki psychiatrycznej dla dzieci i młodzieży przedstawiliśmy kluczową rekomendację - powołanie Zespołu Międzyresortowego przy Premierze. Jeżeli nie opracujemy wspólnej ścieżki opieki nad dzieckiem i nastolatkiem z zaburzeniami psychicznymi, zarówno z Ministerstwem Zdrowia, Ministerstwem Edukacji, z Ministerstwem Pracy Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej oraz innymi resortami, to nie uda nam się w pełni zagospodarować i właściwie wykorzystać wszystkich zasobów kadrowych. Nadal będzie takie ryzyko, które obecnie identyfikujemy, że bardzo często w tych działaniach, niestety się dublujemy, bo nie mamy platformy, która dawałaby nam możliwości, żeby widzieć ścieżkę kompleksowej opieki nad dzieckiem i nastolatkiem z zaburzeniami psychicznymi.

W kontekście profilaktyki zdrowotnej, obszar psychiatrii dzieci i młodzieży przez lata był marginalizowany i zaniedbywany, a teraz ponosimy tego efekty. Żeby profilaktyka była efektywna i skuteczna jest bezwzględnie konieczne i potrzebne współdziałanie kilku resortów. Można powiedzieć, że pierwszy krok udało nam się postawić, bo został powołany Zespół międzyresortowy, którego jestem członkiem, do opracowania podstawy programowej przedmiotu edukacja zdrowotna. To jest przedmiot, na który my wszyscy bardzo czekaliśmy. Jako środowisko psychiatrów dziecięco-młodzieżowych postulowaliśmy od lat potrzebę wprowadzenia edukacji zdrowotnej do szkół. To powinien być przedmiot oparty absolutnie na aspekcie praktycznym, a nie tylko teoretycznym. Praca w tym zespole jest dla mnie niesamowitą przyjemnością, a ujęcie zdrowia psychicznego w sposób holistyczny jest niezwykle istotne.

Prof. Jolanta Sykut-Cegielska, Konsultant krajowa w dziedzinie pediatrii metabolicznej, Kierownik Kliniki Wrodzonych Wad Metabolizmu i Pediatrii w Instytucie Matki i Dziecka w Warszawie

Chciałabym powiedzieć dzisiaj o badaniach przesiewowych noworodków, jako złożonym problemie. Niektórzy traktują bowiem system badań przesiewowych noworodków, jako pobranie tzw. „suchej kropli krwi”, czyli krwi wysuszonej na bibule i wykonanie badania, które prowadzi do diagnozy choroby i jej leczenia. Niestety, to nie jest takie proste. Badania przesiewowe noworodków są faktycznym osiągnięciem w obszarze zdrowia publicznego i sukcesem medycyny. Prowadzą do tego, że dzieci, które wcześniej były za późno rozpoznawane, są właściwie leczone i przeżywają w dobrym zdrowiu. Koncepcja



klasycznych badań przesiewowych noworodków, dotyczy diagnozowania chorób, na które jest dostępne leczenie. Nowe podejście, uwzględnia również choroby, których nie umiemy skutecznie leczyć, ale możemy wykrywać mutacje w genach, które powodują zaburzenia. Jest to robione po to, żeby rodzina mogła się przygotować do faktu, że dziecko będzie chore i że być może będzie wymagało wielu procedur objawowego leczenia.

Badania przesiewowe noworodków łączą w sobie dwie kwestie, czyli profilaktykę drugiej fazy oraz zaufanie pacjentów do postawionej diagnozy. Obecnie mamy do czynienia z ekspansją programów badań przesiewowych, co jest wynikiem nowych możliwości zarówno diagnostycznych (czyli wykonywania różnych testów), jak szczególnie terapeutycznych. Ale ta ekspansja nie powinna doprowadzić do zmniejszenia zaufania pacjentów. W naszej europejskiej sieci dedykowanej wrodzonym wadom metabolizmu (MetabERN, European Reference Network for Rare Hereditary Metabolic Disorders) mieliśmy spotkanie w ubiegłym miesiącu, gdzie bardzo jasno wybrzmiało zalecenie, aby nasze działania, które dotyczą badań przesiewowych noworodków, nie zredukowały zaufania pacjentów. Czyli musi być tak, żeby poprawa w zakresie badań przesiewowych noworodków była dla pacjenta jednoznaczna, bo w momencie, kiedy rozpoznajemy chorobę u noworodka (albo nie rozpoznajemy choroby, tylko stwierdzamy nieprawidłowość biochemiczną), generujemy duży niepokój w rodzinie pacjenta. W momencie urodzenia, przesiewu i stwierdzenia pewnego odchylenia biochemicznego, nie wiemy nic o fenotypie, a pacjent może rozwinąć chorobę za kilka, kilkanaście lat albo za kilka dekad, albo w ogóle nie rozwinąć objawów chorobowych. Bowiem schorzenie może mieć przebieg bezobjawowy przez całe życie i tu już wchodzimy w proces medykalizacji życia tego pacjenta i jego rodziny. Takiego pacjenta będziemy regularnie monitorować, robić badania kontrolne, być może w ogóle niepotrzebnie. Dlatego, jeśli wprowadzamy badania przesiewowe, to w Polsce mamy obecnie taką koncepcję, żeby wykrywać choroby, które znamy i potrafimy skutecznie leczyć. Żeby to robić, muszą być wykonywane badania nie tylko z tzw. „suchej kropli krwi”, ale muszą być również dostępne badania weryfikujące, czyli potwierdzające najczęściej to rozpoznanie albo podejrzenie wynikające z pierwotnego badania przesiewowego. I potem pacjent musi być zaopiekowany, czyli potrzebne są ośrodki referencyjne, które będą miały doświadczenie w diagnostyce i leczeniu danych chorób rzadkich. Tu nawet nie chodzi o jakąś specjalną aparaturę, tylko chodzi o wiedzę, doświadczenie i krzywą uczenia. Chodzi o specjalistów lekarzy, którzy rzeczywiście wiedzą, jak należy pacjenta monitorować, czego można się spodziewać i w którym momencie zakwalifikować ewentualnie do terapii i wybrać tę najbardziej optymalną. Aktualnie, gdy ustalimy rozpoznanie, chcemy jak najszybciej włączyć leczenie. Są wiarygodne dowody naukowe (EBM, evidence based medicine), że wczesne rozpoczęcie leczenia ratuje życie, poprawia rokowanie i zmienia przebieg choroby. Natomiast włączając do przesiewu noworodkowego nowe choroby, np. choroby lizosomalne (w tym leukodystrofię metachromatyczną) mamy zupełnie inną sytuację, bo musimy dysponować badaniami potwierdzającymi, którymi w tej chwili nie dysponujemy w Polsce. Musimy mieć listę ośrodków eksperckich chorób rzadkich (OECR) w Polsce, które przejmą opiekę nad pacjentem, czyli ośrodków specjalistycznych, a one też jeszcze nie są powołane. Generalnie trzy polskie ośrodki metaboliczne są w sieci europejskiej. Jesteśmy dużym krajem, więc będziemy wykrywać pewnie sporo nowych pacjentów z całej Polski. W związku z tym bardzo ważne jest, żeby pacjenci mogli mieć opiekę w miarę blisko miejsca zamieszkania. Przypominam w tym momencie o opiece elastycznej (flexicare), czyli opcji terapii domowej. Natomiast Plan dla Chorób Rzadkich zakłada powołanie ośrodków eksperckich chorób rzadkich (OECR) i rozszerzenie programu badań przesiewowych noworodków. Jednak rozszerzone modele badań przesiewowych noworodków (czyli takie jakie mamy w Polsce), które rzeczywiście są pewnym wzorem nawet dla innych krajów europejskich, nie oznaczają większej liczby

badań. Bo nie jest wyłącznie naszym celem, żeby robić więcej badań i mieć więcej chorób identyfikowanych w przesiewie, ale aby lepiej zaopiekować się pacjentem, który odniesie faktyczne korzyści z ustalenia rozpoznania w okresie przedobjawowym.

Prof. Miłosz Parczewski, Konsultant krajowy w dziedzinie chorób zakaźnych, Kierownik Kliniki Chorób Zakaźnych, Tropikalnych i Nabytych Niedoborów Immunologicznych Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie, Prezes Europejskiego Towarzystwa Klinicznego AIDS, Vice-Prezes Polskiego Towarzystwa Naukowego AIDS



W aspekcie problemu zakażeń HIV, z jednej strony widzimy, że w Europie Środkowej liczba zakażeń, w porównaniu z innymi regionami Europy nie jest duża. Ale dane, które były zebrane przed wybuchem wojny w Ukrainie wykazują, że Ukraina, Rosja i Białoruś to są trzy kraje Europejskie o największej sumarycznej częstości występowania zakażeń HIV. Szacuje się, że w samej Rosji jest powyżej miliona osób żyjących z HIV, na Ukrainie 260 tys., dla porównania – w Polsce jest to ok. 20-30 tys. W Polsce, przez wiele lat mieliśmy dosyć stabilną sytuację. Jednak od dwóch lat widzimy bardzo gwałtowne wzrosty liczby zakażeń HIV. Zakażenia HIV występują także w syndemii, wspólnie z innymi chorobami przenoszonymi drogą płciową, takich jak kiła, rzeżączka, czy chłamydioza. Czyli mamy aktywną liczbę rozszerzających się zakażeń HIV w naszym kraju. Z drugiej strony mamy narzędzia, których możemy użyć, żeby zmniejszyć liczbę zakażeń i znacząco ograniczyć epidemię HIV i AIDS. Zgodnie z celami UNAIDS, 95% osób żyjących z HIV powinno wiedzieć o swoim zakażeniu, 95% z nich powinno być leczone i 95% osób leczonych antyretrowirusowo powinno mieć niewykrywalną wiramię. Osiągnięcie niewykrywalnej wiramii HIV (ładunek wirusa w surowicy) daje możliwość fizycznej kontroli nad epidemią i przerwania łańcucha zakażeń. Dlatego należy wzmocnić wysiłki, aby skutecznie i szybko testować i leczyć wszystkie osoby zakażone. Polska ma ok. 80% zdiagnozowanych i 20% niezdiagnozowanych osób żyjących z HIV. Dlatego, że istotna grupa osób żyjących z HIV nie wie o swoim statusie konieczna jest zmiana strategii testowania. Zmiana, nie tylko w kontekście punktów konsultacyjno-diagnostycznych, które są ograniczone do dużych miast i często do populacji kluczowych, ale do szerszego testowania u lekarzy rodzinnych ale także testowania domowego. Powinny być wprowadzone dobrowolne programy testowania na przykład w SOR. W wielu krajach, na przykład USA wprowadzono testowanie domowe, czyli wysyłanie testów do osób, które miały ryzyko ekspozycji na HIV. Programy testowania domowego są istotnymi programami pozwalającymi poszerzyć dostęp do wczesnego wykrywania zakażenia i dlatego należy rozszerzać i promować takie działania diagnostyczne. Jest też i kontekst późnych diagnoz HIV, który w Polsce pozostaje niezwykle istotny. Diagnozy późne dotyczą osób, które w momencie rozpoznania zakażenia HIV mają już AIDS, czyli pełnoobjawowy niedobór odporności albo niską liczbę limfocytów CD4 poniżej 350. Takie osoby mają od 15 do 17-krotnie większe ryzyko zgonu, często wymagają długotrwałego i kosztownego leczenia szpitalnego. W Polsce diagnozujemy HIV zbyt późno. Mniej więcej 50% osób, które są nowo zdiagnozowane, jest diagnozowanych w stadium głębokiego niedoboru odporności. Druga dziesięćdziesiątka piątka, czyli liczba osób zdiagnozowanych, które pozostaje nieleczona, to około 10-15%. Tutaj mamy problem z nieudokumentowanymi migrantami, osobami, które nie mają ubezpieczenia, osobami, które nie wiedzą, jak poruszać się w systemie i bardzo niewielką liczbą osób

uzależnionych od środków psychoaktywnych. Tutaj też jest możliwość poprawy, ale ona nie jest taka duża, jak w kontekście testowania.

Co można zatem zrobić na przyszłość? Poza programami testowania należy rozwijać profilaktykę przed ekspozycyjną i programy prewencji skojarzonej. Profilaktyka przedekspozycyjna HIV to biomedyczna interwencja preparatami doustnymi (niektórych krajach również iniekcyjnie), która redukuje ryzyko zakażenia o 90%, jest szeroko stosowana w wielu krajach Europy i doprowadziła do istotnego zmniejszenia nowych zakażeń, szczególnie u osób, które mają dość istotne ryzyko transmisji seksualnej.

W Polsce nie ma dostępnego, krajowego programu profilaktyki przedekspozycyjnej, który byłby finansowany przez państwo, a jest on w tej chwili bardzo potrzebny też w kontekście wzrastającej liczby zakażeń.

Podsumowując, należy zwiększyć wysiłki, aby zdiagnozować wszystkie osoby niezdiagnozowane. Konieczny jest lepszy dostęp do testowania bez barier. Testowanie powinno być dostępne szeroko, też bez barier geograficznych. Powinno być prowadzone przez lekarzy POZ oraz w warunkach domowych. Testy do użytku domowego są niestety dość drogie na ten moment, ale są dostępne i zasada jest taka sama, jak w przypadku testów kasetowych dla COVID-19, tylko że najczęściej wymaga pobrania lancetem kropli krwi. Testowanie powinno być przeprowadzane w sposób wrażliwy, czyli z odpowiednim przekazem tak, żeby nie dochodziło do stygmatyzacji. Powinniśmy zmniejszyć liczbę późnych rozpoznań przez edukację. Szczególnie dotyczy ona pracowników systemu ochrony zdrowia, żeby wiedzieli, że jeżeli obserwuje się półpasiec, grzybicę jamy ustnej, spadek masy ciała, leukopenię, trombocytopenię, to należy zaproponować i doprowadzić do wykonania testu anty-HIV. Testowanie powinno być promowane, jako swojego rodzaju zagadnienie zdrowia seksualnego, integralna część programów prozdrowotnych i pozytywny przekaz. Bardzo potrzebna jest kampania informacyjna, szczególnie w kontekście młodych ludzi, które rozpoczynają życie seksualne oraz osób, które są aktywne seksualnie. Wreszcie, musimy poprawić dostęp do skojarzonej profilaktyki chorób przenoszonych drogą płciową i HIV, w szczególności bezpłatnych programów doustnej profilaktyki przedekspozycyjnej, czy programów rozszerzających szczepienia przeciwko HPV o starsze grupy wiekowe.

*Dr hab. Marta Podhorecka, Przewodnicząca Rady ds.
Polityki Senioralnej przy Ministerstwie Polityki Senioralnej,
Katedra Geriatrii CM UMK*



Starzenie się społeczeństw oraz wydłużanie życia to jedno z największych osiągnięć współczesnej medycyny, nauki i polityki publicznej. Wydłużenie życia ludzkiego, które jeszcze kilka dekad temu było wyzwaniem, dziś stało się rzeczywistością, świadczącą o jakości systemów ochrony zdrowia, postępie technologicznym i wzroście świadomości społecznej w zakresie zdrowego stylu życia.

Jednak długowieczność to nie tylko triumf nauki i medycyny. To również wyzwanie, które wymaga od nas przemyślanego i systemowego podejścia, aby osoby starsze mogły przeżywać swoje lata w zdrowiu, bezpieczeństwie i godności. Chodzi o to, aby zapewnić seniorom nie tylko długość życia, ale także jego jakość – aby mogli być aktywnymi, szanowanymi i pełnoprawnymi członkami społeczeństwa, mającymi dostęp do usług zdrowotnych, wsparcia społecznego oraz technologii ułatwiających codzienne życie.

Przygotowanie systemów ochrony zdrowia oraz całych społeczeństw na realia długowieczności nie jest jedynie obowiązkiem polityków, specjalistów czy medyków. To szansa, aby zbudować świat, w którym starsze pokolenia mogą dzielić się swoim doświadczeniem, wiedzą i wartościami, wspierając rozwój młodszych generacji. Tylko wspólnie – działając na poziomie indywidualnym, społecznym i instytucjonalnym – możemy stawić czoła wyzwaniom, jakie niesie przyszłość, jednocześnie budując mosty między pokoleniami i umacniając solidarność międzypokoleniową.

Starzenie się społeczeństw to proces, którego nie można powstrzymać. W Polsce już dziś osoby powyżej 65. roku życia stanowią ponad 22% populacji, a do 2050 roku ich udział wzrośnie do 35%. Na poziomie europejskim prognozy wskazują, że seniorzy będą stanowić około 30% mieszkańców Unii Europejskiej. To zjawisko wymaga od nas nie tylko odpowiedzialnych działań w obszarze ochrony zdrowia, ale także szeroko zakrojonych działań edukacyjnych, technologicznych i infrastrukturalnych.

Naszym wspólnym celem powinno być takie przekształcenie systemów opieki zdrowotnej i społecznej, aby sprostały one rosnącym potrzebom starzejącego się społeczeństwa. Jednocześnie należy pamiętać, że seniorzy to ogromny kapitał społeczny, z którego możemy i powinniśmy czerpać. Ich wiedza, doświadczenie i zaangażowanie mogą przyczynić się do budowy bardziej zrównoważonego i solidarnego społeczeństwa.

Długowieczność nie powinna być postrzegana jako obciążenie dla systemów społecznych czy ekonomicznych. Powinna być postrzegana jako inwestycja – inwestycja w zdrowie, w społeczeństwo i w przyszłość, w której każdy człowiek, niezależnie od wieku, będzie miał szansę na godne, zdrowe i satysfakcjonujące życie.

Jako Przewodnicząca Rady ds. Polityki Senioralnej mam zaszczyt poinformować, że nasza Rada opracowała i opublikowała dokument podsumowujący kluczowe wyzwania związane z długowiecznością oraz rekomendacje, które mają na celu przygotowanie Polski i Unii Europejskiej na zmiany demograficzne. Dokument zatytułowany **„Rekomendacje dotyczące zwiększenia bezpieczeństwa seniorów w kontekście Polskiej Prezydencji w Radzie UE w 2025 roku”²⁵** zawiera konkretne rozwiązania mające na celu wsparcie seniorów i przekształcenie systemów opieki zdrowotnej oraz społecznej.

W dokumencie podjęliśmy następujące kluczowe kwestie:

1. Prewencja i wczesna diagnostyka:

- Wprowadzenie powszechnych badań przesiewowych dla osób powyżej 60. roku życia, obejmujących ocenę funkcji poznawczych, metabolizmu, stanu kości oraz układu krążenia.
- Utworzenie szybkich ścieżek diagnostycznych dla chorób neurodegeneracyjnych, takich jak demencja czy choroba Parkinsona.

2. Rozwój fizjoterapii i rehabilitacji domowej:

- Wdrożenie programów aktywności fizycznej dla seniorów, które poprawiają równowagę, siłę mięśni i zmniejszają ryzyko upadków.

²⁵ Rekomendacje Rady ds. Polityki Senioralnej dotyczące zwiększenia bezpieczeństwa seniorów w kontekście polskiej prezydencji w 2025 roku. Warszawa, 11.12.2024 Dostępne:

https://www.facebook.com/PolitykaSenioralnaKPRM/photos/za-nami-v-posiedzenie-rady-ds-polityki-senioralnej-przeprowadzone-wyj%C4%85tkowo-w-tr/122201779310204733/?_rdr

- Rozszerzenie teleopieki oraz rozwój mobilnych zespołów rehabilitacyjnych wspierających pacjentów w ich środowisku domowym.
3. **Wsparcie opieki długoterminowej:**
 - Obowiązkowe wizyty domowe w ciągu 72 godzin od wypisu ze szpitala, z oceną potrzeb zdrowotnych i społecznych pacjenta.
 - Rozwój systemów teleopieki i wsparcia dla nieformalnych opiekunów, w tym edukacja i dostarczenie niezbędnych narzędzi technologicznych.
 4. **Cyfryzacja systemu ochrony zdrowia:**
 - Rozbudowa funkcjonalności Internetowego Konta Pacjenta (IKP), w tym integracja z systemami pomocy społecznej, zarządzanie kontami seniorów przez opiekunów oraz automatyczne przypomnienia o badaniach i wizytach lekarskich.
 5. **Edukacja i świadomość społeczna:**
 - Programy edukacyjne promujące zdrowy styl życia, solidarność międzypokoleniową oraz planowanie zdrowotne i finansowe na starość.
 - Szkolenia dla medyków z zakresu geriatry i gerontologii, uwzględniające najnowsze technologie i metody terapeutyczne.

Długowieczność to sukces cywilizacyjny, który wymaga odpowiedzialnych działań, innowacji oraz współpracy na poziomie systemowym i społecznym. Przygotowane przez Radę rekomendacje stanowią kompleksowy plan działań, który pozwoli na stworzenie systemu wsparcia seniorów na najwyższym poziomie, odpowiadając jednocześnie na wyzwania starzejącego się społeczeństwa. Zapraszam do zapoznania się z naszym dokumentem i współpracy na rzecz budowy społeczeństwa, które szanuje długowieczność, jako inwestycję w przyszłość nas wszystkich.

Mgr Łukasz Salwarowski, Członek Rady ds. Polityki Senioralnej przy KPRM, Redaktor Naczelny „Głos Seniora”

Reprezentuję Stowarzyszenie Manko – Głos Seniora, który działa w polityce społecznej od 27 lat. Ogólnopolski magazyn Głos Seniora, program Ogólnopolska Karta Seniora i wiele innych naszych działań buduje i optymalizuje opiekę senioralną w Polsce. Bardzo cieszymy się z działalności Rady ds. Polityki Senioralnej, która powstała przy urzędzie Pani Minister ds. Polityki Senioralnej Marzenie Okle-Drewnowicz w Kancelarii Prezesa Rady Ministrów. To jest oznaka, że seniorzy stają się coraz ważniejsi w Polsce, ponieważ nie było do tej pory ministerstwa do spraw seniorów.



Inwestowanie w zdrowie i profilaktykę jest fundamentem zdrowia i rozwoju gospodarczego społeczeństwa. Kiedy tworzyliśmy nasz pierwszy projekt prozdrowotny „Lokal bez papierosa”, udało się wprowadzić zakaz palenia, bo policzyliśmy, jakie państwo ponosi koszty z powodu biernego palenia. I dopiero wtedy decydenci zadziałali i wprowadzili zakaz. Te doświadczenia potwierdzają, że nie opłaca się nam nie inwestować w profilaktykę zdrowotną. Wiemy o tym, że każda złotówka wydana na profilaktykę to 5 zł oszczędności na leczeniu. Koszty miesięcznego pobytu seniora w domu pomocy społecznej (DPS) wynoszą 6-12 tys. zł miesięcznie, a koszty pobytu seniora w ośrodku rehabilitacyjnym dla osób po udarach to 1 100 zł dziennie, czyli 33 tys. zł miesięcznie. To są horrendalne kwoty, które pokazują, że nieinwestowanie w zdrowie jest nieopłacalne. Prowadzimy bardzo ważny projekt pt. „Gmina przyjazna seniorom”, który zrzesza 280 samorządów. Wspieramy w nim samorządy w rozwoju skutecznej polityki senioralnej, czyli skutecznej aktywizacji i wydłużenia okresu sprawności

po to, żeby odciążyć przeciążony system opieki długoterminowej. Gdy ktoś mówi mi, że nie ma pieniędzy na aktywizację seniorów, na profilaktykę, to nie zdaje sobie sprawy jakie są i jakie będą koszty opieki długoterminowej w jego gminie. Zwykle zadaję tej osobie pytania: „Czy stać Państwa na rosnące koszty DPS? Czy Pan wie o tym, że w Polsce brakuje 100 tys. opiekunów w opiece długoterminowej?”. Dlatego postulujemy o skuteczną deinstytucjonalizację, która wcale nie polega – jak niektórzy sądzą – na zamykaniu domów pomocy społecznej (DPS) i zakładów opiekuńczo-leczniczych (ZOL) tylko na wydłużeniu okresu sprawności seniora w jego miejscu zamieszkania i wsparcia opiekunów domowych. Naszym postulatem jest promocja zawodu opiekuna. Nie ma programu promującego ten zawód i podnoszącego jego prestiż społeczny i ekonomiczny.

Nie ma żadnych działań, aby zachęcać lekarzy do specjalizacji z geriatrici. Oczywiście zgadzam się, że każdy lekarz powinien mieć wiedzę z geriatrici. To jest bardzo dobry kierunek, ale trzeba przenieść słowa na czyny, więc poza zachęcaniem i zastanawianiem się, co zrobić żeby studenci tę specjalizację wybierali, geriatrici trzeba uczyć również wszystkich lekarzy. Musimy zaangażować wszystkich członków systemu zdrowotnego i opieki społecznej oraz edukować społeczeństwo, że brak aktywizacji seniorów to rosnące koszty opieki długoterminowej, które są abstrakcyjne, a będą jeszcze rosły. Te koszty ponosimy wszyscy.

Dlatego nasza kampania pt. „Pracodawca przyjazny seniorom” promuje wydłużenie okresu aktywności zawodowej, bo aktywizacja zawodowa to zarówno wydłużenie okresu sprawności, ale również mobilizacja psychiczna, fizyczna, finansowa seniora oraz rozwój rynku pracy. Mało się mówi o tym, że ta kampania służy do zachęcania nie tylko seniorów do pracowania, lecz także pracodawców do zatrudniania seniorów. Z troski o starszych seniorów w wielu firmach powstają kluby emerytowanych pracowników. W Polsce jest to ciągle rzadkość, więc na pewno położymy nacisk na kampanię „Pracodawca Przyjazny Seniorom”. Będę zachęcał do tego również Radę Polityki Senioralnej, aby poparła promocję zawodu opiekuna, promocję specjalizacji z geriatrici oraz wsparcie instytucji opiekuna domowego. Chcemy również wrócić do tematu kampanii pt. „Zażywaj leki bezpiecznie”. Dane są wstrząsające – polskie społeczeństwo wydaje na leki 50 miliardów złotych, z tego 25 miliardów na leki bez recepty, a 5 miliardów złotych na suplementy. Ze wsparciem ministerialnym i samorządowym będziemy kontynuować również kampanię pt. „Bezpieczny senior. Stop manipulacji – nie daj się oszukać”. Niestety rośnie liczba oszukanych seniorów, liczba technik oszustw oraz wielkość kwot wyłudczanych od seniorów. Z tego miejsca polecam najnowszy Głos Seniora, który został poświęcony wyłącznie tematowi bezpieczeństwa seniorów. Chcemy, aby każdy senior edukował swoją rodzinę, swoją organizację czy swój samorząd. W czasopiśmie jest opisanych 35 technik oszustw i manipulacji. Z naszego Badania potrzeb społecznych seniorów wynika, że 7% seniorów zostało oszukanych, a wobec 35% podjęto taką próbę. To są wstrząsające dane i musimy wszyscy połączyć siły, aby ten proceder zahamować. Zachęcamy do współpracy, wzajemnej solidarności, bo razem można więcej i tylko razem damy radę.

Dr Maciej Karaszewski, Dyrektor Departamentu Lecznictwa w Ministerstwie Zdrowia

W zakresie profilaktyki wdrażamy szereg nowych projektów i produktów. Udało nam się poszerzyć zakres szczepień przeciwko HPV dla dzieci od 9-14 r. ż. oraz wprowadzić szczepienia do szkół. Należy pamiętać, że to jest proces, więc też nie oczekujemy zaraz



gwałtownego przyrostu szczepień, chociaż chcielibyśmy, żeby jak najwięcej dzieci było zaszczepionych. Pracujemy również nad wdrożeniem przesiewu w kierunku hipercholesterolemii rodzinnej w ramach bilansu sześciolatka. Przesiew będzie polegał na pobraniu krwi, wykonaniu lipidogramu oraz oznaczeniu lipoproteiny A. W przypadku pozytywnego wyniku u dziecka informacja będzie skierowana do rodziców, żeby przebadali się w kierunku hipercholesterolemii rodzinnej. W ramach przesiewu w kierunku raka szyjki macicy chcemy wprowadzić testowanie HPV DNA. W drugim etapie, jeżeli wyjdzie wyniki dodatni, chcemy wdrożyć badanie cytologii na podłożu płynnym (LBC, Liquid-Based Cytology). Kolejna rzecz, na którą pracujemy, to uzupełnienie bilansów zdrowia dzieci o badania w kierunku wczesnego wykrywania autyzmu. Chcemy także uzupełnić bilanse zdrowia u dorosłych od 20-tego do 75 r.ż. o badania laboratoryjne, badania w kierunku uzależnień, zaburzeń depresyjnych i obciążenia stresem, żeby to tworzyło pakiet.

Jeżeli chodzi o prewencję wtórną, to upatrujemy w niej największy potencjał, jeżeli chodzi o choroby cywilizacyjne. Sztandarowym przykładem jest opieka koordynowana w POZ. W tej opiece niebagatelną rolę pełni pielęgniarka. Kluczowymi narzędziami są porady edukacyjne i dietetyczne dla tych pacjentów, którzy już mają rozpoznaną chorobę. Teraz będzie dla pacjenta dziewięć porad zależnie od jego potrzeb i ułożonego planu opieki medycznej. Jak wynika z badania, które zrobiła organizacja pacjentów „My Pacjenci” pacjenci oceniają bardzo dobrze podmioty POZ, które realizują opiekę koordynowaną. Wyniki są bardzo zachęcające, a pacjenci dużo bardziej przestrzegają zaleceń lekarskich. Rola pielęgniarki POZ w pilnowaniu przestrzegania zaleceń i edukacji pacjenta jest kluczowa. W zakresie działań prozdrowotnych oraz zmiany stylu życia planujemy dokończyć rozpoznanie otyłości. W różnych ścieżkach pacjentów – kardiologicznej, diabetologicznej, czy nefrologicznej, otyłość może być czynnikiem obciążającym. W ramach współpracy i rozwijania Krajowej Sieci Onkologicznej, rośnie rola Zespołu POZ w monitorowaniu pacjenta po zakończonym leczeniu onkologicznym.

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

Profilaktyka jest jednym z czterech priorytetów zdrowotnych polskiej prezydencji w Radzie Unii Europejskiej obok e-zdrowia, bezpieczeństwa lekowego i psychiatrii dzieci i młodzieży. Myślę, że w każdym kraju profilaktyka powinna być na pierwszym miejscu, ponieważ jest fundamentem zarządzania zdrowiem, przynajmniej na równi z zarządzaniem chorobą. Pragniemy zobaczyć, przeanalizować i porównać jak organizacja profilaktyki wygląda w kontekście do osiągnięć innych krajów europejskich oraz w jaki sposób zachęcać ludzi do dbania o własne zdrowie. Chcemy i musimy wreszcie doprowadzić do wczesnego rozpoznawania chorób i do takiej sytuacji, w której ludzie z jednej strony będą chcieli świadomie i odpowiedzialnie troszczyć się o swoje zdrowie, a z drugiej strony brać udział w bezpłatnych badaniach przesiewowych i okresowych bilansach zdrowia. Myślę, że w przypadku profilaktyki bardzo ważna jest odpowiednia i efektywna komunikacja umiejętnie modyfikowana i adresowana do różnych grup społeczeństwa. To mogą być listy, sms-y, telefony, maile, media społecznościowe, czy informacje za pośrednictwem Internetowego Konta Pacjenta. Są różne możliwości komunikacji, w zależności od tego, kto odbiera te treści. Musimy przy tym pamiętać, aby nie dochodziło do wykluczeń cyfrowych obywateli oraz aby zawsze przyświecał nam konkretny cel i efekt działań komunikacyjnych kierowanych do danej grupy docelowej.



Ważnym aspektem jest umiejętne i sprawcze zarządzanie zdrowiem, w którym musimy skupić się przede wszystkim na holistycznej opiece zdrowotnej uwzględniającej: integrację, kompleksowość, koordynację oraz interdyscyplinarność. Musimy postawić przede wszystkim na edukację i prewencję promując ustawicznie Europejski Kodeks Walki z Rakiem, który ja nazywam Europejskim Kodeksem Życia w Zdrowiu i Zmiany Stylu Życia, ponieważ zawarte w nim praktyczne zalecenia dotyczą wszystkich chorób cywilizacyjnych. Jak wiadomo, we wspólnym mianowniku przyczyn powstawania chorób onkologicznych, metabolicznych i kardiologicznych są obecne te same czynniki. Ten kodeks jest właściwie takim dekalogiem umiejętnego troszczenia się o swoje zdrowie, czyli zmianie złych nawyków i stylu życia. Jeśli chodzi o edukację, to musi być ona konsekwentnie realizowana w całym społeczeństwie pod hasłem: „od przedszkola do seniora”.

Podczas jednej z konferencji dotyczącej polskiej prezydencji w Unii Europejskiej padło pytanie, czym mogliśmy się pochwalić w zakresie profilaktyki zdrowotnej. Jestem przekonany, że można by się było pochwalić wieloletnimi i ogólnopolskimi kampaniami, które realizowała z dużym powodzeniem Polska Unia Onkologii. Były to kampanie wzajemnie dopełniające się w trybie konkursów ukierunkowanych na promocję zdrowia: „Mam haka na raka” dla młodzieży w szkołach i „Zdrowa gmina” dla samorządów. To pokazało, jak wielki jest potencjał w tych środowiskach i jak wielu młodych i starszych ludzi można zaktywizować do wspólnych działań na rzecz lokalnych społeczności. Myślę, że gdyby iść drogą takich przykładów, które się sprawdziły, można by szybko osiągnąć zaplanowane w wielu krajowych narodowych zdrowotnych programach strategicznych cele i efekty zdrowotne. Na przykład efekty w zakresie wzrostu zgłaszalności na badania przesiewowe i badania okresowe bilansów zdrowia, które mają pomóc wczesnemu rozpoznaniu chorób cywilizacyjnych. I tutaj trzeba bardzo solidnie wzmocnić i dofinansować instytucję Lekarza Rodzinnego w zespołach POZ, gdzie współpracują: lekarz, pielęgniarka, położna, asystent medyczny, koordynator, fizjoterapeuta, psycholog, dietetyk, czy dentysta. Te wszystkie podmioty mają krytycznie ważne znaczenie w realizacji holistycznej, kompleksowej i koordynowanej opiece zdrowotnej. W profilaktyce bardzo ważną rolę pełnią szczepienia. Bardzo liczymy, że szczepienia przeciwko HPV wśród dziewcząt i chłopców zakończą się sukcesem. Liczymy również, że program edukacji zdrowotnej w szkołach rozpocznie się od nowego roku szkolnego 2025/26 i pokonamy wreszcie ponad podziałami i ponad resortowo wszystkie trudności i przeciwników tego programu. Program powinien bazować przede wszystkim na wiedzy opartej na dowodach naukowych, bo to przecież jest najważniejsze w każdym cywilizowanym kraju. Mamy również nadzieję (a potwierdziło się to w naszych kampaniach PUO), że wyedukowana młodzież przekaze swoją wiedzę rodzeństwu, rodzicom dziadkom czy też sąsiadom. W przypadku profilaktyki i edukacji zdrowotnej podstawową rolę odgrywają wspólne działania na poziomie lokalnych szkół i samorządów, gdzie mamy do czynienia z aktywnymi wójtami, burmistrzami, lekarzami rodzinnymi, oddziałami Sanepidu, nauczycielami, kołami gospodyń wiejskich, parafiami, policją, wojskiem i strażą pożarną. Należy jedynie umiejętnie wykorzystać inicjatywy lokalne, wskazać istniejące już i sprawdzone wzorce i nie zapominać o systemach motywacyjnych dla najbardziej aktywnych samorządów, zespołów POZ i wyedukowanych obywateli lokalnych społeczności.

Dr Jakub Gierczyński, MBA, Ekspert systemu ochrony zdrowia

W lipcu 2024 r., Główny Urząd Statystyczny opublikował najnowsze dane na temat finansowania ochrony zdrowia w Polsce. Wg. GUS, wydatki bieżące na ochronę zdrowia w 2023 r. wyniosły 241,6 mld zł i stanowiły 7,1% PKB (Produktu Krajowego Brutto). Wydatki w 2023 r. były wyższe, niż wydatki w 2022 r. o około 45,4 mld zł. Wydatki na zdrowie w 2022 r. wyniosły 196,2 mld zł. Wzrost



wydatków bieżących zaobserwowano wśród wydatków publicznych, które wyniosły w 2023 r. – 197,8 mld zł i były o 53,2 mld zł wyższe niż w 2022 r., a ich udział w PKB wyniósł 5,8%. Bieżące wydatki prywatne (w tym wydatki gospodarstw domowych) zmniejszyły się o 7,8 mld zł i wyniosły w 2023 r. 43,8 mld zł, mimo zwiększenia bezpośrednich wydatków gospodarstw domowych, które wyniosły 38,6 mld zł, tj. o 1,6 mld (4,4%) więcej niż w 2022 r. W latach 2014-2023 odnotowano potrojenie nakładów publicznych na ochronę zdrowia. W 2014 r. wyniosły one 73 mld zł, natomiast w 2023 r. – 198 mld zł.

Wydatki publiczne stanowiły 73,7% wydatków bieżących na ochronę zdrowia (w roku 2021 – 72,5%). Systemy rządowe i samorządowe stanowiły 10,5% (w roku 2021 – 15,1%), a systemy obowiązkowych, składkowych ubezpieczeń zdrowotnych – 63,2% (w roku 2021 – 57,3%). Wydatki prywatne stanowiły – 26,3% (w roku 2021 – 27,5%), w tym system bezpośrednich wydatków gospodarstw domowych – 18,8% wszystkich wydatków bieżących na ochronę zdrowia (w roku 2021 – 19,8%). W obrębie wydatków bieżących na ochronę zdrowia w 2022 r. wg. funkcji, usługi lecznicze stanowiły 60,1% (w roku 2021 – 56,1%). W ramach usług leczniczych wydatki na leczenie szpitalne stanowiły 32,4% (w roku 2021 – 30,2%), na leczenie ambulatoryjne – 25,0% (w roku 2021 – 24,2%), na produkty medyczne, m.in. leki – 19,0% (w roku 2021 – 21,0%), opieka długoterminowa (zdrowotna) – 8,1% (w roku 2021 – 8,1%) i opieka rehabilitacyjna – 4,7% (w roku 2021 – 4,4%).²⁶

Wg. najnowszych danych OECD, opublikowanych w 2024 r. w raporcie pt. Polska przeznaczająca na zdrowie w 2022 r. 1 908 euro PPP na głowę mieszkańca, gdy średnia dla Unii Europejskiej EU-27 wynosiła 3 533 euro PPP (dwa razy więcej), Czechy przeznaczają 2 884 euro PP (o 1 tysiąc euro więcej niż Polska), a Niemcy – 5 317 euro PPP.²⁷ Biorąc pod uwagę odsetek Produktu Krajowego Brutto (PKB) przeznaczany na zdrowie w 2022 r. Polska raportowała 6,4% PKB, średnia 10,4% dla EU-27 wynosiła, Czechy przeznaczają na zdrowie 8,8% PKB, a Niemcy 12,6% PKB. Ten sam raport przedstawia również najnowsze dane dotyczące oczekiwanej długości życia. Statystyczny obywatel Polski urodzony w 2023 r. będzie żył 78,6 lat, statystyczny obywatel EU-27 przeżyje 81,5 lat, czyli 3 lata dłużej. Najdłużej będzie żył obywatel Hiszpanii – 84 lata oraz Szwecji – 83,4 lat. W kategorii lat życia w zdrowiu średnia dla EU-27 dla 2022 r. wyniosła ok. 63 lat dla obu płci, gdy w Polsce kobiety żyły w zdrowiu 64,1 lat, a mężczyźni – 60,8 lat.

Wg raportu z września 2024 r. pt. „The value of prevention for economic growth and the sustainability of healthcare, social care and welfare systems” wynika kluczowe znaczenie profilaktyki zdrowotnej dla wzrostu gospodarczego i zrównoważonego rozwoju systemów opieki zdrowotnej i socjalnej w obliczu aktualnych wyzwań, z jakimi mierzy się Unia Europejska. Tymi wyzwaniami jest powolny wzrost gospodarczy, transformacja demograficzna i epidemiologiczna, zmiana modelu opieki zdrowotnej z reaktywnego (leczenie chorób) na proaktywny (promocja zdrowia), uwzględniająca inwestycje w profilaktykę zdrowotną.²⁸ Dostępne badania dowodzą, że inwestycja w profilaktykę zdrowotną

²⁶ <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie/wydatki-na-ochrone-zdrowia-w-latach-2021-2023,27,4.html>

²⁷ OECD/European Commission (2024), *Health at a Glance: Europe 2024: State of Health in the EU Cycle*, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/b3704e14-en>

²⁸ The value of prevention for economic growth and the sustainability of healthcare, social care and welfare systems. A report by The European House – Ambrosetti, supported by IFPMA and Vaccines Europe. 2024 Dostępne: <https://www.vaccineseurope.eu/media-hub/publications/the-value-of-prevention-for-economic-growth-and-the-sustainability-of-healthcare-social-care-and-welfare-systems/>

przynosi realne, długoterminowe korzyści. Każde 1 euro wydane na profilaktykę zdrowotną generuje zwrot w wysokości 14 euro. Tymczasem dziś tylko niewielki procent krajowych budżetów zdrowotnych przeznaczanych jest na profilaktykę zdrowotną, a jeszcze mniej na szczepienia ochronne. W obliczu wyzwań gospodarczych, demograficznych, epidemiologicznych i politycznych, z jakimi mierzy się Unia Europejska, inwestycje w profilaktykę stają się niezbędne. Starzejące się społeczeństwo na całym kontynencie europejskim wymaga coraz większych wydatków na zdrowie, a malejąca liczba osób w wieku produkcyjnym skutkuje zmniejszeniem wpływów z podatków. Prognozy wskazują, że do 2050 r. aż 19,9% populacji UE będzie w wieku powyżej 80 lat, a 1 na 3 osoby (29%) będzie w grupie wiekowej 65+. Obciążenie finansowe krajów UE potęgowane jest powolnym wzrostem lub spadkiem gospodarki i produktu krajowego brutto w poszczególnych krajach członkowskich. Co więcej, zarówno choroby zakaźne, jak i niezakaźne, takie jak nowotwory, choroby krążenia, choroby mózgu i choroby rzadkie, stanowią coraz większe obciążenie dla krajowych systemów opieki zdrowotnej. Działania reaktywne są dziś niewystarczające, a tylko inwestycja w profilaktykę zdrowotną pozwoli sprostać tym wieloaspektowym wyzwaniom.

Wg. danych Eurostat, w 2021 r. państwa członkowskie Unii Europejskiej wydały 95,3 mld euro na profilaktykę zdrowotną, co stanowiło równowartość 0,65% produktu krajowego brutto (PKB). Odnotowano duże dysproporcje w zakresie inwestycji w profilaktykę zdrowotną wśród państw Unii Europejskiej. Najwięcej na profilaktykę zdrowotną wśród państw członkowskich UE wydawała Austria - 1,25 % produktu krajowego brutto, Niemcy - 0,96% PKB i Dania - 0,95% PKB. Powyżej 0,75% PKB na profilaktykę zdrowotną wydawały Finlandia, Czechy i Słowacja. Najniższe wskaźniki w Unii Europejskiej odnotowały Malta - 0,13% PKB i Polska - 0,14% PKB. Te trzy kraje były jedynymi państwami członkowskimi UE, które przeznaczały mniej niż 0,20% PKB na profilaktykę zdrowotną w 2021 r.

Uwzględniając liczbę ludności, w 2021 r. 14 państw członkowskich UE wydało ponad 100 euro na mieszkańca na profilaktykę zdrowotną rocznie. Najwięcej na mieszkańca wydawały Austria - 566,4 euro i Dania - 555,1 euro, a wydatki powyżej 400 euro na mieszkańca zaraportowały Niemcy - 476,9 euro i Luksemburg - 421,0 euro. Na drugim końcu skali znalazła się Malta - 37,4 euro na mieszkańca, Rumunia - 30,5 euro, Bułgaria - 28,7 euro, Słowacja - 23,0 euro i Polska - 21,6 euro na mieszkańca rocznie. Stosunek między najwyższym i najniższym poziomem wydatków na profilaktykę zdrowotną na mieszkańca, w oparciu o porównanie Austrii i Polski wyniósł aż dwadzieścia siedem do jednego (27:1).

Finansowanie publiczne (budżetowe) było głównym mechanizmem finansowania profilaktyki zdrowotnej w 2021 r. w 24 państwach członkowskich UE, ze średnim udziałem 63,7%. Udział publicznego finansowania wynosił od 98,9 % w Hiszpanii, 98,5% w Polsce i 99,5% w Danii do 55,3% w Słowenii. Finansowanie profilaktyki zdrowotnej z obowiązkowego ubezpieczenia zdrowotnego (też publiczne) wynosiło 81,6% w Chorwacji, 76,4% w Czechach i 74,2% we Francji. W 2021 r. finansowanie profilaktyki zdrowotnej przez pracodawców stanowiły 5,9% wydatków ogółem na ten cel w Unii Europejskiej. W siedmiu państwach członkowskich udział ten przekroczył 10,0%, przy dwóch najwyższych udziałach w Portugalii (25,2%) i Polsce (27,0%). Najmniej na profilaktykę zdrowotną

płacono prywatnie z „własnej kieszeni”. Przy średnim udziale w wysokości 1,1% płatności te nie odegrały znaczącej roli w finansowaniu profilaktyki zdrowotnej w UE w 2021 r.²⁹

4. Wnioski i rekomendacje

Wniosek	Rekomendacja
W styczniu 2025 r. Polska obejmuje Prezydencję w Radzie Unii Europejskiej. Priorytetami w zakresie zdrowia będą profilaktyka, cyfryzacja, psychiatria dzieci i młodzieży oraz bezpieczeństwo leków.	Rekomendowane jest priorytetowe traktowanie zdrowia oraz jego adekwatne finansowanie w politykach Unii Europejskiej i krajów członkowskich.
Przestrzeganie zaleceń terapeutycznych (adherence) staje się priorytetem dla opieki zdrowotnej w Unii Europejskiej, w której co roku niestosowanie się pacjentów do zaleceń terapeutycznych powoduje około 200 tys. zgonów, a także straty finansowe i nadmierne obciążenie systemów ochrony zdrowia, wynoszące 80-125 mld euro.	Rekomendowane jest edukowanie i monitorowanie przez lekarza i pielęgniarkę w przychodni oraz farmaceutę w aptece otwartej przestrzeganie zaleceń terapeutycznych przez pacjentów, z wykorzystaniem narzędzi e-zdrowia.
Cukrzyca typu 1, to poważny problem zdrowotny, który źle leczony prowadzi do licznych powikłań a nawet zgonu. Dążąc do normoglikemii i dobrej jakości życia pacjentów stosuje się obecnie systemy zintegrowane, czyli systemy automatycznego podawania insuliny (AID) złożone z pompy insulinowej i systemu monitorowania glikemii. Systemy zintegrowane dla pacjentów z cukrzycą typu 1 są refundowane publicznie w Polsce tylko do 26 roku życia.	Rekomendowana jest refundacja publiczna systemów zintegrowanych dla pacjentów z cukrzycą typu 1 bez ograniczeń wiekowych.
Cukrzyca typu 1 jest autoimmunologiczną, złożoną i przewlekłą chorobą, która może rozwinąć się w każdym wieku, niezależnie od historii rodzinnej. Choroba objawia się poważnymi powikłaniami, takimi jak kwasica ketonowa, które mogą prowadzić do hospitalizacji i pozostawiać trwałe skutki psychologiczne. Jest zwykle diagnozowana na późnym etapie, co zwiększa ryzyko powikłań. Wczesna diagnoza T1D poprawia długość życia, zmniejsza zachorowalność oraz pozytywnie wpływa na jakość życia pacjentów i ich rodzin.	Rekomendowane jest wdrożenie krajowego programu badań przesiewowych w zakresie cukrzycy, który obejmie dzieci w wieku 2-17 lat, u których dotychczas nie stwierdzono cukrzycy. Krew dziecka powinna zostać zbadana pod kątem autoprzeciwciał typowych dla cukrzycy typu 1.
Współczesna diabetologia opierać się powinna na personalizacji diagnostyki i	Rekomendowana jest refundacja systemów monitorowania glikemii dla wszystkich pacjentów

²⁹ Preventive health care expenditure statistics. Eurostat. 2024 Dostępne:

https://ec.europa.eu/eurostat/statisticsexplained/index.php?title=Preventive_health_care_expenditure_statistics

leczenia do profilu konkretnego chorego, pozwalających osiągać wyższą skuteczność, jakość i bezpieczeństwo prowadzonego postępowania terapeutycznego. Coraz większe grono lekarzy w Polsce wykorzystuje możliwość stosowania w opiece nad osobami z cukrzycą nowoczesnych systemów ciągłego monitorowania glikemii. Obecnie systemy ciągłego monitorowania stężenia glukozy są refundowane tylko dla pacjentów na intensywnej insulinoterapii.	stosujących insulinę – bez względu na schemat dawkowania.
Nowoczesne leczenie cukrzycy typu 2 pozwala na normalne funkcjonowanie pacjenta oraz redukcję śmiertelnych powikłań naczyniowych. W farmakoterapii cukrzycy typu 2 dokonana się w ostatnich kilku latach prawdziwa rewolucja. Refundowane dla wąskich grup pacjentów floszyny oraz analogi GLP-1 działają nie tylko na stężenie glukozy, ale też zmniejszają ryzyko sercowo-naczyniowe i chronią nerki.	Rekomendowane jest łagodzenie kryteriów refundacyjnych dla inkretyn i floszyn, co umożliwi leczenie większej grupy chorych na cukrzycę typu 2.
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. 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. Badania naukowe udowadniają, że leczenie chorych otyłych wydłuża ich życie, jednocześnie znacząco poprawiając jego jakość.	Rekomendowane jest: • diagnozowanie i wpisywanie do dokumentacji pacjenta otyłości, jako choroby (ICD10 E66) oraz • wprowadzenie do koszyka świadczeń gwarantowanych i pełna refundacja publiczna programu kompleksowej opieki specjalistycznej nad świadczeniobiorcami leczonymi z powodu otyłości olbrzymiej (KOS-BAR) oraz programu pilotażowego w zakresie kompleksowej opieki specjalistycznej nad świadczeniobiorcami leczonymi z powodu otyłości KOS-BMI 30 PLUS, z refundacją publiczną farmakoterapii otyłości.
Hipercholesterolemia, a zwłaszcza jej rodzinna postać, jest jednym z głównych czynników ryzyka miażdżycy i chorób sercowo-naczyniowych, takich jak zawał serca czy udar mózgu.	Rekomendowane jest wdrożenie badania przesiewowego w kierunku hipercholesterolemii rodzinnej realizowanego, jako element badania bilansowego wykonywanego na etapie rocznego obowiązkowego przygotowania przedszkolnego (tzw. bilansu sześciolatka) na terenie całej Polski.
Starzenie się społeczeństw oraz wydłużanie życia to jedno z największych osiągnięć współczesnej medycyny, nauki i polityki publicznej.	Rekomendowane jest wdrażanie zasad polityki senioralnej w zakresie opieki medycznej oraz opieki środowiskowej i w domu pacjenta.

Choroba Alzheimer, to postępująca, neurodegeneracyjna choroba, która pozbawia ludzi pamięci, niezależności, relacji rodzinnych i towarzyskich, a ostatecznie ich przyszłości.	Rekomendowane jest wprowadzenie diagnostyki w kierunku choroby Alzheimer oraz refundacja publiczna terapii ukierunkowanych na amyloid (po ich zarejestrowaniu w Unii Europejskiej) dla pacjentów z łagodnymi zaburzeniami funkcji poznawczych lub łagodną demencją wynikającą z choroby Alzheimer, u których nie występuje ryzyko krwawień śródczaszkowych.
Depresja lekooporna dotyka 25-30% chorujących na depresję. Jest to epizod depresyjny, który jest oporny na standardowe leki. W lipcu 2023 r. w Polsce uruchomiono program lekowy leczenia depresji lekoopornej esketaminą. To szansa dla wielu pacjentów, którzy do tej pory nie zareagowali pozytywnie na farmakoterapię pierwszego i drugiego rzutu, bo terapia esketaminą wykazuje skuteczność na poziomie 50%.	Rekomendowane jest, wg aktualnego Stanowiska Koalicji ds. Depresji Lekoopornej dotyczącego rekomendacji zmian w programie lekowym B.147, liberalizacja kryteriów programu, włączanie adekwatnej populacji pacjentów z depresją lekooporną oraz poprawa organizacji i rozliczania programu przez NFZ.
Leukodystrofia metachromatyczna (MLD) jest ultraradką chorobą lizosomalną dotyczącą ok. nowych 5-6 pacjentów rocznie, w której niedobór enzymu powoduje uszkodzenie układu nerwowego, wątroby, trzustki i nerek, a poprzez to utraty funkcji motorycznych i poznawczych oraz wczesnej śmierci, zwłaszcza u pacjentów z wczesnym początkiem choroby.	Rekomendowane jest wdrożenie przesiewu noworodkowego w kierunku MLD oraz refundacja publiczna terapii genowej atidarsagen autotemcel.
Program badań przesiewowych noworodków w Polsce obecnie obejmuje 30 jednostek chorobowych, co plasuje Polskę wśród liderów europejskich.	Rekomendowane jest poszerzenie programu badań przesiewowych noworodków o następujące choroby: Pompego, Fabry'ego, Gauchera, Krabbego, Niemann-Picka typ A i B, Mukopolisacharydozy typu I (MPS I): choroby Hurlera, Scheie'a i Hurlera-Scheie'a, Mukopolisacharydozy typu II (MPS II): choroba Hunter, niedobór kwaśnej sfingomielinazy (ASMD), ciężki złożony niedobór odporności (SCID), galaktozemia oraz leukodystrofia metachromatyczna (MLD).
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.	Rekomendowane jest: • pełna refundacja publiczna zalecanych szczepionek w trakcie całego życia pacjenta (dzieci i dorośli), • uproszczenie procedury zlecenia szczepionki i zaszczepienia pacjenta, • rozszerzenie zakresu szczepień realizowanych w aptekach o kolejne szczepionki,

	aktualizacja listy bezpłatnych szczepień dla seniorów 65 plus.
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. VZV ze stanu uśpienia reaktywuje się u 10-20 proc. pacjentów, tzn. rozwinie się u nich półpasiec. Można więc przyjąć, że tak ogromny odsetek populacji Polski jest potencjalnie narażony na rozwiniecie półpaśca.	Rekomendowana jest refundacja publiczna szczepienia przeciw półpaścowi i neuralgii popółpaścowej dla osób powyżej 50 r.ż., oraz dla osób po 18 r.ż. ze zwiększonym ryzykiem zachorowania na półpaśca, czyli wszystkich osób z grupy ryzyka (z chorobami nowotworowymi, po przeszczepach, w trakcie przeszczepiania, nosicieli HIV).
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). Szacuje się, że ponad 140 tys. osób jest aktywnie chorych na WZW typu C. Istnieje więc pilna potrzeba zwiększenia wysiłków w zakresie diagnostyki HCV, a następnie leczenia WZW typu C celem eliminacji wirusa HCV do 2030 r.	Rekomendowane jest jak najszybsze wdrożenie „Narodowego programu zwalczania zakażeń hepatotropowych jako profilaktyka marskości i raka wątroby” opracowanego i złożonego do Ministra Zdrowia przez Zespół do spraw monitorowania i oceny sytuacji dotyczącej zagrożeń związanych z chorobami zakaźnymi przy Ministrze Zdrowia, opartego na wykonaniu rocznie ok. 3-4 mln przesiewowych badań kasetkowych w całym kraju, w kierunku wykrycia wirusa HCV w POZ, SOR i zakładach penitencjarnych oraz przeleczeniu terapią bezinterferonową ok. 14 tys. zidentyfikowanych pacjentów rocznie.
Rządowy program polityki zdrowotnej pt. "Leczenie antyretrowirusowe osób żyjących z wirusem HIV w Polsce na lata 2022-2026" w sposób wzorcowy refunduje diagnostykę i terapię osób żyjących z wirusem HIV w Polsce.	Rekomendowane jest utrzymanie i kontynuacja refundacji diagnostyki i terapii HIV/AIDS w ramach rządowego programu polityki zdrowotnej pt. "Leczenie antyretrowirusowe osób żyjących z wirusem HIV w Polsce na lata 2022-2026".

5. Kluczowe informacje przygotowane na debatę przez Medyczną Rację Stanu w zakresie zdrowia seniorów

Atidarsagen autotemcel w terapii leukodystrofii metachromatycznej (MLD)

Leukodystrofia metachromatyczna (MLD – eng. metachromatic leukodystrophy) jest ultra-rzadką dziedziczną autosomalnie recesywnie, lizosomalną chorobą spichrzeniową spowodowaną mutacjami w genie arylosulfatazy A (ARSA), które skutkują niedoborem kodowanego przez ten gen enzymu. Niedobór enzymu powoduje akumulację niezdegradowanego substratu (sulfatydy) w lizosomach komórek układu nerwowego oraz innych tkankach nienerwowych (np. pęcherzyku żółciowym, wątrobie, trzustce i nerkach). Akumulacja w układzie nerwowym prowadzi do uszkodzenia mikrogleju, postępującej demielinizacji, neurodegeneracji, a następnie utraty funkcji motorycznych i poznawczych oraz wczesnej śmierci, zwłaszcza u pacjentów z wczesnym początkiem choroby.

W postaci późnodziecięcej MLD, dzieci, u których występuje ta choroba, mają trudności w chodzeniu po ukończeniu 1 r.ż., zwykle między 12 a 30 miesiącem. Zazwyczaj obserwuje się u nich porażenie wiotkie oraz osłabienie lub zniesienie odruchów ścięgnistych. Czasami występuje porażenie spastyczne. Można zauważyć przeprost kolana. Sprawność umysłowa ulega pogorszeniu, występuje dyzartria. Neuropatia obwodowa prowadzi do zaniku odruchów ścięgnistych i może jej towarzyszyć ból kończyn. W dalszym przebiegu dochodzi do unieruchomienia chorych, niedowładu czterech kończyn, zaburzeń połykania, porażenia opuszkowego lub rzekomopuszkowego zaniku nerwu wzrokowego. W końcu dzieci tracą wzrok, rozpoczyna się u nich stan wegetatywny i umierają zwykle w pierwszej dekadzie życia. Występuje zwiększenia stężenia białka w płynie mózgowo-rdzeniowym i upośledzenie czynności pęcherzyka żółciowego. W młodzieńczej postaci MLD, u pacjentów pojawiają się objawy kliniczne podobne do późnodziecięcej postaci MLD, ale z późniejszym początkiem i wolniejszym postępowaniem choroby. Jako początkowe objawy częściej stwierdza się zaburzenia emocjonalne lub otępienie, chociaż mogą też wystąpić zaburzenia chodu. Czasem obserwuje się oczopląs i drżenie. Szybkość przewodzenia w nerwach jest zmniejszona, a stężenia białka w płynie mózgowo-rdzeniowym jest zwiększone. U dorosłych MLD występuje zwykle w wieku ok. 30 lat jako choroba psychiczna lub postępujące otępienie. Inne objawy obejmują ataksję tułowa, wygórowane odruchy i napady drgawkowe. Stężenia białka w płynie mózgowo-rdzeniowym zwykle nie jest zwiększone. Choroba ma przewlekły przebieg i trwa przeciętnie 15 lat.

Aby umożliwić pacjentom z MLD dostęp do leczenia istnieje pilna potrzeba wdrożenia jednolitego i opartego na dowodach badania przesiewowego noworodków w celu identyfikacji przypadków przedobjawowych lub wczesnobjawowych. W ten sposób możliwe będzie ujednolicone podejście do zarządzania klinicznego, które przyniesie korzyści w postaci harmonizacji opieki i właściwego stosowania doboru leczenia. Obecnie odbywa się 11 prospektywnych badań MLD NBS zainicjowanych przez badaczy (II-T) obejmujące Stany Zjednoczone, Europę i Bliski Wschód. Do tej pory przebadano ponad 300 tysięcy noworodków i wykryto łącznie 5 pozytywnych przypadków, wszystkie zakończyły się potwierdzeniem diagnozy MLD. W przypadku braku NBS, pacjenci przedobjawowi są zazwyczaj identyfikowani po zdiagnozowaniu starszego rodzeństwa z potwierdzonym MLD. Aby umożliwić wczesne wdrożenie leczenia, aktualnie rozważane są różne aspekty skринingu noworodków. W tym celu wykorzystywane są testy biochemiczne i genetyczne w kierunku MLD oparte na analizie suchej kropli krwi (Dried blood spot, DBS), które obecnie są weryfikowane w ramach różnych projektów pilotażowych prowadzonych na dużą skalę³⁰. Norwegia jest pierwszym krajem na świecie, który dodał badanie MLD do krajowego programu badań przesiewowych noworodków. W prospektywnym badaniu pilotażowym realizowanym w regionie Hanoweru, (Niemcy) zastosowano początkowo dwustopniową metodę, wykorzystując przesiew sulfatydów jako pierwszy etap i testy genetyczne (w tym ARSA, PSAP i gen SUMF1) jako etap drugi.³¹ W 2023 etap pierwszy został uzupełniony o badanie aktywności enzymu ARSA. Na koniec grudnia 2023 r., w okresie 21 miesięcy, przebadano prawie 140 tys. próbek, spośród których zidentyfikowano trzy pozytywne wyniki badania przesiewowego. We

³⁰ K. Bean, S. Jones, A. Chakrapani, S. Vijay S, W. Thy, H.J. Church, F. Pang, The cost effectiveness of newborn screening for metachromatic leucodystrophy (MLD) in the UK

³¹ T. Mechtler, P. Oliva, B. Streubel, C. Chanson, M. M. Essing, R. Fingerhut, V. Konstantopoulou, S. Groeschel, N. Janzen, D. Kasper, Results of Prospective Newborn Screening for Metachromatic leukodystrophy in Germany and Austria. 2023

wszystkich pozytywnych wynikach przesiewowych zostało potem potwierdzone MLD. Nie zgłoszono żadnych fałszywie dodatnich przypadków w ciągu pierwszych dwóch lat badań przesiewowych.

Brak objęcia MLD w Polsce powszechnym systemem badań przesiewowych oznacza, że wiele dzieci diagnozowanych jest dopiero po wystąpieniu objawów, gdy terapia może już nie przynieść pełnych korzyści. Zgodnie z opinią prof. dr hab. n. med. Marii Mazurkiewicz-Betdzińskiej, kierownika Kliniki Neurologii Rozwojowej Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego oraz Przewodniczącej Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Neurologii Dziecięcej objęcie noworodków w Polsce powszechnym systemem badań przesiewowych w kierunku MLD pozwoliłoby na wczesne wykrycie choroby, a tym samym na rozpoczęcie leczenia w momencie, gdy daje ono najlepsze rezultaty. Polskie Towarzystwo Neurologii Dziecięcej (PTND), organizacja skupiającą neurologów dziecięcych, a także wielu lekarzy innych specjalności, którzy zajmują się dziećmi z chorobami układu nerwowego, w swoim apelu z 23 sierpnia 2024 r. zwróciło uwagę na pilną potrzebę wprowadzenia w Polsce powszechnego badania przesiewowego noworodków w kierunku leukodystrofii metachromatycznej (MLD) – rzadkiej, śmiertelnej choroby neurodegeneracyjnej: „Polskie Towarzystwo Neurologii Dziecięcej pragnie zwrócić uwagę na konieczność pilnego wprowadzenia powszechnego badania przesiewowego noworodków w Polsce w kierunku leukodystrofii metachromatycznej (MLD). MLD jest śmiertelną, rzadką chorobą neurometaboliczną, wywołowaną przez mutację w genie kodującym enzym arylosulfatazę A (ARSA). W wyniku tej mutacji dochodzi do gromadzenia się sulfatydów w mózgu, układzie nerwowym oraz innych narządach, co prowadzi do postępującej demielinizacji, neurodegeneracji, a w konsekwencji do utraty funkcji motorycznych i poznawczych oraz wczesnej śmierci pacjenta. Dzięki postępom w medycynie, dostępna jest już terapia genowa – atidarsagen autotemcel, która oferuje skuteczne leczenie dla pacjentów z MLD. Terapia ta, zastosowana na wczesnym etapie choroby, może znacząco poprawić rokowania, zachowując sprawność fizyczną i poznawczą pacjentów w zakresie normy zdrowych osób. Z danych wynika, że u dzieci leczonych przedobjawowo aktywność ARSA wzrasta do poziomu porównywalnego ze zdrowymi dziećmi, co potwierdza skuteczność tej terapii. Niestety, obecnie w Polsce nie istnieje system powszechnego badania przesiewowego noworodków w kierunku MLD, co oznacza, że wiele dzieci jest diagnozowanych dopiero po wystąpieniu objawów, kiedy terapia może być już mniej skuteczna. Tymczasem, jak pokazują dane, wczesne wykrycie choroby przed pojawieniem się pierwszych objawów daje największe szanse na skuteczne leczenie. Badania pilotażowe w kierunku MLD są już prowadzone w 11 krajach, w tym w Europie, Stanach Zjednoczonych i na Bliskim Wschodzie. W Stanach Zjednoczonych proces włączenia MLD do powszechnego badania przesiewowego jest w trakcie oceny, a Norwegia planuje wprowadzenie takiego przesiewu od września 2024 roku. Polskie Towarzystwo Neurologii Dziecięcej apeluje do decydentów o natychmiastowe podjęcie działań zmierzających do wprowadzenia powszechnego badania przesiewowego noworodków w Polsce w kierunku MLD. Wprowadzenie takiego programu powinno być poprzedzone pilotażem, podobnie jak miało to miejsce w przypadku innych rzadkich chorób, jak np. rdzeniowy zanik mięśni (SMA). Z naszej strony deklarujemy pełną gotowość do współpracy przy przygotowaniu ścieżki wdrożenia oraz wypracowania szczegółów programu przesiewowego dla noworodków w Polsce.³²

³² Apel Polskiego Towarzystwa Neurologii Dziecięcej w sprawie wprowadzenia powszechnego badania przesiewowego noworodków w kierunku leukodystrofii metachromatycznej (MLD) w Polsce. Polskie Towarzystwo Neurologii Dziecięcej.

Atidarsagen autotemcel, to produkt terapii genowej zawierający populację komórek wzbogaconą w autologiczne komórki CD34+, która zawiera krwiotwórcze komórki macierzyste i komórki progenitorowe (HSCP) transdukowane *ex vivo* za pomocą wektora lentiwirusowego kodującego gen ludzkiej arylosulfatazy A (ARSA). Lek został zarejestrowany w Unii Europejskiej w 2020 r. i uzyskał status leku sierocznego.³³ Atidarsagen autotemcel jest wskazany do stosowania w leczeniu leukodystrofii metachromatycznej (ang. metachromatic leukodystrophy, MLD), odznaczającej się dwuallelowymi mutacjami genu arylosulfatazy A prowadzącymi do zmniejszenia aktywności enzymatycznej ARSA, w przypadku: dzieci z późnymi niemowlęcymi albo wczesnymi młodzieńczymi postaciami choroby, bez objawów klinicznych choroby oraz dzieci z wczesną młodzieńczą postacią choroby, z wczesnymi objawami klinicznymi choroby, mogące nadal poruszać się samodzielnie, przed pojawieniem się zaburzenia funkcji poznawczych.³⁴

Atidarsagen autotemcel, to modyfikowane genetycznie w warunkach *ex vivo* autologiczne komórki krwiotwórcze i progenitorowe (HSPC) CD34+, stanowiące terapię genową. Autologiczne HSPC CD34+ pobierane są z pozyskanego od pacjenta szpiku kostnego lub krwi obwodowej po mobilizacji komórek i są transdukowane wektorem lentiwirusowym (ARSA LVV), powodującym insercję jednej lub większej liczby kopii ludzkiego komplementarnego kwasu deoksyrybonukleinowego (cDNA) kodującego ARSA do genomu komórki, tak aby zmodyfikowane genetycznie komórki stały się zdolne do ekspresji funkcjonalnego enzymu ARSA. Po podaniu pacjentowi, po zastosowaniu schematu kondycjonowania mieloablacyjnego, wszczepiane zmodyfikowane genetycznie komórki są zdolne do zasiedlenia przedziału krwiotwórczego. Subpopulacja podanych w infuzji HSPC lub ich potomnych komórek mieloidalnych może przenikać barierę krew – mózg, przechodząc do mózgu, i ulec wszczępieniu jako mikroglej ośrodkowego układu nerwowego (OUN) oraz przynaczyniowe makrofagi OUN i wewnątrznerwowe makrofagi obwodowego układu nerwowego. Takie zmodyfikowane genetycznie komórki mogą wytwarzać i wydzielać funkcjonalny enzym ARSA, który może być pobierany przez sąsiadujące komórki — w procesie nazywanym korekcją krzyżową (ang. cross-correction) — i wykorzystany do rozkładania szkodliwych sulfatydów lub zapobiegania ich gromadzeniu się.³⁵

Aby zapewnić spójność i wysoką jakość leczenia, atidarsagen autotemcel jest podawany w sześciu specjalistycznych ośrodkach (QTC – Qualified Treatment Center) w Europie (Manchester, Paryż, Utrecht, Tybinga, Lund i Mediolan) mających doświadczenie w przeszczepianiu krwiotwórczych komórek macierzystych i leczeniu leukodystrofii. Wszystkie specjalistyczne ośrodki posiadają niezbędną infrastrukturę, akredytacje (JACIE) i wdrożyły stosowne procedury w zakresie: przeszczepów autologicznych u pacjentów pediatrycznych, pozyskiwania krwiotwórczych komórek macierzystych i komórek progenitorowych w procesie aferezy w celu mobilizacji komórek krwi obwodowej, objęcia opieką pacjentów przed podaniem atidarsagen autotemcel (przyjęcie dziecka i jego rodziny, wykonanie

23/08/2024. Dostępne: <https://ptnd.pl/aktualnosc/apel-polskiego-towarzystwa-neurologii-dzieciecej-w-sprawie-wprowadzenia-powszechnego>

³³ Atidarsagen autotemcel. EMA Dostępne: <https://ec.europa.eu/health/documents/community-register/html/h1493.htm>

³⁴ Atidarsagen autotemcel. ChPL. EMA Dostępne: https://ec.europa.eu/health/documents/community-register/2022/20220127154659/anx_154659_pl.pdf

³⁵ Ibidem

badan diagnostycznych w celu ponownego sprawdzenia, czy pacjent kwalifikuje się do leczenia), w trakcie podawania i po podaniu atidarsagen autotemcel (oczekiwanie na regenerację układu odpornościowego i okres obserwacji).

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 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 krwipochodnych, 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.*³⁶ Niestety w świetle aktualnych analiz bez uruchomienia Narodowego Programu Eliminacji HCV Polska osiągnięcie 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 2030.³⁷ Celem testowania planu działania w zakresie zapalenia wątroby w regionie Europy Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) na 2020 r. jest zdiagnozowanie i przeleczenie 50% osób żyjących z przewlekłym wirusowym zapaleniem wątroby typu B (HBV) i C (HCV). Zgłoszone dane z 2017 r. pokazują, że region Europy jest daleki od osiągnięcia tego celu – do tej pory zdiagnozowano 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 2020.³⁸ 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.³⁹ 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 2023 r. ok. 6 tys. pacjentów. Program lekowy B.71 realizowany w 74. ośrodkach

³⁶ 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/Stowisko-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>

³⁷ https://www.who.int/hepatitis/news-events/07_towards-elimination-Dr-Gottfried-Hirnschall.pdf?ua=1

³⁸ Monitoring of the responses to the hepatitis B and C epidemics in EU/EEA countries, 2023 <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/monitoring-responses-hepatitis-b-and-c-epidemics-eueea-countries-2023>

³⁹ <https://www.who.int/publications/i/item/9789240019003>

klinicznych gwarantuje chorym, rzeczywisty, dobry dostęp do skutecznej terapii bezinterferonowej, której koszt obniżył się kilkukrotnie od 2016 r.⁴⁰

Polska jest **jednym z ostatnich krajów europejskich**, która nie ma systemowego rozwiązania zmierzającego do **redukcji zakażeń wirusem HCV** (Hepatitis C Virus). Tymczasem powoduje on poważne choroby wątroby (WZW - wirusowe zapalenie wątroby typu C) i jej powikłania przez co jest wciąż **jednym z najpoważniejszych zagrożeń dla zdrowia publicznego** w Polsce. Mimo że od 2015 roku są refundowane w naszym kraju nowoczesne terapie, które szybko, czyli w ciągu 2-3 miesięcy i z niemal 100% skutecznością leczą WZW typu C w warunkach ambulatoryjnych, to do tej pory nie został wprowadzony **żaden program profilaktyczny zmierzający do diagnostyki i do zapobiegania tej chorobie**.

HCV jest **wirusem onkogennym**, który w konsekwencji zakażenia i choroby wywołuje m.in. pierwotny nowotwór wątrobowokomórkowy. Nazywany jest też cichym zabójcą, gdyż zakażenie przebiega bezobjawowo lub objawy są niecharakterystyczne. 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. 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), WZW C stanowi poważny problem z punktu widzenia zdrowia publicznego i jedyną metodą zapobiegania rozprzestrzeniania wirusa jest **diagnostyka i leczenie**.

Już niemal **wszystkie kraje europejskie**, kierując się zaleceniami WHO (znaczącej redukcji zakażeń HCV do 2030) **rozwiązało ten problem** tworząc rządowe/lokalne programy zwalczania zakażeń HCV. Niedawno został uruchomiony program w Czechach i na Litwie, czym na ostatnim European Hepatitis C Elimination Summit w Wilnie chwalił się minister zdrowia Litwy. Nawet w Egipcie, kraju jeszcze 10 lat temu o najwyższej na świecie częstości zakażeń HCV, dzięki rządowemu programowi zredukowano występowanie wirusa ponad 10-krotnie.

Korzyści, które płyną z wprowadzenia programów screeningowych, są wymieniane w rekomendacjach przygotowanych przez europejskie i światowe agencje HTA (health technology assessment). Także polska Agencja (Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji) wydała w 2020 roku rekomendację, w której wskazała, że program screeningowy HCV jest wysoce kosztowo-efektywny i zaleca do stosowania. Ostatnio (listopad 2024) AOTMIT zaprezentowała także podczas ostatniej konferencji ISPOR w Barcelonie (the International Society for Health Economics and Outcomes Research) poster pt. "The cost effectiveness of universal HCV screening strategies in Poland", w którym udowodniła, że strategia obowiązkowego testowania jest opłacalna.

Wśród dodatkowych korzyści dotyczących diagnostyki i leczenia HCV międzynarodowi eksperci wymieniają także: zmniejszenie kosztów związanych z leczeniem marskości i raka wątroby (w tym przeszczepień wątroby), zwiększenie dochodów państwa z racji wydłużenia aktywności zawodowej,

⁴⁰ <https://statystyki.nfz.gov.pl/DrukProgramas>

oraz spełnienie zalecanej przez WHO redukcji zakażeń HCV do roku 2030 (przy aktualnym postępowaniu będziemy w 2030 roku na ostatnim miejscu wśród krajów UE).

Dzięki nowoczesnym terapiom w Polsce zostało już wyleczonych prawie 40 tysięcy osób. To ogromny sukces, ale według epidemiologów w naszym społeczeństwie żyje ciągle ok 110-140 tysięcy osób aktywnie chorych. Nie są oni świadomi swojej choroby, gdyż dostęp do diagnostyki jest bardzo ograniczany. Do leczenia trafiają głównie osoby, które mają objawy, lub którym „przez przypadek” np. w ramach akcji testowania wykryto obecność wirusa w organizmie. Jak podkreślają eksperci, groźne jest to, że począwszy od roku 2018 obserwujemy z roku na rok zwiększający się odsetek chorych **z rozpoznaną marskością**, który aktualnie sięga **24%**, i są to głównie ludzie od 30 do 50 lat, czyli w wieku produkcyjnym. Dodają, że nie zdiagnozowani i nieleczeni pacjenci stanowią obecnie główne aktywne źródło transmisji wirusa.

Aktualne działania w kierunku wykrywania HCV w Polsce opierają się na „aktywności” samorządów, pilotażach oraz na - niestety nieefektywnym programie NFZ opartym o „budżet powierzony” w POZ. To nie rozwiązuje problemu, a w konsekwencji może doprowadzić do zwiększenia finansowania świadczeń będących konsekwencją nieleczenia lub zbyt późnego wykrycia aktywnej choroby (w tym przeszczepy). Istnieje więc konieczność wprowadzenia rozwiązań, które przybliżą nas do eliminacji **wirusa z polskiej populacji i ochrony polskich obywateli**. Z uwagi na taką potrzebę i biorąc pod uwagę kondycję NFZ i ewentualne koszty, można zastosować w pierwszej kolejności 3 rozwiązania:

1. wprowadzenie obowiązkowego testowania w szpitalach z naciskiem na grupy ryzyka (podwyższone ALT/ASPART)
2. rozszerzenie testowania w POZ poprzez wprowadzenie testów kasetkowych
3. wprowadzenie testowania (testy kasetkowe) do medycyny pracy

Biorąc pod uwagę zaproponowane rozwiązania, koszty programu rocznie powinny zamknąć się w kwocie ok. 30 mln. Będzie to jednak **ważny krok w kierunku eliminacji wirusa z polskiej populacji**, 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.

Zapobieganie HIV i zwalczanie AIDS

W roku 2023 rozpoznano 2 278 przypadków HIV w Polsce. Większość zakażeń dotyczyła osób z polskim obywatelstwem – 973 (42,7%), a 578 dotyczyła osób posiadających inne obywatelstwo niż polskie (25,4%). Dla 727 przypadków (31,9%) brak jest informacji na temat obywatelstwa osób zakażonych HIV. Nowe zakażenia HIV rozpoznano u 1 687 mężczyzn (74,1%) oraz 578 kobiet (25,4%). W roku 2023 w Polsce rozpoznano zachorowanie na AIDS u 158 osób zakażonych HIV. Wskaźnik zachorowań na AIDS ogółem wynosił 0,42 przypadki na 100 tys. mieszkańców. Dla mężczyzn wskaźnik wynosił 0,63 przypadki na 100 tys. mężczyzn, natomiast dla kobiet 0,23 na 100 tys. kobiet. W 2023 roku 22 osoby chore na AIDS zmarły, wskaźnik umieralności wynosił 0,06 na 100 tys. mieszkańców. Na dzień 31 grudnia 2023 r. leczeniem ARV objętych było 19 647 pacjentów, w tym 186 dzieci (do 18 roku życia, według sprawozdań z ośrodków/realizatorów Programu). Liczba ta obejmuje również nowych pacjentów, którzy wymagali pilnego wprowadzenia do leczenia ze względu na stan kliniczny, zwykle ze wskazań życiowych, a dotychczas nie byli leczeni antyretrowirusowo oraz uchodźców wojennych

z Ukrainy. Program lekowy był realizowany w 22 szpitalach/placówkach medycznych, na bazie których działają ośrodki referencyjne leczące zakażonych HIV i chorych na AIDS w Polsce.⁴¹ 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 osoby zakażone HIV i chore na AIDS przebywające na terytorium RP, niezależnie od statusu ubezpieczeniowego.⁴²

Wg raportu pt. "Evidence brief: Progress towards reaching the Sustainable Development Goals related to HIV in the EU/EEA", cel Zrównoważonego Rozwoju (SDG) 3.3 Organizacji Narodów Zjednoczonych ma na celu wyeliminowanie AIDS do 2030 r. Jeśli chodzi o zapobieganie, chociaż dostępność i stosowanie profilaktyki przedekspozycyjnej (PrEP) wzrosły w całym regionie, dziewięć krajów w Europie nadal nie opracowało wytycznych PrEP. Tam, gdzie PrEP jest dostępny, istnieje pole do poprawy w zakresie liczby osób uzyskujących do niego dostęp oraz równości w jego dostarczaniu. Jeśli chodzi o testowanie i leczenie, UE/EOG jest na dobrej drodze do osiągnięcia celów 95-95-95 ustalonych przez UNAIDS, przy czym 91% wszystkich osób żyjących z HIV (PLHIV) zna swój status, 93% osób znających swój status w trakcie leczenia i 91% osób w trakcie leczenia ma zahamowany wirus. Jednak prawie jedna czwarta wszystkich osób żyjących z HIV (23%) w 23 krajach UE/EOG, dla których dostępne są dane, nadal nie osiągnęła zahamowania wirusa, a tylko dwa kraje osiągnęły ogólny cel 86%, jakim jest zapewnienie, że wszyscy PLHIV zostaną zahamowani wirusowo do 2025 r. Podczas gdy liczba nowych zakażeń HIV i liczba zgonów związanych z AIDS spadły w ciągu ostatniej dekady w UE/EOG, w oparciu o obecne trajektorie należy zwiększyć wysiłki w celu poprawy usług zapobiegania, testowania i leczenia w regionie, jeśli cel na 2030 r. ma zostać osiągnięty. Ponad 10% osób żyjących z HIV zgłasza doświadczanie stygmatyzacji i dyskryminacji związanej z HIV w placówkach opieki zdrowotnej i społeczności, co wskazuje, że konieczne są dalsze prace, aby osiągnąć cel zerowej stygmatyzacji. W przypadku niektórych wskaźników, zwłaszcza tych związanych ze stygmatyzacją

⁴¹ Sprawozdanie z Harmonogramu realizacji Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczania AIDS na lata 2022 - 2026 za 2023 r. Dostępne: https://aids.gov.pl/krajowy_program/2023/

⁴² 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>

i dyskryminacją, znaczna liczba krajów nie zgłosiła danych. Brak solidnych, wiarygodnych danych stanowi poważne wyzwanie dla postępu w niektórych aspektach reakcji na HIV. Pilnie potrzebne są ulepszone systemy monitorowania i raportowania.⁴³

Szczepienia dorosłych

Wg. raportu pt. „Szczepienia dorosłych: potrzeby i możliwości”, Polska powinna poszerzyć zakres szczepień ochronnych refundowanych publicznie. W Polsce, mimo wyjątkowo szerokich zaleceń dotyczących prowadzenia profilaktyki wśród osób dorosłych, system refundacji szczepień jest stosunkowo ograniczony, z kilkoma preparatami częściowo lub całkowicie finansowanymi przez państwo. Polska jest także jednym z nielicznych krajów UE (obok Austrii, Belgii, czy Portugalii), gdzie część kosztów szczepień pokrywają osoby fizyczne. W kontraście do tego stoją takie kraje, jak Hiszpania, Włochy, Niemcy, Francja i Wielka Brytania, gdzie zakres refundacji jest znacznie szerszy, a bezpłatne szczepienia kierowane są do wyselekcjonowanych grup ryzyka. Szeroki dostęp do szczepień ochronnych dla dorosłych oferują także Finlandia, Portugalia, Grecja, Chorwacja, Irlandia i Słowenia. Uzupełnieniem publicznego systemu finansowania programu szczepień ochronnych w niektórych krajach są także akcje profilaktyczne sponsorowane przez pracodawców. Praktyka w tym zakresie jest jednak różnorodna i zależy od specyfiki danego kraju oraz branży. W większości krajów zakup szczepionek jest scentralizowany, co może mieć swoje odzwierciedlenie w większej efektywności kosztowej. Odzwierciedleniem powyższych obserwacji jest aspekt ekonomiczny. Dla krajów z PKB per capita w zakresie 20-40 tys. euro, wydatki na szczepienia jednej osoby wahają się od około 1 euro w Polsce do około 10 euro we Francji. Oznacza to, że Polska znajduje się na dolnym końcu skali, nawet w porównaniu z krajami o podobnym poziomie PKB. Kraje takie jak Szwecja, Niemcy i Wielka Brytania (PKB per capita 41 tys.- 60 tys. euro) znajdują się na drugim biegunie, wydając znacząco więcej na programy szczepień – od 15 do 23 euro na osobę.⁴⁴

Także raport pt. „Półpasiec oczami pacjentów” stwierdza, że refundacja publiczna szczepienia przeciwko półpaścowi to niewątpliwie właściwy kierunek do zapewnienia dostępności profilaktyki dla osób dorosłych. Ważnym wyzwaniem jest bezpłatne udostępnianie szczepionki kolejnym pacjentom z grup ryzyka. Badania ankietowe przeprowadzone w dwóch ośrodkach klinicznych wykazały, że dominującym odczuciem i przeżyciem związanym z chorowaniem na półpasiec było odczuwanie bólu. W wielu przypadkach przerodził się on w długotrwały problem zdrowotny znacząco obniżający jakość życia. Średni wiek zachorowania ankietowanych osób na półpaśca wyniósł 68 lat. Półpasiec ma ciężki przebieg, zwłaszcza u osób w wieku starszym, które są obciążone wieloma chorobami przewlekłymi. Prawie każda ankietowana osoba cierpiała na choroby współistniejące. Aż 63 proc. badanych nie wiedziało do momentu wypełnienia ankiety, że szczepionka przeciwko półpaścowi w ogóle istnieje. Zaledwie 24 proc. pacjentów dowiedziało się o tym w czasie choroby, a tylko 10 proc. miało taką wiedzę wcześniej, przed zachorowaniem. W naturalny sposób ankietowani wskazywali,

⁴³ Evidence brief: Progress towards reaching the Sustainable Development Goals related to HIV in the EU/EEA. Dostępne: <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/evidence-brief-progress-towards-reaching-sustainable-development-goals-related>

⁴⁴ Szczepienia dorosłych: potrzeby i możliwości. MZdrowie 2023 <https://www.mzdrowie.pl/wp-content/uploads/2023/09/10-szczepienia-2023-www.pdf>

że gdyby miały nastąpić zmiany w procesie diagnozy i leczenia – to przede wszystkim powinny one dotyczyć upowszechniania wiedzy o szczepieniach (tak wskazało 59 proc. osób). Kolejne 29 proc. wskazało, że potrzebne jest upowszechnianie informacji o samej chorobie i jej przebiegu, a 14 proc. – edukacja na temat metod jej leczenia.⁴⁵

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. rozwinie się u nich półpasiec. Można więc przyjąć, że tak ogromny odsetek populacji Polski jest potencjalnie narażony na rozwiniecie 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*). Czynnikiem wywołującym 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 rozwinie 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 osób z grupy ryzyka (z chorobami nowotworowymi, po przeszczepach, nosicieli 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.⁴⁶

⁴⁵ <https://www.mzdrowie.pl/wp-content/uploads/2024/02/01-polpasiec-2024-www.pdf>

⁴⁶ Raport pt. Półpasiec oczami pacjentów. Zapobieganie, Leczenie, Powikłania. MZdrowie 2024
<https://www.mzdrowie.pl/wp-content/uploads/2024/02/01-polpasiec-2024-www.pdf>

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 będzie dostępna z 50% refundacją dla pacjentów w wieku 65 lat i starszych o zwiększonym ryzyku zachorowania na półpasiec. Refundacja 50% szczepionki przysługuje osobom w wieku 65 lat i starszym z grup ryzyka. 50% refundacja na szczepionkę oznacza, że cena szczepionki dla pacjenta wynosi 375,53 zł / 1 dawkę.⁴⁷

Eksperti rekomendują aktualizację listy bezpłatnych szczepień dla seniorów 65 plus. Ostatnia aktualizacja miała miejsce ponad rok temu jeszcze przed wyborami parlamentarnymi. Obecnie na liście „S” znajduje się ponad 3 700 leków, w tym tylko dwa rodzaje szczepionek: przeciw grypie i pneumokokom.

Poszerzenie programu Badań Przesiewowych Noworodków w Polsce o nowe jednostki chorobowe

W maju 1994 r. wprowadzono badania wykrywające fenyloketonurię i wrodzoną niedoczynność tarczycy (hipotyreozę) do programu badań przesiewowych noworodków w Polsce, który obecnie obejmuje 30 jednostek chorobowych. W okrągłą 30-tą rocznicę funkcjonowania programu badań przesiewowych w Polsce jest szansa, że będziemy mieli okazję podtrzymać pozycję europejskiego lidera ze względu na trwające prace poszerzające programy badań przesiewowych również w kontekście polskiej Prezydencji w Unii Europejskiej. Polskie wzorce mogą być też doskonałym przykładem dla innych krajów unijnych

Choroby rzadkie

Największym wyzwaniem staje się obecnie szybka i efektywna diagnostyka pacjentów z chorobami rzadkimi, która jest trudna ze względu na rzadkość jej występowania, zmienny charakter i początek objawów oraz nakładanie się oznak i objawów z innymi zaburzeniami. Pacjenci często latami pozostają bez diagnozy lub z błędnym rozpoznaniem, a skutkuje to nie rozpoczęciem tak ważnej w tej jednostce chorobowej obserwacji pacjenta, a następnie skutecznego leczenia. Problem późnego rozpoznania dotyczy nie tylko Polski. Na całym świecie średnio od wystąpienia pierwszych objawów do postawienia rozpoznania mija około 8 lat. Wynika to po pierwsze z tego, że objawy są niespecyficzne, po drugie – z tego, że to choroba naprawdę bardzo rzadka i większość lekarzy nigdy nie będzie miała do czynienia z takimi pacjentami. Badania przesiewowe noworodków są uważane za jeden z największych sukcesów w zdrowiu publicznym. Pozwalają bowiem interweniować jak najwcześniej w przypadku ciężkich chorób i zapobiegać im poważnym, a nawet śmiertelnym powikłaniom. Wczesna diagnostyka, a następnie obserwacja do momentu w którym będzie potrzebne wdrożenie leczenia mogą znacznie poprawić przeżywalność i jakość życia pacjentów.

Wybór właściwego badania genetycznego lub diagnostycznego na wczesnym etapie procesu diagnostycznego ma kluczowe znaczenie w przypadku chorób rzadkich, pozwala na istotne skrócenie czasu uzyskania większości rozpoznań choroby z kilku lub kilkunastu lat (obecnie) do średnio

⁴⁷ <https://www.gov.pl/web/psse-przeworsk/szczepionka-przeciw-polpascowi-objeta-50-refundacja>

10 miesięcy. Przynosi to wielorakie korzyści, poczynając od możliwości wprowadzenia leczenia celowanego, jeżeli takie jest dostępne bądź zastosowania terapii spowalniającej postęp choroby, a jednocześnie przekłada się na zredukowanie kosztów zbędnej dodatkowej diagnostyki pacjenta.

4 listopada 2024 r. opublikowana została Opinia Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji o projekcie programu polityki zdrowotnej pn. „Program badań przesiewowych noworodków w Rzeczypospolitej Polskiej na lata 2019-2026”, który uwzględnia zmianę dotyczącą panelu badań przesiewowych o badania w kierunku:

1. ciężkiego skojarzonego (złożonego) niedoboru odporności (SCID),
2. galaktozemii,
3. choroby Pompe’go,
4. choroby Fabry’ego,
5. choroby Gaucher’a,
6. mukopolisacharydozy typu I (MPS-I).

"Wprowadzenie badań pozwala na wczesne wykrycie, wdrożenie terapii i zapobieganie poważnym powikłaniom zdrowotnym, co ma znaczące korzyści zarówno dla pacjentów, jak i systemu opieki zdrowotnej. Istnieją dowody naukowe i rekomendacje towarzystw naukowych, które popierają wprowadzenie badań przesiewowych w kierunku ww. chorób".⁴⁸ To kierunkowo dobra zmiana, która pozwoli na uruchomienie pilotażu w województwach mazowieckim i pomorskim. Docelowo przesiew – podobnie jak to się stało w SMA – obejmie cały kraj.

Choroby cywilizacyjne

Dynamiczne zmiany demograficzne i wzrost liczby osób cierpiących na choroby przewlekłe, w tym hipercholesterolemię oraz cukrzycę typu 1, stawiają przed systemami ochrony zdrowia wyzwania, które wymagają kompleksowego podejścia. Wprowadzenie badań przesiewowych w kierunku tych schorzeń w Polsce i na terenie Europy stanowiłoby istotny krok w stronę poprawy jakości życia pacjentów, zwiększenia efektywności leczenia oraz obniżenia kosztów opieki zdrowotnej.

Hipercholesterolemia – wyzwanie zdrowotne i społeczne

Hipercholesterolemia, a zwłaszcza jej rodzinna postać, jest jednym z głównych czynników ryzyka miażdżycy i chorób sercowo-naczyniowych, takich jak zawał serca czy udar mózgu. Szacuje się, że na hipercholesterolemię rodzinną cierpi 1 na 250 osób, co oznacza, że w Europie problem ten dotyczy milionów ludzi. Niestety, aż 90% przypadków pozostaje niezdiagnozowanych, co znacząco zwiększa ryzyko wystąpienia poważnych powikłań. Badania przesiewowe w tym zakresie umożliwiłyby:

1. **Wczesną diagnozę:** Identyfikacja pacjentów na wczesnym etapie życia pozwala na wdrożenie odpowiedniego leczenia, w tym modyfikacji stylu życia i farmakoterapii.
2. **Obniżenie kosztów leczenia:** Leczenie powikłań sercowo-naczyniowych jest wielokrotnie droższe niż zapobieganie ich wystąpieniu.

⁴⁸ Opinia Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji nr 78/2024 z dnia 31 października 2024 r. o projekcie programu polityki zdrowotnej pn. „Program badań przesiewowych noworodków w Rzeczypospolitej Polskiej na lata 2019-2026” Dostępne: <https://bip.aotm.gov.pl/assets/files/oozp/2024/OP-0078-2024.pdf>

3. **Prewencję wtórną:** Umożliwienie badania rodzin pacjentów zdiagnozowanych na hipercholesterolemię rodzinną pozwoli na skuteczną interwencję w kolejnych pokoleniach.

18 listopada 2024 Rada Przejrzystości AOTMiT opublikowała stanowisku nr 122/2024 w sprawie zasadności kwalifikacji świadczenia opieki zdrowotnej „Badania przesiewowe w kierunku hipercholesterolemii rodzinnej realizowane jako element badania bilansowego wykonywanego na etapie rocznego obowiązkowego przygotowania przedszkolnego” jako świadczenia gwarantowanego. Rada Przejrzystości uznała za zasadne zakwalifikowanie świadczenia opieki zdrowotnej „Badania przesiewowe w kierunku hipercholesterolemii rodzinnej realizowane jako element badania bilansowego wykonywanego na etapie rocznego obowiązkowego przygotowania przedszkolnego” jako świadczenia gwarantowanego.⁴⁹ Docelowo badanie to zostanie dodane do bilansu 6 latka.

Cukrzyca typu 1 – potrzeba wczesnej interwencji

Cukrzyca typu 1 (T1D) jest autoimmunologiczną, złożoną i przewlekłą chorobą, która może rozwinąć się w każdym wieku, niezależnie od historii rodzinnej. Europa notuje najwyższą na świecie częstość występowania cukrzycy typu 1 u dzieci i młodzieży oraz ponosi drugi najwyższy koszt leczenia cukrzycy na mieszkańca, wynoszący około 175 miliardów euro rocznie (2021 r.). Obecnie w Europie jest około 295 tysięcy dzieci i młodzieży z cukrzycą typu 1.

Często cukrzyca typu 1 objawia się poważnymi powikłaniami, takimi jak kwasica ketonowa (DKA), które można było zapobiec. Te powikłania mogą prowadzić do hospitalizacji i pozostawiać trwałe skutki psychologiczne. Wczesna diagnoza T1D poprawia długość życia, zmniejsza zachorowalność oraz pozytywnie wpływa na jakość życia pacjentów i ich rodzin. Jest zwykle diagnozowana na późnym etapie, co zwiększa ryzyko powikłań. Dzięki badaniom przesiewowym przeciwnie autoimmunologicznych możliwe jest wykrycie choroby na miesiące, a nawet lata przed pojawieniem się objawów. Wczesna diagnoza może zapobiec kwasicy ketonowej i poprawić rozwój poznawczy u dzieci. Różne kraje w Europie prowadzą badania przesiewowe i programy pilotażowe. Na przykład:

- Niemcy (program FR1DA) prowadzą badania przesiewowe u dzieci w wieku 2-10 lat.
- Wielka Brytania oferuje badania przesiewowe u dorosłych w ramach programu T1DRA, niezależnie od historii rodzinnej.
- Włochy uchwaliły ustawę o ogólnokrajowych badaniach przesiewowych w kierunku cukrzycy typu 1 oraz choroby trzewnej u dzieci i młodzieży.

Dodatkowo, projekt EDENT1FI z 2023 roku, łączący partnerów z 13 krajów, ma na celu optymalizację programów przesiewowych w całej Europie.

Wprowadzenie badań przesiewowych w kierunku cukrzycy typu 1, przyniosłoby następujące korzyści:

⁴⁹ Stanowisko Rady Przejrzystości nr 122/2024 z dnia 18 listopada 2024 roku w sprawie zasadności kwalifikacji świadczenia opieki zdrowotnej „Badania przesiewowe w kierunku hipercholesterolemii rodzinnej realizowane jako element badania bilansowego wykonywanego na etapie rocznego obowiązkowego przygotowania przedszkolnego”, jako świadczenia gwarantowanego.

https://bip.aotm.gov.pl/assets/files/zlecenia_mz/2024/167/SRP/U_303_20241118_s_122_hipercholesterolemia_kwal%20%C5%9Bwiadcz.pdf

1. **Zmniejszenie ryzyka kwasicy ketonowej:** Wczesne wykrycie choroby pozwala uniknąć tego powikłania, które może być śmiertelne.
2. **Poprawa jakości życia pacjentów:** Wczesna diagnoza umożliwia łagodniejsze przejście przez fazę początkową choroby, co zmniejsza stres i pozwala na szybszą adaptację do leczenia.
3. **Zwiększenie wiedzy o czynnikach ryzyka:** Identyfikacja predyspozycji genetycznych i czynników środowiskowych pozwoli na rozwój strategii prewencji cukrzycy typu 1.

W bieżącym roku w województwie mazowieckim uruchomiony został program pilotażowy w zakresie cukrzycy który obejmie 20 tysięcy dzieci. Celem badań przesiewowych jest rozpoznanie wczesnego, bezobjawowego stadium cukrzycy typu 1 u dzieci. Do programu mogą zgłaszać się rodzice z dzieckiem w wieku 2-17 lat, u których dotychczas nie stwierdzono cukrzycy. Każde dziecko uczestniczące w programie będzie miało pobraną jednorazowo krew kapilarną przez nakłucie palca. Krew dziecka zostanie zbadana pod kątem autoprzeciwciał typowych dla cukrzycy typu 1 (GAFA, IA2A, ZnT8). Wytypowanie tych autoprzeciwciał jest oznaką stanu zapalnego komórek trzustki produkującej insulinę. Można je wykryć we krwi na wiele lat przed wystąpieniem pełnoobjawowej cukrzycy.

Potrzeba systemowych rozwiązań

Wdrożenie badań przesiewowych w kierunku chorób rzadkich, hipercholesterolemii i cukrzycy typu 1 wymaga zaangażowania zarówno na poziomie krajowym, jak i europejskim. Propozycje kluczowych działań obejmują:

1. **Edukację społeczeństwa:** Podniesienie świadomości na temat ryzyka tych schorzeń i korzyści płynących z badań przesiewowych.
2. **Wsparcie naukowe:** Finansowanie badań nad skutecznością i kosztami badań przesiewowych, a także rozwój technologii diagnostycznych.
3. **Integrację systemową:** Włączenie badań przesiewowych do narodowych programów zdrowotnych oraz stworzenie europejskich wytycznych w tej dziedzinie.

Esketamina w programie lekowym B.147. Leczenie chorych na depresję lekooporną (ICD-10: F33.1, F33.2)

Zganie z opracowaniem pt. „Depresja lekooporna: Ryzyko wystąpienia i leczenie w ramach programu lekowego B.147” depresja lekooporna dotyka 25-30% chorujących na depresję. Należy jednak pamiętać, że samo zaburzenie nie jest jednostką chorobową zarówno według obowiązującej klasyfikacji zaburzeń psychicznych Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego (DSM-5), jak i Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Zaburzeń WHO (ICD-10 oraz obecnie wdrażanej ICD-11). Depresja lekooporna jest to epizod depresyjny, który jest oporny na leki. Oznacza to, że znalezienie odpowiedniego schematu terapeutycznego - zarówno w formie farmakoterapii, jak i alternatywnych metod leczenia - wymaga głębszego procesu analitycznego samego pacjenta, uwarunkowań charakterologicznych, otoczenia i jego wpływu na samopoczucie chorego. Dobrą wiadomością jest fakt, że istnieją skuteczne metody terapeutyczne. Obok farmakoterapii lekami z grupy SSRI i SNRI dostępne są również alternatywne metody, które dzięki postępowi technologicznemu i intelektualnemu są coraz skuteczniejsze. W lipcu 2023 r. w Polsce uruchomiono również program lekowy leczenia depresji lekoopornej. To szansa dla wielu pacjentów, którzy do tej pory nie zareagowali

pozytywnie na farmakoterapię pierwszego i drugiego rzutu. Esketamina wykazuje bowiem skuteczność na poziomie 50%.⁵⁰

Wg aktualnego Stanowiska Koalicji ds. Depresji Lekoopornej dotyczącego rekomendacji zmian w programie lekowym B.147 realizatorzy programu lekowego zwracają uwagę na kilka obszarów istotnych dla prawidłowego prowadzenia programu lekowego, w tym włączanie adekwatnej populacji pacjentów z depresją lekooporną oraz trudności w organizacji i rozliczaniu programu z NFZ.

Wśród mankamentów w zapisach kryteriów włączenia do programu wymieniane są: pominięcie osób z pierwszym epizodem depresji o cechach lekooporności oraz brak określenia wartości progowych w punktacji skali MADRS dla epizodu depresji o nasileniu umiarkowanym i ciężkim.

Także definicja lekooporności uwzględnia wyłącznie brak odpowiedzi na 2 kolejne leki przeciwdepresyjne, podczas gdy często w trakcie pojedynczej kuracji łączy się 1 do 3 leków przeciwdepresyjnych lub stosuje inne uznane metody leczenia farmakologicznego. U osób z depresją lekooporną w trakcie epizodu trwającego wiele miesięcy stosuje się często więcej niż pięć różnych leków przeciwdepresyjnych, niekiedy podając dwa leki równocześnie. To ograniczenie powinno dotyczyć tylko pełnych kuracji przeciwdepresyjnych albo być całkowicie usunięte; dopuszczanie do udziału w programie wyłącznie pacjentów z epizodem depresji lekoopornej trwającym powyżej 6 miesięcy, co może prowadzić do niepotrzebnego odraczania włączenia skutecznej terapii i przedłużania cierpienia pacjentów z depresją niepoddającą się leczeniu. Należałoby zróżnicować czas trwania epizodu depresji lekoopornej w zależności od tego, który jest to epizod i czy w poprzednich epizodach również występowały cechy lekooporności. Warto poddać tę kwestię pod ocenę klinicysty, aby indywidualnie dostosować moment włączenia leczenia esketaminą, adekwatnie do dotychczasowej historii skuteczności leczenia przeciwdepresyjnego; kwestia braku określenia długości trwania obecnego epizodu depresji – zgłaszają się pacjenci z depresją, która trwa ponad 10 lat, albo „całe życie”; wykluczanie z udziału w programie osób z zaburzeniami osobowości typu *borderline* lub choroby afektywnej dwubiegunowej. Obserwuje się wielu pacjentów zgłaszających się do programu, u których uporczywość objawów depresyjnych wynika z utrwalonych cech dysfunkcyjnej osobowości, nie tylko typu *borderline*, u których można przewidywać nieskuteczność kuracji esketaminą. Do rozważenia pozostaje uznanie konieczności wykluczania osób ze znacznym nasileniem zaburzeń osobowości, bez określania specyficznego jej podtypu; odnośnie do włączania do programu pacjentów z CHAD – nadal brakuje przekonujących dowodów z badań naukowych co do skuteczności esketaminy w tych przypadkach; niewłączanie pacjentów z wywiadem w kierunku uzależnienia. U niektórych osób uzależnienie może być dawną historią (miało miejsce np. 15–20 lat wcześniej) bez istotnego wpływu na aktualne samopoczucie i funkcjonowanie oraz oporność na leczenie obecnego epizodu depresji; są także pacjenci, którzy w przeszłości przyjmowali przewlekłe leki uzależniające (np. benzodiazepiny). Należałoby ograniczyć to wykluczenie do osób z czynnym uzależnieniem w okresie ostatnich 5 lat; kwestia dokumentowania uprzedniego leczenia obecnego epizodu depresji oraz dotychczasowego przebiegu depresji nawracającej i współwystępujących zaburzeń psychicznych – istotny jest rodzaj

⁵⁰ Prof. Piotr Gałęcki Depresja lekooporna: Ryzyko wystąpienia i leczenie w ramach programu lekowego B.147. Poradnik dla pacjenta. Fundacja nie widać po mnie. Polska Federacja Szpitali. Polskie Towarzystwo Psychiatryczne. www.niewidacpomnie.org <https://niewidacpomnie.org/wp-content/uploads/2024/05/Depresja-lekooporna-Ryzyko-wystapienia-i-leczenie-w-ramach-programu-lekowego-B.147-prof-Piotr-Galecki-EBOOK.pdf>

dokumentacji medycznej lub zaświadczenia od lekarza prowadzącego i kierującego pacjenta do udziału w programie.

Kolejne wyzwania dotyczą trudności w pozyskaniu odpowiedniej kadry – lekarzy specjalistów psychiatrów do kwalifikacji pacjentów do programu i monitorowania leczenia. Lekarze mają niewielką motywację do pracy w tym programie, szczególnie jeśli nie wiąże się to z dodatkowym wynagrodzeniem, które mogłoby być dla nich dodatkową motywacją; brakuje w podmiotach leczniczych realizujących program lekowy jasnych zasad wynagradzania personelu prowadzącego pacjentów.

W programie lekowym jest konieczność wykonywania określonych badań laboratoryjnych w trakcie kwalifikacji do programu; wątpliwości dotyczą konieczności oznaczania jedynie stężenia AspAT i AIAT. Badania powinny pozwalać na ocenę adekwatnej wydolności narządowej wymaganej do włączenia do programu lekowego, sugeruje się wykonywanie także innych badań, np. kreatyniny, glikemii, morfologii krwi itp.

- Czas trwania udziału pacjenta w programie lekowym – wątpliwość budzi, co z pacjentami, którzy uzyskują poprawę i muszą kończyć udział po 8 miesiącach leczenia esketaminą, na jakiej drodze będą musieli pozyskiwać dalsze kosztowne leczenie?
- Konieczność monitorowania leczenia esketaminą przez trudnych do pozyskania dostępnych lekarzy specjalistów. Postuluje się podział procedur lekarskich między lekarzy ze specjalizacją i lekarzy w trakcie szkolenia specjalizacyjnego – wprowadzenie możliwości prowadzenia monitorowania leczenia esketaminą przez lekarzy w trakcie specjalizacji;
- Konieczność stosowania towarzyszącego leczenia przeciwdepresyjnego z zastosowaniem leków przeciwdepresyjnych z grupy SSRI i SNRI zgodnie z zapisami ChPL, ew. dopuszczenie do łączenia esketaminy z wortioksetyną, choć brakuje badań wskazujących na skuteczność i bezpieczeństwo takiego połączenia;
- Lekarze kierujący pacjentów do udziału w terapii esketaminą często nie znają dokładnie kryteriów włączenia do programu; przydałoby się zatem formalne skierowanie do programu lekowego uwzględniające wszystkie kryteria, co ułatwiłoby kierowanie właściwych pacjentów, a lekarzom w programie umożliwiłoby prawidłową kwalifikację na podstawie kompletu informacji o pacjencie i jego leczeniu;

Logistyka optymalnej obsługi pacjenta w programie lekowym, dobrej organizacji miejsca prowadzenia programu (przyjęcia pacjentów i aplikacja leku w warunkach ambulatoryjnych, przyjęcie ambulatoryjne w trybie oddziału stacjonarnego), do rozważenia pozostaje wprowadzenie hospitalizacji jednego dnia. Podobnie wymaga optymalizacji kwestia aranżacji sali podania esketaminy, łóżek/fotela do podania leku i optymalnego prowadzenia obserwacji, koordynacji właściwego personelu (lekarz, pielęgniarka, psycholog);

Trudności z rozliczaniem programu lekowego z NFZ (dwustronnie – zarówno placówka z NFZ, jak i NFZ z placówką), co z jednej strony może implikować konsekwencje finansowe dla placówki, a z drugiej obawy przed przyszłymi kontrolami ze strony NFZ;

Przestrzeganie zaleceń terapeutycznych (*adherence*)

W styczniu 2025 roku Polska obejmuje prezydencję w Radzie Unii Europejskiej. Jednym z priorytetów polskiej prezydencji będzie profilaktyka zdrowotna, która jest ściśle związana z przestrzeganiem zaleceń terapeutycznych (*adherence*) przez pacjentów. Profilaktyka wtórna, czyli działania mające na celu wczesne wykrycie i zapobieganie postępowi chorób, odgrywa kluczową rolę w redukcji śmiertelności i obciążenia systemu ochrony zdrowia. *Adherence* natomiast jest istotnym elementem skutecznej profilaktyki wtórnej, bowiem tylko dzięki przestrzeganiu zaleceń terapeutycznych, zarówno tych dotyczących modyfikacji stylu życia jak i leczenia farmakologicznego można osiągać cele profilaktyki wtórnej.

Nieprzestrzeganie zaleceń terapeutycznych (*non-adherence*) stwarza istotne, choć możliwe do uniknięcia, wyzwania dla sektora ochrony zdrowia. W samej Europie, z powodu nieprzestrzegania zaleceń terapeutycznych umiera rocznie około 200 tys. osób. Poza znaczącą liczbą zgonów, inne konsekwencje *non-adherence* to straty finansowe i nadmierne obciążenie służby zdrowia. Według dostępnych danych, z powodu nieprzestrzegania zaleceń terapeutycznych kraje europejskie tracą około 80-125 mld euro rocznie. W Polsce straty z tego tytułu sięgają nawet 6 miliardów złotych rocznie. Skala problemu jest bardzo istotna: szacuje się, że aż 50-60% pacjentów z chorobami przewlekłymi w Europie nie przestrzega zaleceń terapeutycznych. Problem ma charakter interdyscyplinarny. Dotyczy zarówno chorób układu krążenia, w tym szczególnie nadciśnienia tętniczego, cukrzycy typu 2, POCHP, psychiatrii, w tym depresji i schizofrenii, a także innych chorób przewlekłych.

Warto zwrócić szczególną uwagę na choroby układu krążenia, które stanowią poważne wyzwanie zdrowotne w Polsce i innych krajach UE i są pierwszą przyczyną zgonów w UE. W przypadku nadciśnienia tętniczego, które dotyczy 11 milionów Polaków, blisko jedna czwarta pacjentów z nowo zdiagnozowaną chorobą nie realizuje pierwszej recepty, a około 50% chorych po roku od diagnozy nie przyjmuje leków w stopniu, który dawałby możliwość skutecznego leczenia choroby, co prowadzi w konsekwencji do powikłań, takich jak udary mózgu czy zawały serca. Brak odpowiedniej profilaktyki wtórnej wynikający z braku *adherence* prowadzi do wysokiej śmiertelności wśród pacjentów po zawale serca. Niewystarczający *adherence* skutkuje znaczącym obciążeniem dla europejskich systemów ochrony zdrowia m.in. zwiększoną liczbą hospitalizacji, np. z powodu zawałów serca, udarów mózgu, a także większą liczbą wizyt u lekarzy, zwolnień lekarskich, a także opieką długoterminową. Pomimo tych danych zbyt mało uwagi przykładano do znaczenia *adherence*.

Proponowane reformy w opiece zdrowotnej

OECD sugeruje przeprowadzenie reform strukturalnych i zarządzania opieką zdrowotną, w tym:

1. Wzmocnienie roli farmaceutów, lekarzy, pielęgniarek, psychologów i behawiorystów jako osób pierwszego kontaktu dla pacjentów;
2. Włączenie *adherence* do programu opieki koordynowanej;
3. Włączenie stowarzyszeń pacjentów. Stowarzyszenia pacjentów powinny być zaangażowane w ocenę potrzeb chorych i wsparcie koordynacji opieki zdrowotnej, co jest fundamentem polityki poprawy przestrzegania zaleceń terapeutycznych;

4. Edukacja i zachęty finansowe. Eksperti proponują powielenie dobrych praktyk w zakresie kształcenia przedstawicieli zawodów medycznych oraz wprowadzenie zachęt finansowych dla lekarzy i pacjentów w celu poprawy przestrzegania zaleceń;
5. Rola technologii cyfrowych. Technologie cyfrowe, takie jak e-recepty i aplikacje zdrowotne, mogą wspierać przestrzeganie zaleceń terapeutycznych, a ich rozwój powinien być promowany poprzez odpowiednie ramy prawne i edukacyjne;
6. Przyspieszenie procedur rejestracyjnych. Przyspieszenie procedur rejestracyjnych dla nowych leków i technologii medycznych może poprawić dostęp pacjentów do innowacyjnych terapii, co jest szczególnie ważne w przypadku chorób przewlekłych.

Wnioski

Istnieją wyraźne korzyści z poprawy przestrzegania zaleceń terapeutycznych (*adherence*) zarówno dla pacjentów jak i służby zdrowia. Taka poprawa powinna stać się priorytetem dla decydentów chcących wzmocnić odporność systemów ochrony zdrowia, zwłaszcza w obliczu aktualnych trendów społeczno-demograficznych. W krajach Unii Europejskiej, pod względem przestrzegania zaleceń terapeutycznych istnieją duże możliwości poprawy, a związane z tym wyzwania domagają się natychmiastowej uwagi i reakcji ze strony osób odpowiedzialnych za politykę zdrowotną. Istotne jest zainicjowanie wśród polityków debaty dotyczącej nieprzestrzegania zaleceń terapeutycznych i jego skutków, co przełoży się na konkretne działania.

W kontekście objęcia przez Polskę prezydencji w Radzie UE w styczniu 2025 roku, istnieje możliwość intensyfikacji działań na rzecz poprawy *adherence*. Polska może promować inicjatywy edukacyjne dla pacjentów i personelu medycznego, wdrażać programy profilaktyczne oraz dążyć do harmonizacji standardów opieki zdrowotnej w całej Unii Europejskiej, a także wdrożyć rozwiązania systemowe, które przyczynią się do poprawy przestrzegania zaleceń lekarskich. Skuteczne działania w tym zakresie przyczynią się do poprawy zdrowia publicznego i zmniejszenia obciążenia systemów ochrony zdrowia w Europie.

Systemy ciągłego monitorowania glikemii - klucz do lepszej kontroli i prewencji cukrzycy

Współczesna diabetologia opierać się powinna na personalizacji diagnostyki i leczenia do profilu konkretnego chorego, pozwalających osiągać wyższą skuteczność, jakość i bezpieczeństwo prowadzonego postępowania terapeutycznego. Coraz większe grono lekarzy w Polsce wykorzystuje możliwość stosowania w opiece nad osobami z cukrzycą nowoczesnych systemów ciągłego monitorowania glikemii. Coraz liczniejsza jest tym samym grupa pacjentów zyskujących głębsze zrozumienie wpływu własnych zachowań na kontrolę choroby, a co za tym idzie na ryzyko wystąpienia poważnych powikłań cukrzycy. Nowoczesne systemy monitorowania glikemii, takie jak FreeStyle Libre 2, dają możliwość nie tylko optymalnego kontrolowania poziomu glukozy we krwi, ale są też narzędziem edukacyjnym, podnoszącym świadomość chorego na temat wpływu diety i aktywności fizycznej, a przede wszystkim stosowanych leków na poziom cukru we krwi. Sprawiają, że chory staje się bardziej zaangażowany w proces terapeutyczny oraz odpowiedzialny za wynik leczenia i stan swojego zdrowia. Dzięki ich stosowaniu pacjent uzyskuje stały, bezinwazyjny wgląd w czasie rzeczywistym w zmiany stężenia cukru we krwi, a poprzez to podejmuje trafniejsze decyzje. Systemy

pokazują nie tylko aktualną wartość stężenia glukozy, ale pełen profil jego zmian, a także podpowiadają czy i jak szybko zmieni się ono w najbliższym czasie – tego właśnie nie pokaże glukometr. Systemy pozwalają więc tym samym na znacznie dokładniejsze dostosowanie dawkowania insuliny i innych leków w zależności od obserwowanych wartości i trendów zmian stężenia glukozy. Dodatkową zaletą systemu jest alarm dźwiękowy/wibracja, który ostrzega pacjentów o zbyt wysokim/zbyt niskim poziomie glukozy, pozwalając na szybkie wprowadzenie działań zaradczych. Nie do przecenienia jest również możliwość zdalnego udostępniania danych lekarzowi i pielęgniarce także, dzięki dodatkowej aplikacji również bliskim – co pozwala na lepszą współpracę z zespołem terapeutycznym i dodatkowe wsparcie rodziny w kontroli choroby.

Zalecenia kliniczne dotyczące postępowania u osób z cukrzycą 2024 Stanowisko Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego podkreślają, iż osoby z cukrzycą leczone metodą wielokrotnych wstrzyknięć insuliny lub przy użyciu ciągłego podskórnego wlewu insuliny powinny stosować systemy ciągłego monitorowania glikemii, potwierdzając jednocześnie, że zwiększają one bezpieczeństwo i skuteczność insulinoterapii oraz poprawiają komfort życia i jakość opieki nad osobami z cukrzycą.⁵¹ W ciągu kilku ostatnich lat dostęp chorych na cukrzycę w Polsce do nowych technologii znacząco się zwiększył. Refundacja systemów do nowoczesnego monitorowania glikemii obecnie obejmuje stosunkowo dużą grupę chorych stosujących intensywną insulinoterapię oraz populacje szczególne m.in. kobiety w okresie ciąży i połogu z cukrzycą ciążową. Środowisko diabetologów i pacjentów ma nadzieję, że w najbliższych latach możliwość stosowania nowoczesnego monitorowania glikemii będzie sukcesywnie dalej poszerzana, przynajmniej o wszystkich pacjentów stosujących insulinę, bo jest to doskonała inwestycja w zdrowie Polaków.

Podczas XVII Konferencji "Kardiologia Prewencyjna 2024 - wytyczne, wątpliwości, gorące tematy", która odbyła w dniach 15-16 listopada w Krakowie, ogłoszono stanowisko ekspertów Sekcji Prewencji i Epidemiologii Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego dotyczące roli nowoczesnych metod monitorowania glikemii w zapobieganiu powikłaniom sercowo-naczyniowym u pacjentów z cukrzycą.⁵² Eksperci podkreślają, że pacjenci kardiologiczni z cukrzycą stanowią szczególnie narażoną grupę, a zastosowanie nowoczesnych technologii może znacząco poprawić efektywność leczenia i zmniejszyć ryzyko poważnych powikłań. Cukrzyca jest jednym z najistotniejszych czynników ryzyka chorób układu sercowo-naczyniowego, które są główną przyczyną zgonów pacjentów z tym schorzeniem. Szacuje się, że około 46% pacjentów z chorobą wieńcową oraz ponad 40% pacjentów z niewydolnością serca cierpi jednocześnie na cukrzycę.

W swym stanowisku eksperci wskazali, że stosowanie systemów ciągłego monitorowania glikemii w codziennej praktyce może przynieść szereg korzyści dla pacjentów kardiologicznych, w tym:

⁵¹ Zalecenia kliniczne dotyczące postępowania u osób z cukrzycą 2024 Stanowisko Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego. <https://ptdiab.pl/zalecenia-ptd/zalecania-aktywni-czlonkowie-2024>

⁵² https://ptkardio.pl/kongresy_i_konferencje/146343-xvii_konferencja_naukowa_sekcji_prewencji_i_epidemiologii_polskiego_towarzystwa_kardiologicznego_kardiologia_prewencyjna_2024_wytyczne_watpliwosci_gorace_tematy

- prewencja powikłań sercowo-naczyniowych: poprawa wyrównania glikemii, zmniejszenie liczby epizodów hiperglikemii i zmienności glikemii przekłada się na mniejsze ryzyko sercowo-naczyniowe,
- poprawa bezpieczeństwa leczenia: ciągłe monitorowanie glikemii pozwala unikać epizodów ciężkiej hipoglikemii, które mogą prowadzić do poważnych zaburzeń funkcji mózgu i serca, w tym do zaburzeń rytmu serca, a w efekcie nawet do zgonu,
- lepsze zarządzanie terapią: pacjenci i lekarze mają dostęp do precyzyjnych danych na temat stężenia glukozy, co pozwala na stosowanie spersonalizowanego leczenia,
- edukacja i zmiana zachowań: osoby stosujące system do ciągłego monitorowania cukrzycy mogą lepiej zrozumieć wpływ diety, aktywności fizycznej i leków na stężenie glukozy, co sprzyja trwałej poprawie nawyków zdrowotnych.

Stosowanie ciągłego monitorowania stężenia glukozy jest ważnym krokiem w kierunku lepszego zarządzania chorobami przewlekłymi. Eksperci podkreślają, że technologia ta nie tylko poprawia kontrolę glikemii, ale również umożliwia wcześniejsze wykrycie zagrożeń, co może znacząco wpłynąć na obniżenie kosztów leczenia i poprawę jakości życia pacjentów.

Eksperci i środowisko medyczne są przekonani, że warto jest rozszerzyć nowoczesne monitorowanie glikemii na wszystkich pacjentów stosujących insulinę – bez względu na schemat. Obecnie systemy ciągłego monitorowania stężenia glukozy są refundowane tylko dla pacjentów na intensywnej insulinoterapii.

Systemy zintegrowane (automatycznego podawania insuliny) – kluczowa rola nowoczesnych technologii w skutecznym, bezpiecznym i optymalnym kosztowo leczeniu cukrzycy typu 1

W leczeniu cukrzycy typu 1, kluczowe jest dążenie do naśladowania zdrowej trzustki, czyli jej dobowego profilu wydzielania insuliny. Chora trzustka przestaje wydzielać insulinę, a bez insuliny pacjent umiera. Zatem podawanie insuliny to nie tylko leczenie, ale przede wszystkim ratowanie życia pacjenta. Cukrzyca typu 1 to poważny problem zdrowotny, który źle leczony prowadzi do licznych powikłań a nawet zgonu. Cukrzyca typu 1 statystycznie skraca życie pacjentów średnio o 12 lat w stosunku do osób bez cukrzycy (na podstawie publikacji w The Lancet Diabetes Endocrinology).⁵³ Dzięki nowym technologiom możemy te lata odzyskać. W jaki sposób? Dążąc do normoglikemii i dobrej jakości życia pacjentów stosując systemy zintegrowane, czyli systemy automatycznego podawania insuliny (AID - automated insulin delivery). Systemy AID, tak jak zdrowa trzustka, samodzielnie regulują podawanie insuliny, w zależności od aktualnego zapotrzebowania organizmu w danej chwili.

Dotychczasowe technologie polegały na podawaniu insuliny poprzez wielokrotne wstrzyknięcia lub za pomocą niezintegrowanych pomp insulinowych, gdzie pacjent, na podstawie własnych szacunków (np. przy użyciu glukometru), decydował, ile insuliny podać w danym momencie. Te metody wiązały się z ryzykiem popełnienia wielu błędów, co często prowadziło do dużych wahań glikemii i niebezpiecznych powikłań. Nową jakość wprowadziła technologia automatycznego podawania

⁵³ Many years of life lost to young-onset type 2 diabetes. Duncan, Bruce B et al. The Lancet Diabetes & Endocrinology, Volume 11, Issue 10, 709 – 710 [https://www.thelancet.com/journals/landia/article/PIIS2213-8587\(23\)00255-3/abstract](https://www.thelancet.com/journals/landia/article/PIIS2213-8587(23)00255-3/abstract)

insuliny, której najbardziej zaawansowanym przedstawicielem jest System MiniMed™ 780G. Jest to funkcjonalne połączenie osobistej pompy insulinowej ze zintegrowanym systemem ciągłego monitorowania glukozy (CGM). Wszystko mieści się w jednym małym urządzeniu, wielkości telefonu komórkowego. Możliwości działania tego systemu i zastosowana w nim automatyzacja, oparta na algorytmie, stanowią obecnie najnowocześniejszy i najbardziej zaawansowany sposób leczenia cukrzycy typu 1. Z tego powodu systemy automatycznej podaży insuliny (AID), takie jak MiniMed™ 780G, stały się standardem leczenia cukrzycy w wielu krajach Europy i świata, rekomendowanym przez międzynarodowe gremia ekspertów, np. przez brytyjski Instytut NICE czy polskie PTD, jako metoda zalecana z wyboru.

System MiniMed™ 780G oferuje możliwość podłączenia do smartfonu oraz smartwatcha użytkownika. Dzięki technologii Bluetooth® i dedykowanym aplikacjom, wszystkie parametry, wykresy, alarmy i powiadomienia pacjent może śledzić na ekranie swojego smartfonu i podłączonego zegarka, co zapewnia dyskrecję, nawet w zatłoczonym autobusie. Użytkownik może również, za pomocą specjalnej aplikacji, dołączyć do swojej terapii 5 partnerów, którzy w dowolnym miejscu na świecie, gdzie jest zasięg, mogą monitorować stan zdrowia swoich bliskich i otrzymywać powiadomienia SMS w przypadku wystąpienia niepokojących sytuacji. Wyobraźmy sobie dziecko z cukrzycą w przedszkolu, a rodziców w pracy, mających teraz stały podgląd online. Dodatkowo, pacjent oraz pracownicy służby zdrowia, w tym członkowie zespołów terapeutycznych, mogą korzystać z bezpłatnego oprogramowania CareLink™, wspierającego leczenie. Oprogramowanie to automatycznie pobiera wszystkie informacje na temat terapii zapisane w pompie i pozwala na tworzenie różnych raportów, i umożliwia zespołowi terapeutycznemu stały dostęp do danych on-line (telemedycyna), dzięki którym możliwe jest jeszcze lepsze zoptymalizowanie terapii.

Nowoczesne leczenie cukrzycy optymalizuje opiekę nad pacjentem. Potencjalna oszczędność w każdym roku na jednego pacjenta w Europie, w okresie 5 lat leczenia wynosi 490 EUR koszty powikłań i 710 EUR koszty powikłań i absencji. Dlatego cukrzyca typu 1 nie opłaca się nie leczyć dobrze. Z tymi argumentami zgadzają się gremia specjalistów. Z tych powodów w Polsce, od wielu lat system refundacji obejmuje systemy zintegrowane u pacjentów z cukrzycą typu 1, aktualnie tylko do 26 roku życia. Niestety wraz z ukończeniem 26 roku życia, pacjenci tracą prawo do refundacji pomp insulinowych, będących podstawowym elementem systemu zintegrowanego (AID). Paradoksalnie, z powodów finansowych, z dnia na dzień, odbiera się młodym osobom dostęp do dotychczasowej terapii, zaprzeczając często uzyskane wcześniej bardzo dobre efekty terapeutyczne, obniżając jakość życia samych pacjentów jak i ich rodzin a budżet płatnika wystawiając na konieczność zwiększenia kosztów, poprzez konieczność leczenia częstszych i groźniejszych powikłań.

Eksperci kliniczni i organizacje pacjentów rekomendują i wnioskuje o refundację publiczną systemów zintegrowanych dla pacjentów z cukrzycą typu 1 bez ograniczeń wiekowych. Aktualnie, te systemy są refundowane publicznie tylko do 26 roku życia.

Dialog międzysektorowy pt. Stop epidemii otyłości w Polsce oraz założenia do krajowego planu strategicznego redukcji otyłości w Polsce

Zgodnie z wynikami tegorocznej kontroli Najwyższej Izby Kontroli, w Polsce na otyłość choruje już ponad 9 milionów osób. Choroba oraz jej powikłania mogą znacząco skrócić życie Polaków – wg

szacunków OECD średnio o 3 lata i 10 miesięcy. Nadwaga i otyłość mają i będą miały nie tylko poważne konsekwencje zdrowotne, ale także społeczno-ekonomiczne. Według szacunków OECD w ciągu 30 lat z powodu chorób wywołanych otyłością Polska straci ok. 108 mld zł (4,1% PKB), tj. średnio ok. 3,6 mld zł rocznie (ok. 0,14% PKB). Najwyższa Izba Kontroli wskazuje z kolei, że w 2022 r. koszty bezpośrednie związane z otyłością mogły stanowić ponad 9 mld zł, a pośrednie prawie 27 mld zł – przy całkowitych wydatkach NFZ na ochronę zdrowia w wysokości 133,6 mld zł.

W czerwcu 2024 r. rozpoczął się projekt dialogu międzysektorowego pt. STOP EPIDEMII OTYŁOŚCI W POLSCE zainicjowany przez Partnerstwo na rzecz Profilaktyki i Leczenia Otyłości oraz Instytut Zarządzania w Ochronie Zdrowia Uczelni Łazarskiego. W dniu 11 czerwca 2024 r. odbyła się konferencja prasowa poświęcona premierze raportu prezentującego propozycję założeń do krajowego planu strategicznego redukcji otyłości w Polsce. Raport i dyskusje ekspertów mają odpowiedzieć na pytania: Czy jest możliwe zatrzymanie epidemii otyłości w Polsce? Jak kształtować ekosystem społeczny, by sprzyjał budowaniu postaw prozdrowotnych i prewencji otyłości? Jak tworzyć współpracę międzysektorową na poziomie centralnym i lokalnym, by zbudować trwałe mechanizmy prewencji otyłości o zasięgu ogólnokrajowym? oraz Jak wzmacniać system publicznej ochrony zdrowia w obszarze monitoringu, diagnostyki i kompleksowego leczenia choroby otyłościowej?⁵⁴ W czasie konferencji odbyła się pierwsza w Polsce wielosektorowa merytoryczna debata z udziałem nie tylko klinicystów, naukowców, przedstawicieli resortów: zdrowia, edukacji, sportu, finansów i rolnictwa, ale także parlamentarzystów, przedstawiciela Rzecznika Praw Dziecka, organizacji pacjenckich, stowarzyszeń biznesowych oraz mediów. Autorzy założeń do strategii redukcji otyłości rekomendują, by dokument zyskał rangę planu krajowego, koordynowanego przez Kancelarię Premiera Rady Ministrów. Wskazują na konieczność wdrożenia skoordynowanych działań na poziomie centralnym oraz na poziomie samorządów terytorialnych, we wszystkich środowiskach życia i rozwoju człowieka: od rodziny, przez placówki edukacyjne i miejsca pracy, w mediach i miejscach rekreacji, na opakowaniach produktów spożywczych, w sklepach i obiektach sportowych, na wydarzeniach kulturalnych i w środkach masowego przekazu. Konieczna jest ewolucja, wdrażana konsekwentnie, w formie dostosowanej do każdej grupy wiekowej. By wskazać skuteczne zalecenia dla Polski, autorzy raportu dokonali benchmarku najlepszych praktyk różnych krajów. Wybrano 13 krajów (Polska, Czechy, Dania, Francja, Hiszpania, Irlandia, Kanada, Niemcy, Portugalia, Rumunia, Węgry, Włochy, Wielka Brytania) i przyjrano się ich działaniom na rzecz redukcji otyłości. Co konkretnie brano pod uwagę? Cztery domeny: problemy zdrowotne (odsetek osób z otyłością w różnych przedziałach wiekowych), politykę zdrowotną, diagnostykę i leczenie i mechanizmy finansowania. W raporcie wskazano również, że najlepsze światowe strategie profilaktyki otyłości – funkcjonujące w modelu całościowego systemowego podejścia do otyłości (Whole System Approach to obesity, WSA) skupiają swoje rozwiązania w trzech głównych obszarach: strategiczna wielosektorowość, zakorzenienie w lokalnych społecznościach oraz „cywilizacyjne przejście” w stylu życia. Fundamentalne znaczenie ma wyznaczenie mapy drogowej działań w horyzoncie nawet 30 lat. Kolejnym priorytetem powinno być zbudowanie partnerstwa międzysektorowego, które pozwoliłoby na efektywną współpracę między różnymi resortami administracji publicznej a sektorem nauki, przedsiębiorstwami i sektorem społecznym. Działania powinny obejmować profilaktykę otyłości oraz diagnostykę i leczenie choroby

⁵⁴ <https://izwoz.lazarski.pl/aktualnosci/stop-epidemii-otylosci-w-polsce/>

otyłościowej. Z uwagi na krytyczne znaczenie rozwoju otyłości w populacji dzieci i młodzieży rekomendowane jest, by w pierwszej dekadzie działania w obszarze profilaktyki pierwotnej skupić na grupie osób do 18. r.ż. Natomiast jeśli chodzi o skuteczną diagnostykę, leczenie otyłości i profilaktykę wtórną od początku wdrożenia strategii, tymi działaniami powinny być objęte wszystkie grupy wiekowe.⁵⁵

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). 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.⁵⁶ Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z 1 czerwca 2023 r. pilotaż został przedłużony do grudnia 2024.⁵⁷ Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia

⁵⁵ Puls Medycyny <https://pulsmedycyny.pl/powstala-kompleksowa-strategia-walki-z-otyloscia-w-polsce-oparta-na-najlepszych-swiatowych-rozwiazaniach-1218813>

⁵⁶ 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>

⁵⁷ 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>

z kwietnia 2024 r. program pilotażowy w zakresie specjalistycznej opieki nad pacjentami z otyłością olbrzymią został przedłużony do 30 czerwca 2026 r.⁵⁸

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 ≥ 40 kg/m² w wieku od 18 do 65 roku życia z rozpoznaniem ICD-10: E66.0 Otyłość spowodowana nadmierną podażą energii;
- 2) BMI 35-40 kg/m², 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 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.⁵⁹ Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie programu pilotażowego w zakresie kompleksowej opieki specjalistycznej nad świadczeniobiorcami leczonymi z powodu otyłości KOS-BMI 30 PLUS został

⁵⁸Projekt 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>

⁵⁹ 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>

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.⁶⁰ 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 wzrosła 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.⁶¹ W raporcie 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.⁶²

⁶⁰ <https://www.oecd.org/health/the-heavy-burden-of-obesity-67450d67-en.htm>

⁶¹ <https://www.gov.pl/web/zdrowie/cukier-otylosc-konsekwencje-prezentacja-raportu>

⁶² <https://fundacjarepublikanska.org/otylosc-epidemia-xxi-wieku/>

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 ≥ 30 kg/m² 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 ≥ 55 lat dla mężczyzn, ≥ 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.

6. Tezy dla Zdrowia

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

1. PRZYJĘCIE ZASADY „ZDROWIE W POLITYCE”

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

7. WPROWADZENIE ZASADY RÓWNOŚCI PODMIOTÓW LECZNICZYCH WOBEC PŁATNIKA – NFZ

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

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

Najpilniejsze zadania w tym zakresie to wprowadzenie:

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

10. POWOŁANIE FUNDUSZU NA RZECZ CHOROÓB RZADKICH I ULTRARZADKICH

Uważamy, że we współczesnym społeczeństwie wyznającym zasady solidaryzmu, pacjentowi, którego spotkało wyjątkowe nieszczęście w postaci diagnozy rzadkiego schorzenia winni jesteśmy realną

pomoc w dostępie do najskuteczniejszych metod diagnostyki, terapii i rehabilitacji. Wsparcie Funduszu powinno odbywać się na zasadach takich, jak w przypadku Funduszu Walki z Rakiem.

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

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

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

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

13. POSTAWIENIE NA POZ I STWORZENIE PROGRAMU WSPARCIA OPIEKI ŚRODOWISKOWEJ

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 rozważdze”.
Dr Janusz Meder (1980)

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

8. Dziewięć kroków do tego, aby żyć 100 lat w pełnym zdrowiu wg Prof. Alicji Chywickiej (na podstawie różnych publikacji)

Krok I: Zadbaj o ruch, dostosowany do wieku, do wzrostu i wagi, do stanu zdrowia.

Krok II: Ogranicz liczbę kalorii, jedz wolniej i unikaj przetworzonych pokarmów, wracaj do natury.

Krok III: Myśl, wykonuj ćwiczenia umysłowe, czytaj, opowiadaj, koncentruj się i dyskutuj.

Krok IV: Miej cel, motywację, naucz się czegoś nowego.

Krok V: Stwórz własny cichy azyl do zwolnienia tempa życia.

Krok VI: Bądź członkiem wspólnoty, grupy przyjaciół, grupy ponadpokoleniowej, które by się edukowały, wspomagały i trzymały razem.

Krok VII: Miej swoje ulubione rytuały.

Krok VIII: Otaczaj się ludźmi, których lubisz i daj się lubić.

Krok IX: Uśmiechaj się i myśl pozytywnie. Jeśli człowiek myśli negatywnie, to jest to przepowiednia samospełniająca się i dużo w życiu się nie udaje.

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:

