



„Aktywni w chorobie przewlekłej”

Debata Medycznej Racji Stanu w ramach kampanii „Liczymy się z naszym zdrowiem”

20 maja 2025, w godz. 11.00 - 15.00

siedziba PAN, Sala Okrągłego Stołu, ul. Nowy Świat 72

Informacja prasowa

Debata Medycznej Racji Stanu w ramach kampanii „Liczymy się z naszym zdrowiem” pt. „Aktywni w chorobie przewlekłej” zgromadzi wybitnych ekspertów i przedstawicieli różnych dziedzin medycyny, którzy wspólnie podejmą temat wpływu postępu w diagnostyce i terapii na funkcjonowanie pacjentów w życiu zawodowym i rodzinnym, jak również pochylą się nad identyfikacją wyzwań związanych z utrzymaniem aktywności życiowej mimo przewlekłych dolegliwości. Debata będzie poświęcona takim zagadnieniom, jak:

- Aktywność społeczna jako cel terapii i terapia;
- Rola adherencji i koherencji w optymalnym leczeniu chorób przewlekłych i powrocie do aktywnego życia. Znaczenie rozwiązań systemowych dla poprawy adherencji;
- Postęp diagnostyczno-terapeutyczny a aktywność zawodowa i rodzinna pacjentów onkologicznych;
- Aktywność zawodowa i społeczna pacjentów z chorobami metabolicznymi i sercowo-naczyniowymi;
- Wyzwania aktywnego życia w chorobach neurologicznych i psychiatrycznych;
- Choroby układu oddechowego a możliwości aktywnego życia;
- Powikłania chorób zakaźnych. Skuteczność profilaktyki i terapii w trosce o jakość aktywnego życia

Według GUS, w końcu 1 kwartału 2025 r. ludność Polski liczyła 37 437 tys. osób, tj. o blisko 158 tys. mniej niż przed rokiem oraz o ponad 52 tys. mniej niż w końcu 2024 r. Osoby aktywne zawodowo stanowiły 58,5% ludności w wieku 15-89 lat. Współczynnik aktywności zawodowej wyniósł wśród mężczyzn 65,5%, a wśród kobiet 51,9%. W 2024 r. liczba osób aktywnych zawodowo w wieku 15-89 lat wyniosła 17 742 tys., z tego: 17 247 tys. stanowili pracujący, natomiast 495 tys. – bezrobotni. Populacja biernych zawodowo w tej grupie wieku liczyła 12 610 tys. osób. Zbiorowość aktywnych zawodowo zmniejszyła się w stosunku do 3 kwartału 2024 r. (o 56 tys. osób, tj. o 0,3%), jak i w odniesieniu

do 4 kwartału 2023 r. (o 128 tys., tj. o 0,7%).¹ Stopa bezrobocia w Polsce w styczniu 2025 r. wyniosła 2,6 procent. Tym samym Polska, wraz z Czechami, odnotowała najniższy poziom bezrobocia w całej Unii Europejskiej. Najwyższą stopę bezrobocia miała z kolei Hiszpania. W styczniu 2025 r. wyrównana sezonowo stopa bezrobocia w strefie euro wyniosła 6,2 proc.²

Według GUS, w 2023 roku przeciętne trwanie życia mężczyzn wynosiło 74,7 roku, a kobiet 82 lata. W 2023 roku trwanie życia w zdrowiu w momencie urodzenia wyniosło 61,3 roku dla mężczyzn i 64,6 roku dla kobiet. Średnia dla EU wynosiła w 2023 r. 84 lata dla kobiet i 78,7 lat dla mężczyzn.³ Wynika z tego, że kobiety żyją w Polsce 2 lata krócej od średniej unijnej, a mężczyźni – 4 lata krócej.

Stan zdrowia populacji w wieku produkcyjnym ma zasadnicze znaczenie dla produktywności całego społeczeństwa oraz dla stanu finansów publicznych. Zasób zdrowia społeczeństwa jest kapitałem i powinien być traktowany jako obszar inwestycji. W tym kontekście wydatki na szybką diagnozę i skuteczne leczenie powinny być uznane za najlepszą inwestycję, dającą wymierne korzyści – nie tylko bezpośrednio, dla zdrowia pacjentów, ale także pośrednio, polegające na ograniczeniu kosztów ponoszonych przez państwo i społeczeństwo. Polska należy do krajów o najwyższej absencji chorobowej w Europie, jednak wciąż nie analizuje się w naszym kraju efektywności terapii oraz kosztów medycznych w powiązaniu z kosztami pośrednimi. A szkoda, bo często przewyższają one koszty bezpośrednie, związane z daną chorobą, a co za tym idzie – generują straty dla gospodarki kraju. Wypracowanie i stosowanie kompleksowej i ujednoliconej metody liczenia kosztów pośrednich powinno być ważnym elementem strategicznego myślenia o wydatkach publicznych w ochronie zdrowia. W Polsce istnieje ogromna potrzeba poprawy dostępu pacjentów do innowacyjnych i skutecznych terapii. W efekcie wzrastałaby skuteczność leczenia, a dzięki temu malałyby wydatki w innych obszarach – ponoszone nie tylko przez NFZ, ale także inne instytucje finansowane przez podatników, np. ZUS.⁴

Wydatki Zakładu Ubezpieczeń Społecznych (ZUS) na świadczenia z ubezpieczeń społecznych związane z niezdolnością do pracy rosną w ostatnich latach, co pokazuje, jak określone schorzenia wpływają na rynek pracy i świadczeń społecznych. W 2023 r. wydatki na świadczenia związane z niezdolnością do pracy ogółem wyniosły 49 202,3 mln zł i wzrosły w porównaniu do 2022 r. o ponad 3,1 mld zł, tj. o 6,8%. W 2023 roku wydatki te stanowiły 1,4% PKB. W stosunku do roku poprzedniego udział ten zmniejszył się o 0,1 punktu procentowego (tabela 1). Rokrocznie zmniejsza się również udział wydatków na świadczenia związane z niezdolnością do pracy (bez absencji chorobowej finansowanej z funduszy zakładów pracy) w wydatkach na świadczenia pieniężne ogółem realizowane przez ZUS. W 2023 r. udział tych wydatków wynosił 10,8%, a w 2019 r. – 12,5%. W 2019 r. wydatki na renty z tytułu niezdolności do pracy stanowiły 35,2% ogółu wydatków, a w 2023 r. – 30,8%. Jednak w porównaniu z rokiem poprzednim ich udział wzrósł po raz pierwszy od ośmiu lat o 0,3 pkt. procentowego. W omawianych latach rokrocznie zmniejszała się również liczba pobierających renty z tytułu niezdolności do pracy. W 2019 r. ich przeciętna liczba wyniosła 699,6 tys., a w 2023 r. - 535,5 tys. Liczba dni absencji chorobowej w 2023 r. wyniosła 222 175,7 tys. i w porównaniu z rokiem 2019 zmniejszyła o 3 912,5 tys., a w porównaniu z rokiem poprzednim była niższa o 16 967,5 tys. Grupy chorobowe stanowiące przyczynę niezdolności do pracy w 2023 r. generujące najwyższe wydatki były analogicznie jak w roku poprzednim tj.: zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania – 16,9% ogółu wydatków

¹ <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/rynek-pracy/pracujacy-bezrobotni-bierni-zawodowo-wg-bael/aktywnosc-ekonomiczna-ludnosci-polski-4-kwartal-2024-r-4,57.html>

² <https://tvn24.pl/biznes/z-kraju/eurostat-bezrobocie-za-styczen-2025-jak-wypadla-polska-st8333092>

³ <https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-eurostat-news/w/ddn-20250314-3>

⁴ https://www.infarma.pl/assets/files/raporty/Raport_Koszty_posrednie_w_ocenie_tehnologii_medycznych_01.pdf

(8 324 778,2 tys. zł), choroby układu mięśniowo-szkieletowego i tkanki łącznej – 15,4% (7 559 592,8 tys. zł), urazy, zatrucia i inne określone skutki działania czynników zewnętrznych – 13,9% (6 818 336,5 tys. zł), choroby związane z okresem ciąży, porodu i połogu – 11,4% (5 611 003,5 tys. zł), choroby układu oddechowego – 8,9% (4 397 670,8 tys. zł), choroby układu krążenia – 7,5% (3 676 134,5 tys. zł) oraz choroby układu nerwowego – 7,0% (3 432 576,9 tys. zł). W 2023 r. wyżej wymienione grupy chorobowe były przyczyną 81,0% wydatków poniesionych w związku z niezdolnością do pracy (w 2022 r. - 80,1%).

5

Jednym z najważniejszych wyzwań dotyczących zdrowia pracowników są choroby przewlekłe. Wśród osób w wieku produkcyjnym blisko jedna na cztery choruje na przynajmniej dwie choroby przewlekłe. Problem ten narasta z wiekiem. Według Europejskiego Badania Warunków Życia Ludności (EU-SILC) w 2020 roku w Polsce blisko co piąta osoba w wieku 30–44 lata deklaruje występowanie długotrwałych problemów zdrowotnych [2]. W grupie wiekowej 45–59 lat dotyczyło to już co trzeciej osoby, a wśród osób w wieku 60–74 lata – 60 proc. Zjawisko to stanowi duże wyzwanie dla pracodawców. Słabsza kondycja zdrowotna personelu przekłada się na absencję chorobową lub prezenteizm, a te na niższą produktywność. Częste korzystanie ze zwolnień lekarskich przez pracowników wpływa na produktywność firmy poprzez np. obniżoną produkcję, problemy z realizacją kontraktów, niższą jakość i wydajność pracy wykonywanej przez niedoświadczoną załogę lub w zastępstwie w nadgodzinach. Prezenteizm, czyli obecność w pracy pomimo złego stanu zdrowia, jest źródłem gorszej produktywności w związku z realizacją obowiązków zawodowych przez osoby o złym samopoczuciu psychofizycznym, mniej sprawne czy doświadczające dolegliwości bólowych. Zjawisko to może mieć także pośredni negatywny wpływ na produktywność w organizacji poprzez m.in. zwiększoną liczbę wypadków przy pracy oraz w dalszej perspektywie pogarszanie się zdrowia fizycznego pracownika (np. poprzez brak możliwości podjęcia leczenia w związku z obecnością w pracy) i podnoszenie wskaźników absencji chorobowej. Choroby przewlekłe są też przyczyną niepełnosprawności oraz zaprzestania aktywności zawodowej ze względu na problemy zdrowotne. Nie można zapominać także, że należą one do głównych przyczyn przedwczesnych zgonów. Głównymi czynnikami ryzyka chorób przewlekłych są nadwaga i otyłość (wynikające najczęściej z niewłaściwej diety i braku aktywności fizycznej), palenie papierosów, nadmierne spożywanie alkoholu oraz wysoki poziom stresu. Analizy dotyczące 2019 roku przeprowadzone w ramach badania GBD (Globalne Obciążenie Chorobami; ang. Global Burden of Disease) wskazują, że w Polsce czynniki ryzyka związane ze stylem życia odpowiadały za 44% zgonów oraz za utratę 36 proc. lat przeżytych w zdrowiu (w grupie wiekowej 50–69 lat odpowiednio 54 proc. i 43 proc.).⁶

Poniżej przedstawiono wybrane choroby oraz propozycje rozwiązań systemowych w zakresie optymalizacji opieki medycznej nad chorym w kontekście utrzymania ich produktywności.

Adherencja – systemowy priorytet dla zdrowia publicznego w Unii Europejskiej

Nieprzestrzeganie zaleceń terapeutycznych (Non-Adherence), to cichy kryzys europejskich systemów zdrowia, który powinien stać się jednym z systemowych priorytetów dla zdrowia publicznego w Polsce i w Unii Europejskiej. Nieprzestrzeganie zaleceń terapeutycznych (non-adherence), pozostaje jednym z najbardziej niedoszacowanych, a zarazem kosztownych wyzwań zdrowotnych w Europie. Szacunki

⁵ <https://www.zus.pl/baza-wiedzy/statystyka/opracowania-tematyczne/wydatki-na-swadczenia-z-ubezpieczen-spolecznych-zwiazane-z-niezdolnoscia-do-pracy>

⁶ Czy choroby przewlekłe to problem tylko pracownika? <https://zdrowie.pap.pl/srodowisko/czy-choroby-przewlekle-problem-tylko-pracownika#:~:text=Po%20pierwsze%2C%20poprzez%20kszt%C5%82towanie%20miejsca%2C%20warunk%C3%B3w%20i,w%20zakresie%20powrot%C3%B3w%20do%20pracy%20po%20d%C5%82ugotrwa%C5%82y>

Komisji Europejskiej wskazują, że nawet 50% pacjentów z chorobami przewlekłymi nie przestrzega zaleceń lekarskich, co prowadzi rocznie do około 200 tysięcy przedwczesnych zgonów, tysięcy hospitalizacji i generuje koszty przekraczające 125 miliardów euro. W kontekście Polskiej Prezydencji warto podkreślić, że adherencja, to kluczowy filar profilaktyki wtórnej, warunkujący skuteczność leczenia w takich obszarach jak choroby sercowo-naczyniowe, cukrzyca, czy POChP. Bez zapewnienia ciągłości terapii – nawet najlepiej zaprojektowane programy wczesnego wykrywania nie przyniosą oczekiwanych efektów. Dlatego konieczne jest wdrożenie kompleksowych, systemowych rozwiązań w następujących obszarach:

- Edukacja – wdrożenie obowiązkowych elementów dotyczących adherencji i komunikacji z pacjentem w programach kształcenia studentów (nowy przedmiot na studiach), lekarzy, farmaceutów i pielęgniarek oraz edukacja społeczna od poziomu szkolnego;
- Digitalizacja – wykorzystanie narzędzi e-zdrowia do monitorowania adherencji (e-recepty, EHR), przypomnienia terapeutyczne, aplikacje wspierające pacjenta;
- Farmaceuci – wzmocnienie ich roli jako lokalnych doradców zdrowotnych i punktów wsparcia adherencji;
- Uproszczenie terapii – refundacja preparatów złożonych i leków o dłuższym działaniu (raz na dobę);
- Systemowe wskaźniki adherencji – ich wprowadzenie do monitorowania jakości opieki zdrowotnej i kontraktowania świadczeń.

Z perspektywy Unii Europejskiej rekomenduje się, by adherencja została włączona do głównych dokumentów strategicznych, takich jak: *Europe's Beating Cancer Plan*, *EU4Health*, *EU Non-Communicable Diseases Initiative* oraz *European Health Data Space*, wraz ze standaryzacją wskaźników adherencji w ramach raportowania zdrowotnego. Tylko takie podejście pozwoli skutecznie podnieść jakość opieki, zmniejszyć obciążenie systemów ochrony zdrowia i realnie poprawić stan zdrowia obywateli UE.

Szacuje się, że roczne koszty braku adherencji ponoszone przez polski system ochrony zdrowia wynoszą 6 miliardów złotych. Obecnie w systemie ochrony zdrowia brakuje kilkudziesięciu miliardów złotych. Ekspertcy są zgodni, że wdrożenie rozwiązań systemowych poprawiających przestrzeganie zaleceń terapeutycznych w perspektywie krótko i długoterminowej pozwoli wygenerować oszczędności. Środki te będzie można przeznaczyć na palące potrzeby ochrony zdrowia.

Propozycje rozwiązań systemowych poprawiających adherencję (przestrzeganie zaleceń terapeutycznych) zostały opracowane w oparciu o wnioski z dyskusji podczas warsztatów zorganizowanych w ramach konferencji naukowej pt. „Adherencja terapeutyczna w przewlekłych chorobach cywilizacyjnych. Poprawa rokowania chorych i optymalizacja kosztów opieki zdrowotnej dzięki odblokowaniu potencjału profilaktyki”. Do najpilniejszego wdrożenia rekomenduje się sześć propozycji rozwiązań systemowych. Wdrożenie ich – przy wsparciu Ministerstwa Zdrowia – mogłoby znacząco przyczynić się do poprawy adherencji, a tym samym do realizacji wspólnego celu, jakim jest zdrowsze społeczeństwo. Długoterminowa korzyść dla systemu: poprawa efektywności wydatkowania środków publicznych, wzmocnienie jakości opieki oraz wsparcie realizacji celów strategicznych zdrowia publicznego (m.in. choroby przewlekłe, onkologia, profilaktyka wtórna).

Propozycje rozwiązań systemowych:

1. ROZWIĄZANIE SYSTEMOWE NR 1: Wprowadzenie obowiązkowego przedmiotu <komunikacja z pacjentem> na ostatnim roku studiów dla studentów medycyny, farmacji, pielęgniarstwa i kierunków pokrewnych;
2. ROZWIĄZANIE SYSTEMOWE NR 2: Medyczny Alert – inteligentny, cyfrowy system monitorowania i powiadomień dla pacjentów;
3. ROZWIĄZANIE SYSTEMOWE NR 3: System cyfrowej dokumentacji medycznej pacjenta - zintegrowana, bezpieczna i dostępna platforma umożliwiająca uprawnionym profesjonalistom medycznym dostęp do pełnej historii diagnostyki i leczenia pacjenta w czasie rzeczywistym;
4. ROZWIĄZANIE SYSTEMOWE NR 4: Ogólnopolski program edukacyjny oparty na wiedzy, komunikacji i motywacji;
5. ROZWIĄZANIE SYSTEMOWE NR 5: Świadczenie "Adherence+" w aptece;
6. ROZWIĄZANIE SYSTEMOWE NR 6: Płatność za efekty leczenia w chorobach przewlekłych.

Systemy zintegrowane (automatycznego podawania insuliny) – kluczowa rola nowoczesnych technologii w skutecznym, bezpiecznym i optymalnym kosztowo leczeniu cukrzycy typu 1 oraz utrzymania produktywności chorych na cukrzycę

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).⁷ 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 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,

⁷ 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)

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, zaprzepaszczając 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.

Eksperti kliniczni i organizacje pacjentów rekomendują i wnioskują 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?⁸ 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 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.⁹

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

⁸ <https://izwoz.lazarski.pl/aktualnosci/stop-epidemii-otylosci-w-polsce/>

⁹ Puls Medycyny <https://pulsmedycyny.pl/powstala-kompleksowa-strategia-walki-z-otyloscia-w-polsce-oparta-na-najlepszych-swiatowych-rozwiazaniach-1218813>

zachorowalności na ponad 200 schorzeń, w tym m.in. cukrzycę typu 2, nadciśnienie tętnicze, zaburzenia lipidowe, chorobę niedokrwinną 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.¹⁰ Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z 1 czerwca 2023 r. pilotaż został przedłużony do grudnia 2024.¹¹ Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z kwietnia 2024 r. program pilotażowy w zakresie specjalistycznej opieki nad pacjentami z otyłością olbrzymią został przedłużony do 30 czerwca 2026 r.¹²

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

¹⁰ 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>

¹¹ 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>

¹² Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie programu pilotażowego w zakresie kompleksowej opieki specjalistycznej nad świadczeniobiorcami leczonymi z powodu otyłości olbrzymiej KOS-BAR. 17.04.2024 <https://legislacja.rcl.gov.pl/projekt/12384209/katalog/13053386#13053386>

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.¹³ Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie programu pilotażowego w zakresie kompleksowej opieki specjalistycznej nad świadczeniobiorcami leczonymi z powodu otyłości KOS-BMI 30 PLUS został skierowany do konsultacji. Projekt określa warunki realizacji programu KOS-BMI 30 PLUS. - Koncepcja kompleksowej diagnostyki i leczenia świadczeniobiorców z rozpoznaną otyłością opiera się na scentralizowanym, wielodyscyplinarnym leczeniu w jednym ośrodku, który zapewnia sprawną koordynację na każdym etapie leczenia, obejmuje także monitorowanie efektów leczenia oraz całego procesu leczenia. Celem programu jest poprawa jakości i efektywności leczenia pacjentów w wieku od 18. roku życia z rozpoznaniem - według klasyfikacji ICD-10 - E66.0, czyli z otyłością spowodowaną nadmierną podażą energii, u których wskaźnik masy ciała BMI wynosi 30 i więcej oraz u których rozpoznano przynajmniej jedno z wymienionych powikłań otyłości: stan przedcukrzycowy, cukrzyca typu 2, nadciśnienie tętnicze, dyslipidemia, obturacyjny bezdech senny wymagający wspomagania oddechu (CPAP), zespół policystycznych jajników, zespół metaboliczny, upośledzenie funkcji wątroby (podwyższone transaminazy), konieczność redukcji masy ciała przed planowaną endoprotezoplastyką lub innym leczeniem zabiegowym. Podstawowym kryterium kwalifikacji do programu mają być wiek i BMI. Okres realizacji programu pilotażowego obejmuje:

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

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

¹³ 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>

¹⁴ <https://www.oecd.org/health/the-heavy-burden-of-obesity-67450d67-en.htm>

chorych w 2025 r. o 437 – 941 tys., w porównaniu z 2017 r.¹⁵ 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.¹⁶

Leczenie biologiczne w spondyloartropatiach

Spondyloartropatia osiowa to choroba dotycząca osoby młode, niekiedy dopiero zaczynające swoją ścieżkę zawodową. Często leczenie rozpoczyna się od tańszych terapii, które tylko w ograniczonym stopniu eliminują objawy, co wydłuża czas powrotu do sprawności i aktywności zawodowej. Innym aspektem jest okres diagnozy - często bardzo wydłużony. To w połączeniu z leczeniem mniej skutecznymi terapiami na początku, wyłącza pacjentów z aktywności na długi czas. Wytyczne europejskie rekomendują stosowanie innowacyjnych terapii już w pierwszej linii leczenia.

Zgodnie z dostępnymi danymi, około 30–50% pacjentów z chorobami reumatycznymi traci zdolność do pracy w ciągu 10 lat od diagnozy - aktywne leczenie biologiczne znacznie opóźnia ten proces. Obniżona wydajność pracy – osoby chore mogą potrzebować dłuższych przerw, częściej korzystają z L4. Trudności z utrzymaniem dotychczasowej pracy – zawody fizyczne są szczególnie problematyczne.

W badaniu przeprowadzonym wśród 770 pacjentów z spondyloartropatiami, 21% uczestników zadeklarowało, że musieli zmienić lub porzucić pracę z powodu choroby. W europejskim badaniu, 74% osób z axSpA zgłosiło trudności w znalezieniu pracy z powodu choroby. W badaniu z udziałem 323 pacjentów z axSpA, 22% osób w wieku produkcyjnym zrezygnowało z pracy lub przeszło na wcześniejszą emeryturę z powodu niepełnosprawności związanej z chorobą. Wydłużona i trudna diagnostyka: według dostępnych badań, diagnoza trwała średnio 7,4 roku, co wymagało więcej niż dwóch wizyt u specjalistów (77,7% lekarzy rodzinnych i 51,3% reumatologów) oraz więcej niż dwóch testów diagnostycznych [67,5% wykonało test na antygen leukocytów ludzkich B27 (HLA-B27), 64,2% rentgen oraz 59,1% rezonans magnetyczny (MRI)]. Rezygnacja z pracy w wyniku axSpA jest poważnym problemem zdrowotnym i społecznym. Wczesna diagnoza, odpowiednie leczenie, wsparcie w miejscu pracy oraz dostosowanie stanowiska pracy do potrzeb osób z axSpA mogą pomóc w utrzymaniu aktywności zawodowej i poprawie jakości życia pacjentów.

Leczenie biologiczne w spondyloartropatiach (w tym spondyloartropatia osiowa kręgosłupa ze zmianami radiograficznymi – axSpA oraz łZS) ma kluczowe znaczenie w utrzymaniu aktywności zawodowej pacjentów. Terapia biologiczna, która obejmuje leki modyfikujące przebieg choroby, takie jak m.in.: inhibitory TNF-alfa, inhibitory interleukiny-17 (IL-17) wpływa na stan zapalny, zmniejszając objawy i poprawiając funkcjonowanie pacjentów. Poniżej zebrano najważniejsze efekty zdrowotne i systemowe terapii biologicznych w spondyloartropatiach:

1. Redukcja stanu zapalnego

- a. Leczenie biologiczne skutecznie zmniejsza stan zapalny w stawach, co prowadzi do:
- b. Zmniejszenia bólu i sztywności kręgosłupa: Poprawa stanu zapalnego w stawach kręgosłupa, obwodowych stawach oraz miejscach przyczepów ścięgien (np. w okolicy stawu biodrowego czy kolanowego) sprawia, że pacjenci odczuwają mniejszy ból i sztywność, co umożliwia im wykonywanie codziennych czynności zawodowych.

¹⁵ <https://www.gov.pl/web/zdrowie/cukier-otylosc-konsekwencje-prezentacja-raportu>

¹⁶ <https://fundacjarepublikanska.org/otylosc-epidemia-xxi-wieku/>

- c. Lepsza mobilność i sprawność fizyczna: Zmniejszenie bólu i sztywności poprawia zakres ruchu w stawach, co ułatwia wykonywanie zarówno pracy biurowej, jak i fizycznej. Pracownicy mogą lepiej się poruszać, dłużej siedzieć, unikać napięć mięśniowych, które mogą pojawiać się w wyniku nieprawidłowej postawy.
- 2. Zmniejszenie zmęczenia
 - a. Choroby zapalne, takie jak axSpA, często prowadzą do chronicznego zmęczenia, które może ograniczać zdolność do pracy.
 - b. Leczenie biologiczne:
 - i. Poprawia jakość snu: Zmniejszenie bólu i zapalenia w nocy może pozwolić pacjentom na lepszy sen, co zmniejsza uczucie zmęczenia w ciągu dnia.
 - ii. Zwiększa energię: Pacjenci, którzy doświadczają mniejszego zmęczenia, są w stanie lepiej koncentrować się na pracy i utrzymać poziom energii przez cały dzień.
- 3. Ochrona przed uszkodzeniami stawów
 - a. Biologiczne terapie wpływają na zatrzymanie uszkodzeń strukturalnych w stawach, które mogą wystąpić w wyniku długotrwałego stanu zapalnego. Przewlekłe uszkodzenia stawów prowadzą do pogorszenia jakości życia i ograniczenia zdolności do pracy.
 - b. Dzięki leczeniu biologicznemu osiąga się spowolnienie procesu zwyrodnieniowego. Utrzymywanie aktywności zawodowej jest możliwe, ponieważ zmniejsza się ryzyko deformacji stawów, co ułatwia wykonywanie różnych czynności zawodowych. Leczenie biologiczne zmniejsza ryzyko rozwoju niepełnosprawności, co pozwala pacjentom na dłuższe pozostawanie aktywnymi zawodowo.
- 4. Kontrolowanie objawami chorób współistniejących (np. zapalenie oczu, skóry, jelit)
 - a. Niektóre spondyloartropatie mogą współistnieć z zapaleniem innych narządów, jak oczy (zapalenie tęczówki), skóra (łuszczyca) czy układ pokarmowy (choroba Leśniowskiego-Crohna).
 - b. Leczenie biologiczne wpływa także na te objawy, co umożliwia lepsze zarządzanie objawami i zmniejsza ich wpływ na codzienne życie zawodowe oraz pomaga uniknąć przerw w pracy związanych z koniecznością leczenia objawów pozastawowych.
- 5. Zwiększenie jakości życia i zmniejszenie absencji chorobowej
 - a. Pacjenci, którzy uzyskują poprawę dzięki leczeniu biologicznemu, odczuwają wyraźną poprawę jakości życia.
 - b. To z kolei przekłada się na mniejszą liczbę dni absencji chorobowej. Zmniejszenie objawów zapalenia prowadzi do rzadszego korzystania z dni wolnych od pracy, co sprzyja dłuższemu pozostaniu aktywnym zawodowo. Zmniejszenie bólu i poprawa funkcjonowania fizycznego pozytywnie wpływają na samopoczucie psychiczne pacjenta, zwiększając jego zaangażowanie w pracę.
- 6. Dostosowanie do zmieniających się potrzeb pacjenta
 - a. Leczenie biologiczne daje pacjentom większą kontrolę nad chorobą, co pozwala im na bardziej elastyczne dostosowanie tempa pracy, godzin pracy, czy rodzaju wykonywanych zadań.

Leczenie biologiczne w spondyloartropatiach, takich jak axSpA, jest przełomem w leczeniu tych chorób. Dzięki zmniejszeniu bólu, poprawie mobilności, obniżeniu zmęczenia oraz ochronie przed uszkodzeniami stawów, pacjenci mogą utrzymać aktywność zawodową przez dłuższy czas, co poprawia

ich jakość życia i zmniejsza potrzebę absencji chorobowej. Terapie biologiczne umożliwiają lepsze zarządzanie chorobą, zwiększając możliwości zawodowe i społeczne pacjentów.

Szczepienia ochronne zapewniają ochronę przed chorobami zakaźnymi, a poprzez to utrzymanie produktywności pacjentów

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.¹⁷

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, 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.¹⁸

¹⁷ Szczepienia dorosłych: potrzeby i możliwości. MZdrowie 2023 <https://www.mzdrowie.pl/wp-content/uploads/2023/09/10-szczepienia-2023-www.pdf>

¹⁸ <https://www.mzdrowie.pl/wp-content/uploads/2024/02/01-polpasiec-2024-www.pdf>

Zapobieganie HIV i zwalczanie AIDS

Od wdrożenia badań w 1985 r. do 30 listopada 2022 r. (przy uwzględnieniu korekt i uaktualnień danych, w tym eliminacji podwójnie zarejestrowanych przypadków) stwierdzono 29 676 zakażeń HIV u obywateli Polski i u osób z innym obywatelstwem przebywających na terenie Polski. Wśród ogółu zarejestrowanych zakażonych było co najmniej: 6 457 zakażonych w związku z używaniem narkotyków, 2 232 zakażonych poprzez kontakt heteroseksualny oraz 4 818 poprzez kontakt seksualny pomiędzy mężczyznami. Ogółem odnotowano 3 979 zachorowań na AIDS, 1 465 chorych zmarło. W roku 2022 zarejestrowano w Polsce 2 374 nowo rozpoznanych zakażeń HIV. Wskaźnik zarejestrowanych nowych rozpoznań HIV wynosił 6,28 przypadków na 100 tys. mieszkańców. Dla mężczyzn wskaźnik wynosił 8,78 przypadków na 100 tys. mężczyzn, natomiast dla kobiet – 3,85 przypadków na 100 tys. kobiet. W 2022 roku na terenie całego kraju funkcjonowało 27 punktów konsultacyjno-diagnostycznych wykonujących anonimowo, bezpłatnie i bez skierowania badania w kierunku HIV, połączone z poradnictwem okołotestowym. W trzecim kwartale 2022 r. – w ramach pilotażu – rozpoczęto w PKD również testowanie w kierunku kiły i HCV. Na dzień 31 grudnia 2022 r. leczeniem ARV było objętych 18 199 pacjentów, w tym 185 dzieci (do 18. roku życia) zakażonych HIV i chorych na AIDS. Liczba ta zawiera także 2 959 uchodźców wojennych z Ukrainy. Program realizowany jest w 21 szpitalach/placówkach medycznych, na bazie których działają ośrodki referencyjne leczące zakażonych HIV i chorych na AIDS (umowy z realizatorami na lata 2022–2026). Na realizację Rządowego Programu Polityki Zdrowotnej pn.: „Leczenie antyretrowirusowe osób żyjących z wirusem HIV w Polsce na lata 2022–2026” wydatkowano 399 930 810,42 zł (stan na dzień 31.12.2022 r.) oraz 71 264 823,21 zł ze środków budżetu 2021 r., które w kwocie 71 264 831,00 zł nie uległy wygaśnięciu z końcem 2021 r., z terminem realizacji do 30.11.2022 r. W 2022 r. średni miesięczny koszt leków antyretrowirusowych w przeliczeniu na jednego pacjenta według aktualnych cen wyniósł 2 102,79 zł.¹⁹

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

¹⁹ Sprawozdanie z Harmonogramu realizacji Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczania AIDS na lata 2022 - 2026 za 2022 r. https://aids.gov.pl/krajowy_program/2022-2/

są wszystkie osoby zakażone HIV i chore na AIDS przebywające na terytorium RP, niezależnie od statusu ubezpieczeniowego.²⁰

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 rozprzestrzenianiu 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%.

²⁰ 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>

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

Wg stanowiska Polskiego Towarzystwa Epidemiologów i Lekarzy Chorób Zakaźnych, Polskiego Towarzystwa Hepatologicznego i Polskiego Towarzystwa Medycyny Rodzinnej w zakresie diagnostyki zakażeń HCV w ramach podstawowej opieki zdrowotnej: *Analiza przeprowadzona dla Polski w 2018 r. wykazała jednoznacznie, że aby osiągnąć cele WHO w zakresie eliminacji WZW C do 2030 konieczne jest leczenie ok. 12 tys. osób rocznie. Założenie to wiąże się z koniecznością uruchomienia w trybie pilnym ogólnopolskiego programu powszechnych badań przesiewowych które umożliwiłyby testowanie ok. 2 do 2,5 mln osób rocznie.*²¹ Niestety w świetle aktualnych analiz bez uruchomienia Narodowego Programu Eliminacji HCV Polska osiągnie zakładane cele przez WHO dopiero po roku 2050, czyli za 28 lat. Polska, wspólnie ze 193 innymi państwami, przyjęła na Światowym Zgromadzeniu Zdrowia WHO w 2016 r. globalną strategię dotyczącą wirusowego zapalenia wątroby na lata 2016–2021. Celem tej inicjatywy jest eliminacja wirusowego zapalenia wątroby typu B i C do roku 2030.²² 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 2020.²³ 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.²⁴ 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 klinicznych gwarantuje chorym, rzeczywisty, dobry dostęp do skutecznej terapii bezinterferonowej, której koszt obniżył się kilkukrotnie od 2016 r.²⁵

²¹ 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>

²² https://www.who.int/hepatitis/news-events/07_towards-elimination-Dr-Gottfried-Hirnschall.pdf?ua=1

²³ 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>

²⁴ <https://www.who.int/publications/i/item/9789240019003>

²⁵ <https://statystyki.nfz.gov.pl/DrugPrograms>

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:

