

Nie jestem optymistą

To nie samorząd zapowiada protest, tylko OZZL. Zgadzam się z postulatami, ale mam wątpliwości co do terminu tego protestu. Rzeczywiście, robienie protestu na dzień przed marszem Tuska może być problematyczne. Zwłaszcza, że politycy już deklarują, że będą chcieli wesprzeć lekarzy... a tak naprawdę będą chcieli w ten sposób wesprzeć swoją kampanię wyborczą. Im bliżej wyborów, tym większa szansa upolitycznienia. Dlatego doradzam organizatorom, żeby przenieśli termin tego protestu.



Łukasz Jankowski

Jaś, Małgosia i bajki o prywatności

Regulatorzy dbają o naszą prywatność. Naprawdę. Jakież 1500 razy dziennie musimy przecież kliknąć w informacje o ciasteczkach. Od razu czujemy się bezpieczniej, prawda? Niestety słynne unijne regulacje nie adresują naprawdę istotnej rzeczy: minimalnego dostępu do danych osobowych w zakresie niezbędnym dla wykonania czynności, na które zgodziliśmy się.



Karol Poznański

W teorii wszystko jest jak trzeba. Zgadzamy się na przetwarzanie danych dla naszego zdrowia, bezpieczeństwa czy wygody i wierzymy, że są one chronione. W praktyce od lat mówi się, że jeśli coś wystaliśmy w Internecie, to już nie jest tajemnica. Ani nasza, ani bankowa ani — jak dowiedzieliśmy się ostatnio — lekarska.

E-recepta to rozwiązanie znakomite. Nie ma ucieczki od cyfryzacji. Nie oznacza to jednak, że skomplikowane systemy zawierające nasze dane wrażliwe powinny powstawać bez odpowiedniego nadzoru i potem bez takiego nadzoru być użytkowane. Dziś możemy sprawdzić, kto interesował się naszą historią kredytową, ale nie możemy dowiedzieć się, kto interesował się stanem naszego zdrowia.

Mam zatem dla nas radę. Zainteresujmy się naszymi danymi i ich bezpieczeństwem zanim zainteresuje się nimi ktoś inny. Okruchy ciastek rzucające przez Jasia i Małgosię miały im pomóc w znalezieniu drogi powrotnej do domu. Dziś — tak jak w bajce — z ciastek korzysta ktoś inny, a my zabłądziliśmy do domu czarownicy.

Ale jeszcze nie jest za późno. Tylko od nas zależy, czy czarownica nas zje, czy nie.

Nie dokazuj

Czasy się zmieniają. W polityce i medycynie również. Kiedyś sławni ludzie, tacy jak Churchill czy nawet Skłodowska-Curie w życiu prywatnym mogli szokować. O ile Churchill mógł pić na umór, Skłodowska-Curie mieć romanse (co nie kończyło ich karier i dalej pozowało być uznawanym za mężów stanu czy geniuszy), o tyle dziś wszystko mamy w zasadzie na „społecznym widelcu”.

W tamtych czasach, kiedy żyły nasze autorytety, „rysami na wizerunku” dawano się jeszcze medialnie zarządzać. Gazety ukazywały się w cyklu dniowym lub kilkudniowym. Można było ostudzić emocje. Zdążyć wytrzeźwieć do wywiadu. Samą wypowiedź przygotować. Życie polityczne, naukowe, społeczne toczyło się wolniej, w innym rytmie. Co prawda, zawsze obowiązywała również zasada, że „polityk jest jak mucha, można go zabić gazetą”.

Jednak dziś, w naszych czasach okazuje się, że na polityka nawet gazeta nie jest potrzebna. Dziś politycy będący w permanentnym pośpiechu, biegu i pod presją starych i nowych mediów, bardzo potrzebują być „frontem do obywatela”. I podczas walki w politycznym kisielu sami są dla siebie największym wrogiem. Sami „zabijają się” własnymi wypowiedziami na Twitterze czy Facebooku.

Zamiast przemyśleć, przedyskutować ze swoim (miejmy nadzieję) kompetentnym zespołem (o ile go mają) wypowiedzi, pragną jak najszybciej zaspokoić tłum żądny politycznej krwi — bo są przecież tacy kompetentni i omnipotentni... Jednak Ci wielcy — Tusk i Kaczyński — tej technologii nie stosują. A jakie są skutki takiego działania ad hoc, wszyscy niejednokrotnie oglądaliśmy. I chciałoby się sparafrazować słowa piosenki Marka Grechuty: nie dokazuj, polityku nie dokazuj...



Mariusz Gierej

w numerze

► 4-5

Chirurgia robotowa w Polsce rozwija się



Marcin Stojewski

► 13

Potrzebujemy więcej diagnostyki molekularnej



Artur Kowalik

► 14

Europejski kapiszon farmaceutyczny



Grzegorz Rychwalski

► 17

Leczenie biologiczne trafi do AOS



Brygida Kwiatkowska

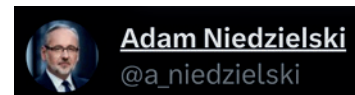
► 26

Powstaje Polskie Towarzystwo Chorób Rzadkich



Michał Nowicki

TWIT MIESIĄCA



Lek. Piotr Pisula, szpital miejski w Poznaniu wczoraj w @FaktyTVN „żadnemu pacjentowi nie dało się wystawić takiej recepty”. Sprawdziliśmy. Lekarz wystawił wczoraj na siebie receptę na lek z grupy psychotropowych i przeciwbólowych. Takie to FAKTY. Jakie kłamstwa czekają nas dziś.

Wyświetlenia: 4,5 mln

FAKTY

Szpitala podpisały aneksy

Wszystkie szpitale z sieci szpitali, czyli 600 podmiotów, podpisały do 4 sierpnia aneksy z Narodowym Funduszem Zdrowia. Od lipca wzrosły minimalne płace w ochronie zdrowia. W związku z tym w ciągu roku do systemu ochrony zdrowia dodatkowo ma trafić ponad 15 mld zł. Narodowy Fundusz Zdrowia zmienił plan finansowy, aby zabezpieczyć środki na realizację podwyżek w tym roku. Po dokonaniu niezbędnych zmian w prawie oddziały wojewódzkie NFZ przystąpiły na początku lipca do aneksowania umów. Zmiany objęły ponad 35 tys. umów.

Pilotaż krajowej sieci hematologicznej

Ministerstwo Zdrowia skierowało do konsultacji projekt rozporządzenia w sprawie programu pilotażowego opieki w ramach krajowej sieci hematologicznej. Pilotaż ma być prowadzony w woj. dolnośląskim, łódzkim, mazowieckim, śląskim, wielkopolskim i zachodniopomorskim.

Celem pilotażu jest ocena jakości i efektywności opieki nad dorosłymi pacjentami z nowotworami mieloidalnymi i limfoidalnymi (w tym z ostrymi białaczkami, szpiczakiem plazmocytowym i z chłoniakami). Resort podnosi, że konieczne jest wprowadzenie rozwiązań prowadzących do poprawy efektów zdrowotnych, co ma nastąpić przez zapewnienie szybkiej diagnostyki, ciągłości leczenia i kompleksowej koordynowanej opieki.

Bezpłatne leki 65+ oraz -18

Dzięki nowelizacji ustawy o lekach dla seniorów uprawnione do bezpłatnych leków będą wszystkie osoby, które ukończyły 65 lat. Z programu skorzystają też dzieci i młodzież poniżej 18 lat. Z programu bezpłatnych leków refundowanych skorzystało dotychczas ok. 4 mln seniorów którzy od września 2016 r. do końca 2022 r. zaoszczędzili łącznie ponad 4,3 mld zł. Po zmianie program ma być dostępny dla ok. 16 mln osób.

Ponad 11 tysięcy asystentów medycznych w rejestrze

Według stanu na dzień 23 czerwca 2023 r. w Rejestrze Asystentów Medycznych zarejestrowano 11 470 osób posiadających aktywną rolę „asystenta medycznego”, przy czym w RAM nie istnieje powiązanie między posiadaną rolą a jednostką, w której taka osoba pracuje. Tym samym nie można udzielić odpowiedzi na temat dokładnej liczby asystentów pracujących w publicznej ochronie zdrowia – wyjaśnił wiceminister zdrowia Piotr Bromber w odpowiedzi na interpelację posłanki Aleksandry Gajewskiej.

HPV: zaszczepiono ponad 70 tys. dzieci

Do początku sierpnia 71 tys. dzieci urodzonych w latach 2010 i 2011 zaszczepiło się przeciwko HPV – wirusowi brodawczaka ludzkiego. Na szczepienie zapisało się już ponad 250 tys. Program bezpłatnych szczepień przeciw HPV jest skierowany do dziewcząt i chłopców w wieku 12 i 13 lat.

PRAWO

Nowelizacja ustawy refundacyjnej



Andrzej Duda

Prezydent Duda podpisał nowelizację ustawy o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego. Przewiduje ona m.in. zmniejszenie odpłatności za lek o 10 lub 15 proc., w zależności od tego, czy na terytorium Polski wytwarzany jest lek, czy też substancja czynna; podwyższono urzędową marżę hurtową z 5 do 6 proc. ceny zbytu netto, nie niższą niż 0,50 zł i nie wyższą niż 150 zł w przypadku leku, środka spożywczo specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrobu medycznego dostępnego w aptece na receptę; górne ograniczenie marży w przypadku leków stosowanych w chemioterapii i w programie lekowym wyniesie 2 tys. zł. Minister zdrowia uzyskał możliwość wydania decyzji z urzędu o objęciu refundacją i ustaleniu urzędowej ceny zbytu dla leku – w tym leku wydawanego bez recepty, który wymaga stosowania dłużej niż 30 dni w określonym stanie klinicznym i jest rekomendowany w wytycznych postępowania klinicznego. Decyzję o refundacji uzupełniono o zobowiązanie do dostarczenia wielkości dostaw w ujęciu rocznym, z uwzględnieniem podziału na poszczególne miesiące. W decyzjach ustalających cenę zbytu netto nowym elementem obligatoryjnym będą tzw. instrumenty dzielenia ryzyka, jeżeli zostały ustalone, co ma stanowić jeden z mechanizmów przeciwdziałania wywozu leków za granicę. Wprowadzono możliwość wykorzystania dodatkowych preferencji dla przedsiębiorców, którzy zdecydują się na produkcję w Polsce leków oferowanych na naszym rynku. Wprowadzono też limit finansowania za jednostkę surowca farmaceutycznego do sporządzania leków recepturowych oraz uregulowanie marży na leki recepturowe (w wysokości 25 proc., liczonej od kosztu jego sporządzenia, wynoszącej nie więcej niż koszt wykonania leku recepturowego przygotowywanego w warunkach aseptycznych). Wprowadzono instytucję tajemnicy refundacyjnej i podwyższenie dotychczasowych opłat za wniesienie wniosków refundacyjnych z 10 do 15 tys. zł. Ustawa uniemożliwia zastrzeżenie na receptę konieczności wydania pacjentowi wyłącznie określonego leku. W przypadku zagrożenia brakiem dostępności w Polsce leków na receptę objętych refundacją, wnioskodawca obowiązany będzie do dostarczenia tych produktów w równej części do co najmniej 10 przedsiębiorców prowadzących hurtownie farmaceutyczne. Uregulowano na nowo zasady prowadzenia przez apteki ogólnodostępne dyżurów w porze nocnej i w dni wolne od pracy.

KADRY

Zmiana na Miodowej



Katarzyna Sójka została nowym ministrem zdrowia. Jest lekarką ze specjalizacją

chorób wewnętrznych oraz posłanką PiS z okręgu kalisko-leszczyńskiego (pracowała m.in. w komisji zdrowia). "Od pierwszego dnia w Ministerstwie Zdrowia przystępujemy do ciężkiej pracy, bo najważniejsze jest dobro pacjentów. Już teraz zapraszam do dialogu i współpracy przedstawicieli wszystkich zawodów medycznych, zarządzających ochroną zdrowia i wszystkie środowiska medyczne. Do tych projektów dołączą kolejne związane z rosnącymi nakładami na ochronę zdrowia. Musimy starać się o jak najlepszy dostęp do leków i musimy ułatwić pacjentom jak najlepsze poruszanie się po naszym systemie" – napisała na Twitterze po nominacji. Nowa minister, jak podało Ministerstwo Zdrowia na swoim portalu, podziękowała Adamowi Niedzielskiemu za „wszystkie dobre projekty i ich wyjątkowe efekty, z których pacjenci czerpią korzyści”. „Zobowiązuję się, że dokończę zmiany na rzecz pacjentów” – zadeklarowała minister Sójka. Zmianę na stanowisku ministra poprzedziły zapowiedzi NRL, że samorząd lekarski będzie protestował przeciwko działaniom ministra Niedzielskiego oraz deklaracja skierowana do premiera, że utracono zaufanie do ministra zdrowia.

Wszystkie drogi prowadzą do Karpacza



Czternaste Forum Ochrony Zdrowia w Karpaczu będzie miało bogaty program. Nie myślałem, że to możliwe, ale program będzie jeszcze bogatszy niż w ubiegłym roku. Prawie 30 paneli w dwóch liniach tematycznych, a swój udział zapowiedziało ponad 700 osób.

Chcemy być najważniejszą platformą wymiany poglądów i dialogu pomiędzy instytucjami pań-



stwowymi, przedsiębiorcami, świadczącymi, pacjentami i innymi grupami interesariuszy. Uważam, że kształtowanie systemu ochrony zdrowia jest możliwe jedynie wówczas, kiedy rozmawiamy kompleksowo, z udziałem wszystkich środowisk, szczerze i otwarcie.

Tegoroczne forum ma swoją specyfikę ze względu na nadchodzące wybory. Tym bardziej cieszę się,

że w czasie Forum nie zabraknie - mam nadzieję - nikogo z liczących się polityków zdrowotnych. Szeroka obecność przedstawicieli Ministerstwa Zdrowia jak zwykle oznacza, że będzie aż w nadmiarze spotkań, debat i dyskusji. Zgodnie ze starożytną maksymą, jeśli chodzi o zdrowie, Omnes viae Karpaczem ducunt!

Jerzy Bochyński

Instytut Studiów Wschodnich

MODERN HEALTHCARE INSTITUTE

mZdrowie.pl

OBSERWACJE

„Obserwacje
Modern Healthcare Institute”

redakcja:
Krzysztof Jakubiak
— redaktor naczelny
(kjakubiak@mzdrowie.pl).

Malwina Użarówka
— redaktor

skład i łamanie: TaKar

wydawca:
Modern Healthcare Institute sp. z o.o.,
REGON: 368041956,
NIP: 522-309-80-85,
KRS: 0000690383.

Modern Healthcare Institute, wydawca portalu mZdrowie.pl, skupia niezależnych ekspertów i specjalizuje się w zagadnieniach systemu ochrony zdrowia, ze szczególnym uwzględnieniem takich zagadnień: leki i wyroby medyczne, nowoczesne technologie, telemedycyna i mHealth, startupy medyczne, finanse i efektywność ochrony zdrowia, zrozumienie zasad funkcjonowania systemu przez pacjentów.

DEBATA? JAKA DEBATA?

Nie wiem, jak Państwo, ale lubiłem kiedyś kampanie wyborcze, ponieważ toczyły się publiczne debaty o sprawach ważnych. Można było wysłuchać różnych opinii i wyrobić sobie własną. Niestety, jakość debaty politycznej, przedwyborczej, w naszym pięknym kraju dramatycznie spadła. Na półtora miesiąca przed wyborami partie polityczne nie proponują rozwiązań, programów ani argumentów. Dominuje walenie maczugami oraz rozbudzanie emocji, głównie negatywnych, pod adresem drugiej strony politycznego sporu. Wiele lat żyliśmy jeszcze w przeświadczeniu, że – jak mówi poeta – niech na całym świecie wojny, byle nasz system zdrowia zaciszny, byle spokojny. Na kongresach zdrowotnych można było jeszcze dyskutować na argumenty i wysłuchać propozycji drugiej strony. Niestety, obawiam się, że pandemia zburzyła to status quo. Emocje załaty także nasze środowisko. Może nie wszystko stracone? Jedziemy do Karpacza, żeby postuchać dyskusji o problemach systemu ochrony zdrowia i sposobach na ich rozwiązanie. Może usłyszymy głosy niezależnych ekspertów. Może debaty będą o systemowych problemach, a nie o czyichś przynajmniej charakteru czy twitach. Może uda się odbudować jakość debaty systemowej. Bo system tego bardzo potrzebuje.



Krzysztof Jakubiak


GORZEJ NIE BĘDZIE

Jak wiele osób, dymisję Adama Niedzielskiego przyjąłem z ogromną ulgą. Nie ja jedna. Zaryzykuję stwierdzenie, że ulgę odczuła większość pacjentów, a wkrótce odczuje ją system ochrony zdrowia. Mimo propagandowych haseł ministra i jego otoczenia o zwiększaniu nakładów na ochronę zdrowia (pozornych), oddłużaniu szpitali (wzrost z ponad 10 mld zł w 2015 r. do 19,4 mld zł na koniec lipca 2022 r.) oraz pacjentocentryzmie (wystarczy przykład lekarza – pacjenta Piotra Pisuli), w ciągu ostatnich trzech lat system ucierpiał jak nigdy i trudno ocenić, jak długo będzie się zbierał po zmianach, jakie zafundował mu Adam Niedzielski. Odchodząc w atmosferze skandalu i – mam nadzieję – jeszcze bez zarzutów za przekroczenie uprawnień i ujawnienie danych wrażliwych pacjenta, Adam Niedzielski zostawia nas z nadzieją. Że osiã działań kolejnej minister i jej następców nie będzie ona sama, że podejmując strategiczne decyzje będzie słuchała praktyków (pamiętamy choćby nagłe odcięcie finansowania testów przeciwko COVID-19 w kwietniu 2022 roku), że zamiast obrażać przeciwników politycznych i niesprzyjających jej dziennikarzy oraz spędzać czas na portalu X (dawnym Twitterze), zacznie działać, by poprawić coraz gorszą sytuację w systemie. Nadzieję, że przywróci zaufanie do organów państwa i tajemnicy pacjenta. Że sprawi, iż pacjenci nie będą bać się prosić o lekarzy o recepty w obawie, że następnego dnia ich treść zostanie opublikowana przez wysokiego urzędnika państwowego w mediach społecznościowych. Trzymam kciuki za nową Panią Minister. Wiem, że nie może być gorzej.



Karolina Kowalska


WYKOP NUMERU

 **BaZyL4**
15.07.2023, 08:42:54

#leki #erecepta #recepta #zdrowie

Mirki, bardzo ważne pytanie - czy któryś #receptomat wystawia jeszcze recepty?

(proszę tylko o konkretne odpowiedzi, nie dyskusję nt. że bez wizyty u lek. to się zatruję)

 7

ONKOLOGICZNA (AUTO)DYSKRYMINACJA PŁCICOWA

Wiele kobiet podkreśla, że lubi pracować z mężczyznami. Potrafią być przebojowi, decyzyjni, pomysłowi i otwarci na pomysły, dynamiczni, zdecydowanie dążyć do celu. Jakże inaczej wygląda rzeczywistość z perspektywy organizacji pozarządowej, kiedy przychodzi do pracy z mężczyzną-pacjentem. Panowie, którzy trafiają do naszej Fundacji – najczęściej z diagnozą raka prostaty – są często zamknięci w sobie, wycofani, nieskorzy do przyjmowania oferowanej pomocy. Stanowią zupełne przeciwieństwo obrazu dynamicznego mężczyzny, przedstawionego powyżej. A to przecież ci sami mężczyźni. Niewykluczone, że zanim usłyszeli diagnozę albo nawet po prostu w innym otoczeniu – np. biznesowym – należą do opisanych wyżej błyskotliwych pracowników czy menadżerów.



Anna Kupiecka

pierwszej wizyty u nas, wykazują dużą wiedzę, szukają informacji, rozmawiają, sięgają po pomoc. Czy znaleziona np. w sieci wiedza rzeczywiście pomaga – to temat na inną dyskusję. Ale faktem jest, że kobiety są otwarte na rozmowę i pomoc. Angażują się w leczenie swojej choroby. Mężczyźni natomiast zbyt długo pozostają z tym problemem sami albo go ignorują.

Nie wspominam już nawet o tym, że kobiety (choć w Polsce wciąż w niedostatecznym stopniu) znacznie częściej wykonują badania profilaktyczne.

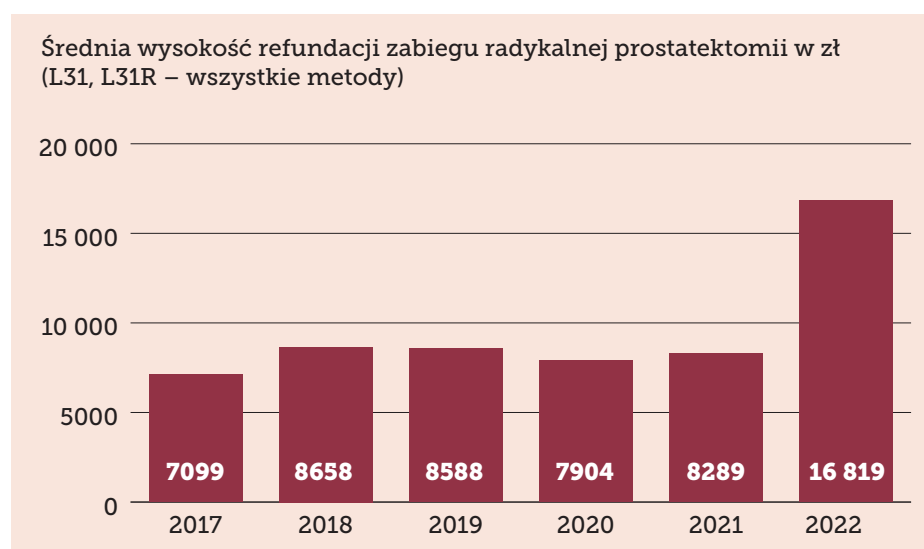
Czy możemy coś zrobić, by zniwelować różnice w zachowaniu pomiędzy mężczyznami a kobietami w obliczu diagnozy nowotworu? Na pewno tak. I na pewno będzie to długotrwały proces. Przede wszystkim trzeba usunąć niepotrzebne bariery, tak systemowe, jak i mentalne. Dlatego od jakiegoś czasu apelujemy o umożliwienie panom korzystania z porady urologa bez skierowania, na takiej samej zasadzie, jak kobiety chodzą do ginekologów.

Kobiety również mają na tym polu do odegrania istotną rolę. Musimy podjąć działania, by oswoić temat raka prostaty. By to, o czym mężczyźni często boją się mówić nawet prywatnie, było obecne w przestrzeni publicznej. Odczarować mit niezłomnego, niewrażliwego na nic rycerza na białym koniu. Znieść pewne bariery mentalne. Może to skłoni panów do tego, by przestali dyskryminować swoje zdrowie. W ostatnim czasie zaczynam dostrzegać pewien pozytywny trend. Zdarza się, bardzo rzadko, ale jednak zdarza, że mężczyźni zaczynają pojawiać się w naszej Fundacji na rozmowę lub konsultacje psychologiczne. Musimy dążyć do tego, by mężczyźni zrozumieli, że troska o swoje zdrowie nie jest niczym wstydlivym lepiej, bo w rzeczywistości jest to akt heroizmu. Bez względu na płeć.

Prowadząc kampanię ProstaTaHistoria już od 7 lat, widziałam wielu mężczyzn chorych onkologicznie, dla których rozmowa o chorobie, zwłaszcza tak intymnej, była niezwykle trudną barierą do pokonania. Za tym idzie brak otwartości na różne formy pomocy, którą mogliby uzyskać. Często panicznie wręcz boją się przyznać przed samymi sobą, że mają do czynienia z rakiem. Chodzą od urologa do urologa, od profesora do profesora, cały czas postrzegając swój problem jako chorobę, a nie nowotwór prostaty. Unikają ośrodków onkologicznych, bronią się przed wizytą u onkologa i przyznaniem, że to może być choroba groźna i zagrażająca życiu. Bagatelizują objawy sygnalizujące rozwój choroby, doprowadzając się do poważnego stanu zaawansowanego.

Dla kontrastu, często obserwuję, że zupełnie inaczej w obliczu podobnej sytuacji życiowej zachowują się kobiety. Pacjentki z rakiem piersi, nierzadko nawet przy okazji

WYKRES NUMERU



RAPORT: „CHIRURGIA

Rok 2022 był pod wieloma względami przelomowy w rozwoju chirurgii robotowej w Polsce. Nastąpił lawinowy wzrost liczby szpitali stosujących roboty chirurgiczne. 4844 zabiegi w asyście robota wykonało w sumie 40 placówek. Wśród nich było 15 szpitali, w których zabieg robotowy wykonano po raz pierwszy. Dla porównania, w 2021 roku przybyło ich siedem, a w 2020 roku – cztery. Wśród 15 nowych ośrodków znalazło się 11 szpitali publicznych i 4 prywatne.

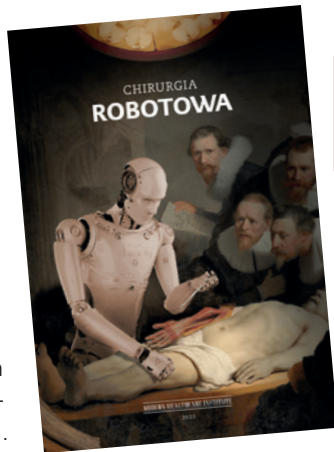
W grudniu 2022 roku 40 polskich szpitali wykonywało zabiegi w asyście robotów chirurgicznych, wykorzystując systemy da Vinci (30 ośrodków), Versius (11 ośrodków) lub Senhance (1 ośrodek). Dwa szpitale wykonywały w 2022 roku operacje na dwóch różnych systemach, czyli da Vinci i Versius. W ciągu całego roku aż 15 placówek w całej Polsce wykonało pierwsze operacje robotowe, co oznacza przyspieszenie upowszechniania robotyki (w 2021 roku było 7 nowych placówek). Warto podkreślić, że wykonanie pierwszych zabiegów nie oznacza, że szpital na trwałe dołączył do grona placówek wykonujących zabiegi w asyście robota chirurgicznego. Dwa szpitale, które w 2022 roku wykonały pierwsze zabiegi robotowe, w chwili obecnej nie planują ich kontynuować.

Według danych Narodowego Funduszu Zdrowia oraz informacji pozyskanych bezpośrednio od placówek medycznych, w 2022 roku w Polsce przeprowadzono w sumie ponad 9900 zabiegów radykalnej prostatektomii, w tym 3361 (czyli około 34 proc.) wykonano w asyście robota, z czego 2460 sfinansowanych przez NFZ (jako procedurę L31R lub jako zabieg laparoskopowy). Oznacza to znaczący wzrost w stosunku do poprzedniego roku, kiedy w Polsce wykonano 1790 robotowych prostatektomii, a spośród nich tylko 530 zabiegów sfinansował NFZ.

Mariusz Bidziński, krajowy konsultant w dziedzinie ginekologii onkologicznej

Chirurgia wspomagana robotem zmieniła dziedzinę ginekologii onkologicznej w ciągu ostatnich 18 lat. Ta minimalnie inwazyjna platforma chirurgiczna umożliwiła coraz większej liczbie pacjentów dostęp do bezpośrednich korzyści płynących z małoinwazyjnej chirurgii, w tym utraty mniejszej ilości krwi, krótszych pobytów w szpitalu, mniejszej liczby powikłań związanych z ranami i szybszego powrotu do zdrowia.

Rozwój tej techniki chirurgicznej w naszym kraju jest uzależniony w dużej mierze od refundacji tych zabiegów przez płatnika. W najbliższym czasie spodziewana jest odrębna refundacja zabiegów leczenia raka endometrium z wykorzystaniem techniki robotowej, jednak pod pewnymi warunkami. Dotyczy to głównie placówek, które dysponują odpowiednią infrastrukturą, kadrą oraz odpowiednim potencjałem chorych na ten nowotwór. Bezpieczeństwo chorych jest najważniejszym elementem w tym przypadku i wszystko należy sprowadzić do zapewnienia tej grupie kobiet najwyższych standardów opieki.



Mariusz Bidziński



Piotr Czauderna



Tomasz Szydełko



Grzegorz Wallner

prof. Piotr Czauderna, przewodniczący Rady ds. Ochrony Zdrowia Narodowej Rady Rozwoju

Wydaje się niewątpliwe, iż chirurgia robotowa stanowi jakościowy przelom w medycynie zabiegowej, podobny do wprowadzenia technik laparoskopowych i torakoskopowych, zastosowania znieczulenia ogólnego czy też zasad aseptyki.

Jednak aby zapewnić dalszy racjonalny rozwój chirurgii robotowej w Polsce:

- Konieczna jest standaryzacja ośrodków i operatorów, a także procesu szkoleniowego.
- Konieczne jest pilne utworzenie obowiązkowego centralnego rejestru zabiegów robotowych.
- Konieczne jest zachowanie obiektywizmu i przejrzystości odnośnie oceny produktów i procedur w zakresie chirurgii robotowej.

Zasadnym dla realizacji powyższych celów wydaje się być powołanie przez Ministerstwo Zdrowia dedykowanej grupy roboczej (Task Force), która wypracowałaby konsensus interesariuszy i decydentów z uwzględnieniem benchmarkingu europejskiego.

prof. Tomasz Szydełko, krajowy konsultant w dziedzinie urologii

Chirurgia z użyciem robota staje się wreszcie w Polsce dostępną techniką operacyjną. Można powiedzieć – lepiej późno niż wcale. Przed nami konieczność wprowadzenia kolejnych, refundowanych procedur w urologii, chirurgii, ginekologii i innych dziedzinach zabiegowych. Jestem przekonany, że kluczem do upowszechnienia tej techniki operacyjnej jest kontrola wyników leczenia przez płatnika i system kształcenia lekarzy, dla których robot powinien stanowić jedynie kolejne, nowoczesne narzędzie chirurgiczne.

prof. Grzegorz Wallner, krajowy konsultant w dziedzinie chirurgii ogólnej

Mając na uwadze dużą dynamikę, wręcz geometryczny wzrost liczby systemów robotowych instalowanych w naszym kraju, należy szacować, że potrzeby w zakresie szkolenia odnośnie szybko rosnącej liczby lekarzy chętnych do rozpoczęcia szkolenia z użyciem różnych systemów robotowych będą również intensywnie wzrastać. Tylko w 2022 roku i w pierwszym półroczu 2023 roku 21 jednostek szpitalnych rozpoczęło operacje z wykorzystaniem systemów robotowych.

Doceniając duży wysiłek, jaki wkładają firmy w proces szkolenia chirurgów, który umożliwia rozpoczęcie operacji z użyciem ro-

бота, należy stwierdzić, że bez rozwiązań systemowych w zakresie technik minimalnie inwazyjnych, w tym operacji robotowych, i bez formalnego wsparcia ze strony Ministerstwa Zdrowia, nie będą one w stanie podążać szybko narastającym potrzebom w tym zakresie.

prof. Wojciech Zegarski, krajowy konsultant w dziedzinie chirurgii onkologicznej

Zwraca się uwagę, że tak zwana krzywa uczenia, czyli ilość zabiegów, które musi wykonać chirurg, aby biegle postugiwać się robotem, jest zdecydowanie mniejsza niż w przypadku innych technik. Co nie oznacza, że zabiegi może wykonywać każdy. Aby być biegłym w nowoczesnych technikach chirurgicznych, należy zdobyć wprawierw doświadczenie ogólnochirurgiczne. Nie może być dobrym operatorem robota chirurg, który dopiero zaczyna uczyć się chirurgii. Posiadane doświadczenie w chirurgii laparoskopowej jest bardzo istotne dla szybkiego opanowania techniki robotycznej.

prof. Marcin Stojewski, Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 2 PUM w Szczecinie

Dość niespodziewany i niezwykle dynamiczny wzrost rynku chirurgii robotowej w Polsce może skutkować wystąpieniem kilku zjawisk, zarówno korzystnych, jak i niepokojących. Z punktu widzenia pacjenta dostępność technologii robotowej, szczególnie we wskazaniach onkologicznych, niesie szansę na leczenie zgodne z aktualnymi standardami, z mniejszym ryzykiem powikłań, utraty krwi, precyzyjnym preparowaniem i lepszymi wynikami czynnościowymi takich operacji jak prostatektomia radykalna. Z drugiej jednak strony należy pamiętać, że liczba chorych z rakiem stercza kwalifikowanych do leczenia operacyjnego jest w przybliżeniu w skali naszego kraju stała, a wzrost liczby systemów może prowadzić do sytuacji spadku liczby operacji wykonywanych w danym ośrodku. To z kolei przekłada się na jakość tych procedur.

prof. Piotr Chłosta, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum

Nie mam najmniejszej wątpliwości, że wnikliwe analizy rozwoju chirurgii z asystą robotów w Polsce, przeprowadzane systematycznie przez szefa Modern Healthcare Institute, są opracowaniami godnymi najwyższego szacunku i wdzięczności ze strony wszystkich środowisk medycznych, zwłaszcza tych, które zajmują się upowszechnieniem i wdrażaniem uznanych technologii w leczeniu chorych.

ROBOTOWA 2023"

Ewolucja w tym względzie już się dokonała. I jest moim zdaniem przejawem największego w dziejach postępu w dziedzinie chirurgii dróg moczowych.

prof. Tomasz Drewa, prezes Polskiego Towarzystwa Urologicznego

Kształcenie w zakresie technik robotycznych musi być takie samo, jak w zakresie technik laparoskopowych czy klasycznych – czyli całościowe, w szerokim zakresie, oparte o jednostkę kliniczną czy oddział, który zajmuje się nie tylko operowaniem, ale i leczeniem powikłań i długoterminowym prowadzeniem pacjentów po operacji. Kształcenie prowadzone przez producentów sprzętu zajmuje w tym systemie bardzo ważne miejsce, ale nie zastąpi kształcenia medycznego, którego najważniejszym elementem jest zrozumienie pacjenta i istoty jego choroby. Od tego zależy poprawne leczenie. Tutaj dotykamy sedna sprawy – musimy mianowicie nadal kształcić urologów, a nie „urologów robotowych”. Mamy w Polsce wiele ośrodków urologicznych o dużym potencjale szkoleniowym oraz wielu urologów z doświadczeniem endoskopowym i robotycznym (Tabela 2, str. 18; Tabela 5, str. 32). Nie widzę przeszkód, aby ośrodki te kontynuowały swoje zadania szkoleniowe również w zakresie szkolenia robotycznego. Towarzystwo naukowe i Komisja Akredytacyjna powinny natomiast pilnować, aby nie dochodziło do kształcenia urologów w ośrodkach wykonujących wąski zakres procedur – bo wcześniej czy później doprowadzi to do wypaczenia myślenia o chorobie jako całości oraz spowoduje nieprawidłowości.

Krzysztof Jakubiak, prezes Modern Healthcare Institute

Duże placówki rozwijają centra chirurgii robotowej, szkolą kolejnych operatorów i wprowadzają roboty w kolejnych procedurach. Na rynku pojawiła się konkurencja producentów, co pozwala mieć nadzieję, że bardzo wysokie koszty zakupu i użytkowania robotów zaczną spadać. Dzięki poprawie rentowności, chirurgia robotowa stała się nagle dostępna niemal w całej Polsce, dla każdego pacjenta, i to bezpłatnie – na zasadzie finansowania przez NFZ. W ubiegłym roku o 25 proc. skurczył się prywatny rynek zabiegów, za które pacjenci płacą z własnej kieszeni.

Jeszcze długo nie będzie robotów w prawdziwym rozumieniu tego słowa, czyli maszyn samodzielnie wykonujących zabiegi. Długo też nie będzie algorytmów sztucznej inteligencji, które zastąpią lekarzy przy podejmowaniu decyzji w czasie operacji. Dlatego ciesząc się z rosnącej liczby systemów i zabiegów robotowych, trzeba pilnować ich jakości. Należy stworzyć system zbierania danych, monitorowania efektów zabiegów i budowania kwalifikacji operatorów – aby zapewnić bezpieczeństwo pacjentom, którzy z taką chęcią oddają swoje ciała w objęcia metalowych ramion.

Rodzaje zabiegów robotowych wykonywanych w największych placówkach (2022 r.)

Rodzaje zabiegów	Suma 1-5	SPSK nr 2 PUM	Wojskowy Instytut Medyczny	Państwowy Instytut Medyczny MSWiA (d. CSK)	Wielkopolskie Centrum Onkologii	WSS Gorzów Wlkp.	Medicover
prostatektomia	503	167	90	46		200	293
ginekologia (m.in. histerektomia)	322	20	76	49	162	25	39
chir. przewodu pokarmowego	189			101	60	28	
chir. ogólna (m.in. plastyka przepuklin oponowych)	120	74	46				8
kardiochirurgia (m.in. zastawki, pomostowanie tętnic wieńcowych)	93		28	65			
chir. głowy i szyi	33				33		
chir. klatki piersiowej	27		25	2			
inne zabiegi urologiczne (m.in. nefrektomia, cystektomia)	22	19	1			2	38
laryngologia	8		8				
razem	1327	280	274	263	255	255	378
liczba operatorów wykonujących zabiegi		6	6	5	4	4	3



Wojciech Zegarski



Marcin Stojewski



Piotr Chłosta

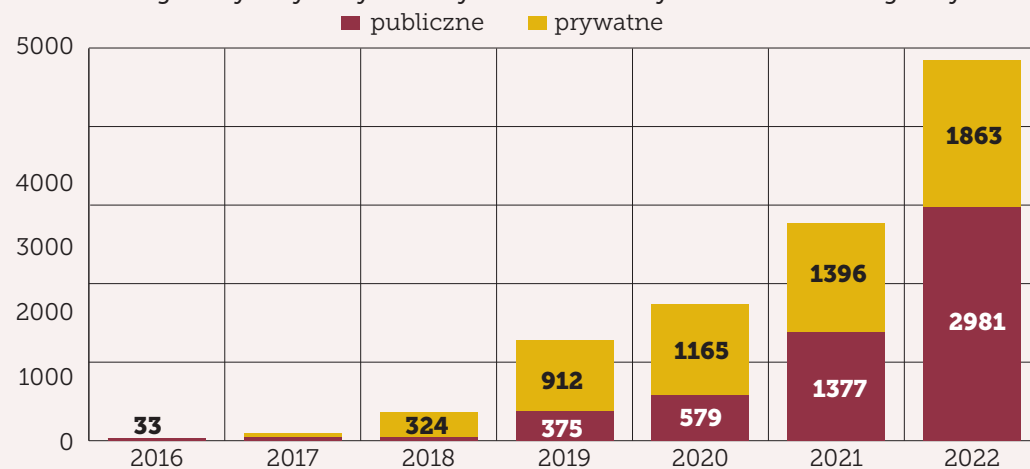


Tomasz Drewa

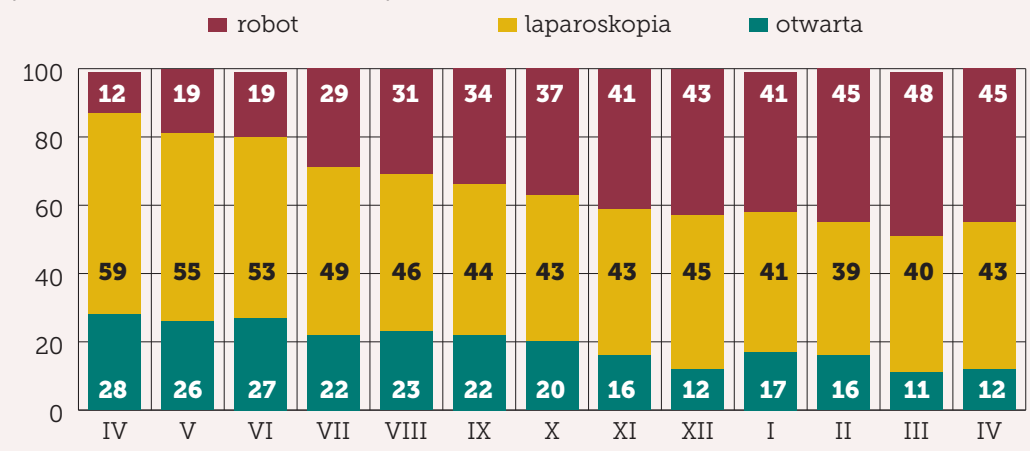


Krzysztof Jakubiak

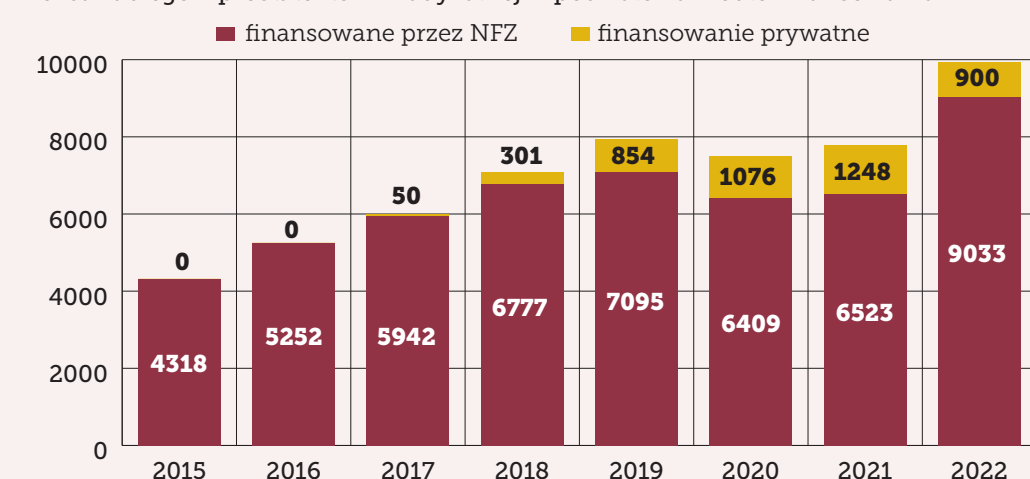
Liczba zabiegów wykonywanych w asyście uniwersalnych robotów chirurgicznych



Proporcje zabiegów prostatektomii radykalnej w układzie miesięcznym (kwiecień 2022 – kwiecień 2023).



Liczba zabiegów prostatektomii radykalnej w podziale na źródło finansowania



Źródło: NFZ, dane z ośrodków

WCZEŚNIEJ ZNACZY SKU

Raport „Wcześniej znaczy skuteczniej. Leczenie we wczesnych stadiach nowotworów” analizuje aspekty kliniczne, organizacyjne i finansowe, związane z możliwie wczesnym rozpoczęciem leczenia osób chorych na nowotwory.

Leczenie okotooperacyjne z zastosowaniem nowoczesnych leków stwarza pacjentom onkologicznym możliwości, których wcześniej w paradygmacie onkologii nie brano pod uwagę – podjęcia terapii z intencją skutecznego wyleczenia. Obejmowanie pacjentów leczeniem na jak najwcześniejszym etapie choroby jest istotne również ze względów farmakoekonomicznych.

Wraz z rozwojem nowoczesnych, coraz skuteczniejszych terapii onkologicznych, coraz większą rolę przy ich ocenie i finansowaniu odgrywa utrata produktywności, w tym głównie absenteizm i prezenteizm, a także obciążenie systemu opieki społecznej przez osoby, które nie mogą kontynuować pracy zawodowej nawet po zakończeniu terapii.

Leczenie okotooperacyjne zmniejsza śmiertelność wśród pacjentów, co jest szczególnie istotne w odniesieniu do osób w wieku produkcyjnym, ogranicza koszty społeczne oraz pozytywnie wpływa na poziom PKB. Jednocześnie w mniejszym

Cele leczenia okotooperacyjnego na wczesnych etapach rozwoju nowotworu:

- minimalizacja ryzyka wystąpienia przerzutów
- zmniejszenie ryzyka nawrotu choroby
- ułatwienie resekcji guza
- możliwość (w niektórych przypadkach) wykonania mniej okaleczającego dla pacjenta zabiegu operacyjnego,
- zmniejszenie śmiertelności
- poprawa jakości życia chorego
- umożliwienie pacjentowi powrotu do pracy zawodowej i aktywności społecznej
- redukcja kosztów całkowitego leczenia.

stopniu ogranicza chorego, który wymaga rzadszych i krótszych hospitalizacji, przez co może on wrócić szybciej do pracy i pełnienia innych ról społecznych.

W latach 2018-2022 Europejska Agencja ds. Leków dopuściła do obrotu 19 leków stosowanych w ramach leczenia adjuwantowego lub neoadjuwantowego. Ta liczba, a także miejsce i rosnące znaczenie, zwłaszcza immunoterapii, określone w najnowszych aktualizacjach wytycznych praktyki klinicznej leczenia wczesnych postaci różnych chorób nowotworowych, wskazują na potrzebę właściwego finansowania i dostępu do nich. Nie

można traktować ich tożsamo z leczeniem stosowanym w zaawansowanych stadiach choroby nowotworowej. Leczenie okotooperacyjne we wczesnych stadiach choroby onkologicznej zwiększa szansę wyleczenia, a nie tylko ograniczonej czasowo kontroli choroby, jak ma to miejsce w przypadku choroby zaawansowanej lub uogólnionej.

Dane rynkowe jednak, w tym na przykład raport EFPIA, wskazują, iż odsetek terapii refundowanych stosowanych we wczesnych postaciach chorób onkologicznych jest niższy średnio o 10 proc. w porównaniu z odsetkiem leków refundowanych, które stosowane

Szczepienia dorosłych: potrzeby i możliwości

dr Michał Sutkowski, prezes Warszawskiego Oddziału Kolegium Lekarzy Rodzinnych



Polityka zdrowia publicznego powinna uwzględnić program szczepień nie tylko dla dzieci ale i wszystkich grup wiekowych. Luki w programach szczepień dla dorosłych istnieją nie tylko w Polsce.

Same szczepienia dorosłych mają oczywiście mocne uzasadnienie stanowiąc:

- dodatkową ochronę przed osłabieniem odporności na dane zakażenie po szczepieniu podstawowym (krztusiec, odra)
- zabezpieczenie przed ciężkim przebiegiem / zgonem (odra, ospa wietrzna, WZW A)
- wzmocnienie skuteczności reaktywności układu odpornościowego w starszym wieku
- redukcję ryzyka wynikającą z koincydencji z infekcją do chorób współistniejących

Pocovidowa Polska nie będzie bez zakażeń. Dobroczynstwo zapobiegania chorobom infekcyjnym wymaga działań edukacyjnych jak i rozwiązań systemowych.

prof. Marcin Czech, prezes Polskiego Towarzystwa Farmakoekonomicznego

Stosowanie szczepionek w celu zapobiegania chorobom dorosłych i osób starszych, skutkuje mniejszą liczbą wizyt lekarskich, badań diagnostycznych, leczenia i hospitalizacji, co w sumie przekłada się na znaczne oszczędności w kosztach opieki zdrowotnej. Warto podkreślić, że koszty pośrednie – związane z dniami pracy utraconymi przez pacjentów i opiekunów z powodu chorób zakaźnych, którym można zapobiec dzięki szczepieniom, mogą być znacznie wyższe niż bezpośrednie koszty opieki zdrowotnej. Szczepienia mogą także wzmocnić podstawową opiekę zdrowotną i od-

grywać kluczową rolę w poprawie dostępu do powszechnej opieki zdrowotnej, zmniejszając presję na budżety opieki zdrowotnej i poprawiając równość w zdrowiu. Bazując na wnioskach wyciągniętych z pandemii COVID-19, inwestowanie w szczepienia dorosłych będzie również wspierać gotowość na ewentualne przyszłe pandemie.

Jednocześnie, zdrowsza populacja, m.in. dzięki szczepieniom, zarówno pod względem fizycznym, jak i psychicznym, poprawi stosunek osób aktywnych zawodowo do osób nieaktywnych zawodowo, co przetoży się na większą produktywność. Prowadzi to do zwiększonej aktywności gospodarczej i konsumpcji, wyższych dochodów z podatków i zmniejszonych wydatków na opiekę zdrowotną, co z nawiązką zrekompensuje koszty szczepień.

Badanie przeprowadzone w Holandii wykazało, że każde 1 euro zainwestowane w szczepienia dorosłych, począwszy od wieku 50 lat, przyniosłoby rządowi ponad 4 euro dochodu ekonomicznego na pozostały okres życia, dzięki wpływowi na wzrost produktywności i udziału siły roboczej.

prof. Jacek Wysocki, prezes Polskiego Towarzystwa Wakcynologii



Pomimo ogromnego postępu medycyny interwencyjnej rezultaty leczenia nie zawsze są zadowalające, a pacjenci często cierpią na różnorodne powikłania choroby lub następstwa stosowania skomplikowanych metod leczenia. W trakcie leczenia a niekiedy po jego zakończeniu pogarsza się jakość życia pacjentów i co wymienia się na końcu, chociaż jest niezwykle ważne – koszty zapobiegania są na ogół znacząco niższe niż koszty leczenia.

W świetle powyższych faktów wyłania się problem skonstruowania schematu szczepień (kalendarza szczepień) dla osób dorosłych na wzór stosowanych u dzieci. W kra-

jach o dłuższej tradycji szczepień takie zalecenia już istnieją i są stosowane. Przykładem mogą być Stany Zjednoczone, w których każdego roku Centrum Kontroli i Zapobiegania Chorobom wydaje zalecenia stosowania szczepień u dorosłych. Są one dostępne w postaci tabel uporządkowanych na dwa sposoby. Jedną z nich przedstawia zalecenia stosowania różnych szczepionek według grup wiekowych pacjentów – lekarz rodzinny może łatwo sprawdzić, jakie szczepienia są rekomendowane dla pacjenta w określonym wieku. Drugą z tych tabel uporządkowana jest według chorób przewlekłych lub innych istotnych czynników. Lekarz rodzinny może sprawdzić, jakie szczepienia powinien wykonać u swojego pacjenta cierpiącego na jakąś chorobę przewlekłą, np. astmę, cukrzycę lub chorobę nowotworową, ale także u pacjentki w ciąży lub pacjenta, który jest pracownikiem ochrony zdrowia. Te rekomendacje bardzo ułatwiają stosowanie szczepień u dorosłych, ale są dopiero pierwszym krokiem do ich upowszechnienia. Wiele krajów europejskich posiada również takie opracowane schematy uodpornienia dorosłych i osiągnęło znaczące sukcesy, uzyskując wysokie odsetki zaszczepienia w tej populacji. Bardzo dobrym przykładem mogą tu być Włochy.

Stworzenie kalendarza szczepień dla dorosłych to dopiero pierwszy krok. Aby osiągnąć wysokie odsetki zaszczepienia potrzebne jest budowanie świadomości osób dorosłych dotyczącej zagrożenia chorobami infekcyjnymi oraz możliwości ich zapobiegania. Lekarz rodzinny zgodnie z rekomendacjami zaproponuje swoim dorosłym podopiecznym szczepienia, ale decyzja o ich wykonaniu należy do pacjentów. Kolejnym ważnym warunkiem jest uregulowanie problemu odpłatności za te szczepienia. W rozwiniętych krajach stosuje się na ogół rozwiązania, które umożliwiają bezpłatny dostęp do szczepień. Finansującym te świadczenia może być budżet państwa lub firmy ubezpieczeniowe w zależności od kraju. Ważne, aby pacjent nie ponosił kosztów ich wykonania.

TECZNIEJ



dr hab. Maciej Niewada, HealthQuest

Leczenie okołoperacyjne przynosi korzyści ekonomiczne

Kliniczne korzyści z leczenia okołoperacyjnego w dość oczywisty sposób przekładają się na wymierne oszczędności ekonomiczne wynikające z uniknięcia nawrotów choroby i tym samym zwiększenia odsetka wyleczonych pacjentów. W przypadku nawrotu choroby, niestety stopień jej zaawansowania może uniemożliwić uzyskanie całkowitego sukcesu terapeutycznego i wiązać się z niekorzystnym rokowaniem. Pacjenci, u których dochodzi do nawrotu choroby, wymagają zaawansowanych metod diagnostycznych i terapeutycznych, częstych hospitalizacji, a w końcowej fazie także opieki terminalnej. Dla przykładu, koszty leczenia potrójnie ujemnego raka piersi w stadium IV są kilkakrotnie większe niż skumulowane koszty leczenia choroby w stadiach mniej zaawansowanych bez przerzutów (I-III). Z tej przyczyny skumulowane koszty nawrotów i progresji choroby są znaczne i dlatego ich uniknięcie jest atrakcyjne także z ekonomicznej perspektywy ze względu na znaczną redukcję kosztów. Terapie adjuwantowe mogą nie tylko przynieść korzyści pacjentom onkologicznym, umożliwiając części z nich całkowite wyleczenie, ale także istotnie zmniejszyć obciążenie systemu ochrony zdrowia dzięki zmniejszeniu liczby chorych z zaawansowaną chorobą, do której doszło mimo leczenia chirurgicznego. Podobnie, leczenie neoadjuwantowe, które, poprzedzając zabieg chirurgiczny, umożliwia jego przeprowadzenie lub znacznie ogranicza jego rozległość, a tym samym ma wpływ zarówno na wczesne powikłania, jak i odległe rokowanie. Oszczędności w opiece onkologicznej mogą zostać wykorzystane dla innych pacjentów, a ponadto mogą skutkować poprawą efektywności wykorzystania ograniczonych dostępnych zasobów. Właściwe strategie leczenia przed i pooperacyjnego mogą optymalizować efekty i koszty leczenia.

są w zaawansowanych stadiach. Można przypuszczać, że specyficzne kwestie związane z oceną efektywności klinicznej w długim okresie i ograniczoną dostępnością danych dotyczących całkowitego przeżycia skutkują

błędną perspektywą niewielkich lub niepewnych korzyści związanych z leczeniem okołoperacyjnym. W raporcie są analizowane korzyści oraz wyzwania związane z leczeniem okołoperacyjnym.



Cukrzyca a ciąża – optymalizacja opieki



prof. Krzysztof Czajkowski,
Warszawski Uniwersytet Medyczny,
krajowy konsultant w dziedzinie
położnictwa i ginekologii

W czerwcu br. ukazał się projekt zmiany rozporządzenia w sprawie wykazu wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie, który trafił do konsultacji społecznych. Zgodnie z opublikowanym dokumentem, nastąpią zmiany w warunkach przyznawania systemów ciągłego monitorowania glikemii tj.: poszerzenie wskazań do ich refundacji o kobiety z cukrzycą w ciąży i w okresie połogu niewymagające zastosowania insulinoterapii. Dzięki temu wszystkie kobiety w ciąży i połogu z cukrzycą, także te, które nie wymagają insulinoterapii, będą miały dostęp do refundowanych systemów. To doskonała wiadomość zarówno dla nas – środowiska lekarzy, jak również dla pacjentek. Po konsultacjach społecznych projekt trafi do podpisu Ministra Zdrowia, zmiany mają wejść w życie 1 stycznia 2024 roku.



dr Jakub Gierczyński, MBA

W Polsce w ostatnich latach znacząco poprawił się dostęp pacjentów z cukrzycą do refundowanych technologii medycznych, zarówno lekowych, jak i nielekowych (wyrobów medycznych). Znakiem przykładem jest refundacja systemu ciągłego monitorowania stężenia glukozy. Decyzje refundacyjne Ministra Zdrowia przetożyły się na wzrost dostępności dla pacjentów z cukrzycą, co znacząco poprawiło jakość i efektywność opieki diabetologicznej.



prof. Ewa Wender-Ożegowska,
Uniwersytet Medyczny im. Karola
Marcinkowskiego w Poznaniu

Cukrzyca jest najczęstszym zaburzeniem metabolicznym w okresie ciąży. Kobiety z cukrzycą w ciąży należą do grupy z cukrzycą przedciążową, (w tym cukrzycy typu 1 i typu 2) i cukrzycą ciążową. Międzynarodowa Federacja Diabetologiczna sugeruje, że 1 na 6 (16,8 proc.) cięż jest dotknięta cukrzycą. Z tej liczby 13,6 proc. cierpi na cukrzycę przedciążową. Do tej pory najczęstszą postacią cukrzycy u kobiet w okresie prokreacyjnym była cukrzyca typu 1. Cukrzycę typu 2 u kobiet w ciąży obserwuje się rzadziej, jednak w najbliższych latach należy spodziewać się częstszego występowania cukrzycy typu 2 u ciężarnych, szacuje się, że nawet do 30-50 proc. pacjentek z cukrzycą przedciążową. Wynikać to będzie ze stałego podwyższania się wieku kobiet ciężarnych oraz z coraz młodszego wieku zachorowania na cukrzycę typu 2 we wszystkich populacjach na świecie, z uwagi na narastającą lawinowo otyłość, również wśród kobiet w wieku rozrodczym.



prof. Dorota Zozulińska-Ziółkiewicz,
Uniwersytet Medyczny im.
Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

Z badań naukowych, jak również doświadczeń klinicznych wynika, że stosowanie ciągłego monitorowania glikemii przez pacjentów leczonych metodą intensywnej insulinoterapii, zarówno przy użyciu osobistej pompy insulinowej, jak

i wstrzykiwaczy, zwiększa odsetek czasu spędzonego w docelowych wartościach glikemii, zmniejsza liczbę i skraca czas epizodów hipoglikemii, pozwala ujarzmić dużą zmienność glikemii, przy równoczesnym aktywniejszym życiu, lepszej jakości pracy i aktywnego wypoczynku.



prof. Małgorzata Myśliwiec,
Gdański Uniwersytet Medyczny

Przeprowadzona kompleksowa analiza danych dokonana przez polskich ekspertów w dziedzinie diabetologii w 2021 r., opublikowana w czasopiśmie Diabetes Technology & Therapeutics, potwierdza, iż pacjenci w Polsce zdecydowanie pełniej wykorzystują możliwości ciągłego monitorowania glikemii niż populacja ogólnoswiatowa: skanują się częściej, dzięki czemu uzyskują lepszą kontrolę glikemii. Jest to dowód na to, że pacjenci w Polsce bardzo dobrze wykorzystują nowoczesne technologie.



prof. Leszek Czupryniak,
Warszawski Uniwersytet Medyczny

Optymalizacja opieki nad chorymi na cukrzycę w Polsce jest niezwykle istotna dla zapewnienia pacjentom wysokiej jakości opieki i poprawy jakości życia. Wymaga to rozbudowanego systemu edukacji, wzmacniania roli specjalistów, jak najszerzego stosowania nowszych grup leków oraz inwestycji w nowoczesne technologie.

NIE JESTEM OPTYMISTĄ

Największe problemy systemu ochrony zdrowia — to dewastacja systemu kształcenia oraz dostępność. Aby skrócić kolejki potrzebne jest partnerstwo publiczno-prywatne. Potrzebujemy szybszego wzrostu nakładów na ochronę zdrowia, zwłaszcza w celu zmniejszania nierówności w dostępie pacjentów do opieki, badań czy leków — mówi Łukasz Jankowski, prezes Naczelnej Rady Lekarskiej.



— Czy słusznym jest pogląd, że to lekarze zmienili ministra zdrowia?

— Lekarze nie powołują i nie odwołują ministra.

— Najpierw NRL ogłosiła votum nieufności wobec ministra Niedzielskiego, a potem nastąpiła zmiana.

— Zachowaliśmy się po prostu logicznie. Jeżeli tracimy zaufanie do ministra i składamy wniosek do prokuratury, to siłą rzeczy musimy o tym poinformować przełożonego pana ministra, czyli pana premiera. Nie jesteśmy od zmiany ministrów, natomiast na pewno w tym, że pan premier dał sygnał, że nie wyraża zgody na takie zachowania — mamy swoją cegiełkę. I pismami, i publiczną korespondencją — stanęliśmy za naszym kolegą i za prawami pacjentów.

— Rozumiem, że czarę goryczy przelał ten (nie) sławny twit o panu doktorze z Poznania, ale to była tylko ostatnia kropla?

— Od pewno czasu narastała frustracja środowiska i atmosfera była naprawdę trudna. Trudno było współpracować w sytuacji, w której byliśmy — mówiąc wprost — obrzucani błotem przez pracowników ministerstwa. Postępowano nie tylko przeciwko nam, ale i przeciwko pacjentom. Wydaje mi się, że bardzo utrudniał nam współpracę pewien dualizm, który dostrzegamy — z jednej strony widzimy, że w systemie jest źle, z drugiej ministerstwo mówi, że jest świetnie. Miałem takie doświadczenie w czasie pandemii — siedziałem w pełnym rynsztunku na sali z pacjentami, doklejałmśmy taśmą klejącą maseczki do tłenu, w telewizji występował rzecznik ministerstwa i pacjenci pytali — co on mówi, to w ogóle nie jest prawda. Podobnie jest z nakładami na ochronę zdrowia — zupełna dychotomia, żeby nie powiedzieć — schizofrenia. Tak samo z tym podejściem, że minister ma bronić pacjentów przed lekarzami; minister tak się wprost postawił, pokazał się jako szeryf, który będzie bronił pacjentów przed złymi lekarzami. Odwrócił cały paradygmat. Do tej pory mieliśmy przekonanie, że leczymy pacjentów a minister organizuje system — lepiej, gorzej, ale organizuje. Teraz doszło do tego, że to minister chciał leczyć, ograniczając i pilnując naszych narzędzi pracy. To nie miało szansy powodzenia. Pod tym względem czuję ulgę, że już jesteśmy po tym okresie.

— Jak Pan ocenia zmiany wprowadzane w systemie ochrony zdrowia przez ostatnie kilka lat?

— Może to będzie niepopularne, co powiem, ale z okresu, odkąd zajmuję się sprawami systemowy-



Aby efektywniej wydawać te rosnące pieniądze, potrzebne są zmiany w organizacji.



mi, najwyżej cenię ministra Radziwiłła. Pamiętam czas, kiedy z nim dyskutowaliśmy. Protestowaliśmy — ale prowadziliśmy dyskusję nad dużymi zmianami systemowymi. Była ustawa „6 procent”, ustawa o płacy minimalnej, sieć szpitali — coś, co pozwalało mówić o reformie systemu. Później nastąpiły trudne czasy COVID-u, ale za ministra Szumowskiego nastąpiła cyfryzacja. Natomiast potem... trudno mi powiedzieć o czymś z okresu kadencji ministra Niedzielskiego. Może początek opieki koordynowanej? — ale to dopiero raczkuje. Ustawa o jakości, przed którą musimy się bronić i w której tak naprawdę nie ma jakości? Sieć onkologiczna jeszcze na papierze, jest za wcześnie, żeby ją oceniać. Nowelizacja ustawy refundacyjnej nastąpić musiała. Ustawa o płacy minimalnej jest tak naprawdę kontynuacją tego, co już wydarzyło się wcześniej.

— A coś się zmieniło na gorsze?

— Właśnie ten paradygmat, że minister będzie leczył i pilnował lekarzy, a lekarz będzie wykonawcą woli ministra i jeśli coś zrobi źle — to minister go ukarze. Jak widzieliśmy, może go ukarać nawet narażając na publiczny ostracyzm. Zmieniło się również to, że mieliśmy poczucie, że ministerstwo gra w jakąś PR-ową grę. Dzieje się coś niezrozumiałego z perspektywy systemu. Człowiek z zewnątrz, bez czucia systemu, który a priori stawiał siebie w pozycji tego, który decyduje. Czytałem też Pana analizę i zgadzam się, że to nie był jeden twit, który przekreślił karierę i piękne działania. Widzę to tak, że minister w kolejnych krokach omijał znaki STOP i jechał dalej.

— Było, minęło. Co jest dzisiaj największym problemem ochrony zdrowia?

— Kadry, czyli dewastacja systemu kształcenia. Problemem są tzw. szkółki, czyli otwieranie studiów lekarskich w miejscach bez zaplecza. Najwyższa Izba Kontroli wskazuje, że nie ma długofalowej strategii. Znowu przywołam ministra Radziwiłła, który w czasie protestu rezydentów mówił, że nic nie stanie się z dnia na dzień, że to musi być stopniowe działanie. My odpowiadaliśmy, że trzeba natychmiast zwiększyć nakłady na zdrowie — i wszyscy mieli rację.

— Jeśli obniży się jakość kształcenia, to efekty zobaczymy jednak dopiero za 10 lat. A co jest problemem dzisiaj?

— Największym problemem systemu jest dostępność.

— Jak to zmienić?

— Wprowadzić partnerstwo publiczno-prywatne, czyli zasadę, według której pacjent po pewnym czasie oczekiwania ma prawo iść do placówki prywatnej, a NFZ za to płaci — przeznaczając pieniądze, które miał wydać na to świadczenie. Pieniądze powinny iść za pacjentem. To rozwiązanie od pewnego czasu jest dyskutowane. NFZ wydaje np. 40 zł, które miał przeznaczone na badanie USG w placówce z kontraktem, pacjent dopłaca różnicę ceny i ma zrobione badanie, wyniki w ręce, coś się dzieje na jego ścieżce.

Pomóc może również rozwój telemedycyny, tak aby za pomocą rozwiązań informatycznych szpitale w pewien sposób koordynowały podstawową opiekę zdrowotną. Aby lekarz POZ miał na przykład raz w tygodniu konsultacje ze specjalistą, omawiając z nim problemy dotyczące swoich pacjentów, zamiast wysyłać ich do AOS. Tak się zaczyna dziać w opiece koordynowanej, ale z kolei problemem są braki kadrowe w POZ i tutaj wracamy do systemu kształcenia.

— Kadry, dostępność, a czy problemem są także pieniądze? Zapowiadany jest protest na dwa tygodnie przed wyborami i jednym z postulatów ma być wzrost nakładów. Koniec z bylejąkością i wyższe nakłady. Zgadza się Pan z tymi postulatami?

— To nie samorząd zapowiada protest, tylko OZZL. Zgadza się z postulatami, ale mam wątpliwości co do terminu tego protestu. Rzeczywiście, robienie protestu na dzień przed marszem Tuska może być problematyczne. Zwłaszcza, że politycy już deklarują, że będą chcieli wesprzeć lekarzy... a tak naprawdę będą chcieli w ten sposób wesprzeć swoją kampanię wyborczą. Im bliżej wyborów, tym większa szansa upolitycznienia. Dlatego doradzam organizatorom, żeby przenieśli termin tego protestu. Co do postulatów — mamy aktualnie 4,91 proc. PKB wydatków na zdrowie, co podaje GUS.

— Na co powinniśmy przeznaczyć te dodatkowe pieniądze?

— Na wyrównanie nierówności. Bardzo często mamy w gabinetach pacjentów, na przykład cukrzycowych, którym proponujemy lepszą terapię czy choćby czujnik glikemii. Jeśli okazuje się, że musieliby dopłacać 70 zł na dwa tygodnie, czyli 140 zł na miesiąc — to dla wielu osób nadal jest problem. Potrzebne są zatem wyższe kwoty na refundację leków i wyrobów. Poza tym dodatkowe pieniądze byłyby potrzebne na to partnerstwo

publiczno-prywatne, o którym wspominałem, aby poprawić dostępność, pozwolić pacjentom na poszukiwanie wizyt i badań tam, gdzie to jest możliwe. Politycy mówią, że jeśli zaczniemy wydawać pieniądze w prywatnym sektorze, system padnie. W długofalowej perspektywie — to nie jest prawda.

— Sam wzrost nakładów szczęścia nie przyniesie. Przez dwa lata nominalnie podwojono nakłady, ale NFZ sfinansował mniej więcej tyle samo świadczeń.

— Chwalenie się tylko kwotą nominalną, przy tak wysokiej inflacji, jest absurdalne. Ale to jest argument za tym, że musimy jeszcze szybciej zwiększać nakłady na zdrowie. Aby efektywniej wydawać te rosnące pieniądze, potrzebne są zmiany w organizacji. Duży szpital powinien — za pomocą rozwiązań telemedycznych — ściśle współpracować z mniejszymi ośrodkami. Czyli sieć, koordynacja. Sieć szpitali — to był bardzo dobry pomysł, który w praktyce nie funkcjonuje. Rozbito się o ambicje podmiotów właścicielskich, czyli głównie samorządów różnego szczebla, oraz o pieniądze.

— Czy mamy w Polsce za dużo szpitali i należy je zamykać?

— To jest bardzo trudne pytanie. Pracujemy na zasobach, które mamy. Przeciwnicy tego poglądu powiedzą, że w czasie COVID-u bardzo przydało się to, że mamy dużo łóżek szpitalnych. Natomiast długofalowo potrzebujemy w Polsce zakładów opieki długoterminowej oraz domów pomocy społecznej. Łóżka szpitalne, które dzisiaj stoją puste, mogłyby pracować w ten sposób. Mówią o tym politycy różnych partii — o domach zdrowia, poradniach jednego dnia, centrach opieki senioralnej. Potrzebujemy szpitala powiatowego, który zapewni podstawową opiekę — internę, chirurgię — nawet w trybie jednodniowym, być może ginekologię i położnictwo, czyli trzy piony — zachowawczy, zabiegowy oraz pion opieki nad kobietą i noworodkiem. Do tego opieka długoterminowa — i całość by mogła funkcjonować, gdyby wszystko działało w koordynacji ze szpitalem wojewódzkim. Filie dużych ośrodków naprawdę dobrze działają, osobiście widzę, że dobrze funkcjonuje szpital w Legionowie jako filia Wojskowego Instytutu Medycznego, gdzie na przykład nie ma problemu z konsultacją neurochirurga. Dla zwykłego szpitala powiatowego możliwość skonsultowania się z neurochirurgiem — to prawdziwa męka, wydzwanianie, prośenie się.

— Przyczyną jest rozproszenie właścicielskie.

— To się nie zmienia. Żaden minister zdrowia bez naprawdę silnego poparcia politycznego nie będzie w stanie tego zmienić.

— Straszny pesymizm.

— Chyba realizm. Trzeba byłoby to robić bardzo powoli, stopniowo, jeden przypadek po drugim. Czyli reforma oddolna. Wszystko jest w rękach samorządów. Są szpitale marszałkowskie, prezydenckie, powiatowe, gminne — w dodatku rywalizują ze sobą, kupując kadre. To jest bez sensu.

— I jeszcze dochodzi tzw. zadłużenie szpitali.

— Zadłużenie szpitali to dla mnie absurdalny koncept. Jak szpital publiczny może być zadłużony? Podpisał kontrakt, więc leczył zbyt wielu pacjentów?

— Sporo szpitali ma problemy finansowe, bo za dużo płaci lekarzom.

— Pewnie coś takiego usłyszymy. Problemem jest rzeczywiście rozwarstwienie płacowe wśród lekarzy. Bardzo długo mówiliśmy, że lekarze zarabiają za mało. Obecnie 15 proc. lekarzy zarabia według płacy minimalnej — i o nich trzeba się upominać. Ale zdarzają się także lekarze, którzy zarabiają i milion złotych. Jeśli są świetnymi specjalistami — to dobrze. Ale jeśli z tego powodu szpital wpada w długi — a nie ma wyjścia, bo są jedynymi specjalistami — to jakaś forma urealnienia tych stawek miałaby sens. Ale ona dokonałaby się sama. Jestem przeciwnikiem opinii, że widetki płacowe rozwiążą problem. Jeśli mówimy o rzeczywistym systemie z koordynacją, taka reforma dokonałaby się sama. Nie sądzę, żeby istniały wtedy tak wielkie kominy płacowe.

— Czyli bardziej wierzy Pan w wolny rynek niż w centralne zarządzanie.

— Problem jest chyba bardziej skomplikowany. Reformę należy przeprowadzać stopniowo, zaczynając od decentralizacji

” Rządzący powinni ogłosić, że odchodzimy od kultury karania, nagradzamy najlepsze podmioty (może zwiększeniem wyceny punktu) a jednocześnie ci najlepsi uczą najgorszych. ”

i samorządów. Ale jednak — wolny rynek i wolny zawód lekarza. Pandemia pokazała, że centralizacja nie spełnia swojej funkcji. To wyglądało tak, że siedziałem na dyżurze i dzwoniła do mnie pani z urzędu wojewódzkiego pytając, ile mamy łóżek. Odpowiadałem — mamy cztery wolne łóżka, ale już wjeżdża dwóch pacjentów... Przerzywała mi wtedy i mówiła — "Aha, czyli macie cztery łóżka, dziękuję doktorze" i wpisywała do tabelki w excelu cyfrę "cztery". Zanim ta informacja doszła z dołu na górę — to już wszystko się zmieniało. To nie miało sensu.

— A czy w naszym systemie rzeczywiście tak dużym problemem jest jakość? Ustawa o jakości była dla resortu priorytetowym projektem przez ostatni rok, a nawet dłużej. Dla samorządu to również jest bardzo ważny temat — dlaczego?

— Jest bardzo ważny, ponieważ wiąże się z kadrami.

— Kto połączył kwestię jakości z ideą no-fault?

— To jest kluczowe pytanie. Dostrzegam koncepcję funduszu kompensacyjnego, który może być "miękkim" wprowadzeniem idei no-fault. W przypadku, kiedy coś się zdarzy, problem przejmuje Rzecznik Praw Pacjenta, wypłaca odszkodowanie — i poniekąd rozwiązuje problem. Gdyby nie było jednocześnie ministra sprawiedliwości, który tworzy prokuratury do ścigania

błędów medycznych, myślę, że kilka lat by wystarczyło na zmianę mentalności pacjentów, którym przecież nie chodzi o to, żeby kogoś wstawiać za kratki — tylko żeby się szybko rehabilitować dzięki otrzymanym pieniądzom z odszkodowania oraz dowiedzieć się, co się stało. Fundusz Kompensacyjny ten problem rozwiązuje.

— Czy wierzy Pan, że lekarze generalnie są zdolni do rzeczowej dyskusji o popełnianych błędach?

— Dzisiaj nie, ponieważ nad głową mamy ministerstwo, które patrzy nam na ręce i chce karać. Kiedy prowadzę zajęcia ze studentami, oni naprawdę boją się tego, że przyjdzie "smutny pan", który obejrzy papiery i zrobi się problem. Uważam, że można byłoby wprowadzić no-fault, gdyby Fundusz Kompensacyjny zadziałał, a po drugie, gdyby dobrze funkcjonowała mediacja. Czyli pacjent spotyka się z lekarzem, postępowanie jest podobne jak w przypadku zdarzeń komunikacyjnych, ubezpieczyciel wypłaca odszkodowanie z polisy lekarza — i pacjent otrzymuje pieniądze, aby sfinansować rehabilitację. Nie ma ciągnięcia po sądach. Na pewno jest jakaś grupa lekarzy, którzy mogliby podlegać odpowiedzialności karnej. Jeśli ktoś na przykład pije alkohol na dyżurze albo odmawia udzielenia pomocy i idzie spać — to powinna się nim zająć prokuratura.

Wracając do pytania, kto połączył no-fault z jakością — nie wiem, to chyba był pomysł na jakiś polityczny sukces. Nie jest to wprost ze sobą powiązane.

— Z jakością związany jest za to niewątpliwie problem braku rejestrów, czyli tego, że lekarze i szpitale boją się porównywania.

— Jesteśmy za pozytywną konkurencją i jawnością. Ale tej jawności, która jest potrzebna, brakuje dlatego, że wszyscy się boimy spraw karnych.

— Tu chyba Pan przesadza. Nie chodzi przecież o błędy, tylko o zwykłe porównanie skuteczności leczenia, zabiegów.

— Jest coraz większa część lekarzy, którzy uważają, że nie ma innej drogi niż jawność i porównywanie się. Ja również tak uważam. Ale to może funkcjonować tylko w sytuacji, kiedy nie karzemy, tylko wyciągamy wnioski i nagradzamy najlepszych. Jeśli ktoś ma słabe wyniki — idzie się doszkolić do najlepszego ośrodka. W chwili obecnej zarządzanie odbywa się bez danych, a system dodatkowo sugeruje, żeby ukrywać te dane — bo jeśli na przykład okaże się, że jakiś szpital trzeba byłoby zamknąć, to będzie polityczna zawierucha. Ja bym chciał wiedzieć, czy w szpitalu, gdzie pracuję, leczymy dobrze — i czy to jest nie tylko obiegowa opinia, ale czy dane to potwierdzają.

— Nie słyszę, żeby środowisko lekarskie się tego domagało.

— Był taki postulat przy proteście rezydentów. Było hasło o stawianiu na jakość i mówiliśmy o ogólnodostępnych rejestrach. Ale potem powstały prokuratury wyspecjalizowane w błędach medycznych i stworzono atmosferę, że lepiej jest zamiatać pod dywan. Kiedy nawet nie wiadomo, czy doszło do błędu, ale gdy istnieje taka możliwość — pojawia się strach. Obowiązuje raczej kultura tajności. Żeby się to zmieniło i nastąpiła zmiana kultury organizacyjnej, rządzący powinni ogłosić, że odchodzimy od kultury karania, nagradzamy najlepsze podmioty (może zwiększeniem wyceny punktu) a jednocześnie ci najlepsi uczą najgorszych. Inwestujemy i chcemy widzieć efekty.

— Muszę powiedzieć, że pierwszy raz od dawna słyszę konkretną propozycję, co zrobić, aby powstawały rejestry. Tylko ich powstawanie wiąże się z obowiązkiem raportowania. A dotychczas mamy w systemie jedynie 11 tysięcy asystentów medycznych.

— To nie lekarze powinni się zajmować raportowaniem. Liczba asystentów medycznych, którzy pracują w systemie, jest kroplą w morzu potrzeb. Kiedyś postulowaliśmy także funkcję asystenta pacjenta, który by prowadził na badania, tłumaczył, pomagał lekarzowi, wystawiał zwolnienie. Gdzie są absolwenci zdrowia publicznego? To idealne dla nich funkcje — sprawdziliby się jako asystenci czy koordynatorzy opieki.

— O jakie najważniejsze trzy zmiany poprosiłby Pan nową minister zdrowia, pilne na dziś?

— My poprosiliśmy panią minister o nawet 7 rzeczy do zrobienia. Na dziś potrzebne jest pilne rozprawienie się z receptomatami, czyli standard teleporady plus zniesienie limitów liczby wystawionych recept. Druga istotna sprawa — to negatywne opinie dotyczące tych "szkótek", które chcą kształcić lekarzy bez odpowiedniego zaplecza. A trzecia sprawa, o którą bym prosił — to sprawa kar nakładanych przez NFZ na lekarzy za wystawianie recept, czyli odstąpienie od karania, jeśli byłyby wskazania medyczne.

— Trochę jestem rozczarowany, że to nie są propozycje zmian systemowych, tylko postulaty grupy zawodowej.

— To są postulaty na 8 tygodni, nie da się przed taki czas spełnić postulatów systemowych. Musimy być realistami.

— W takim razie, o jakie najważniejsze rzeczy systemowe będziecie prosić ministra zdrowia, ktokolwiek nim zostanie, już po wyborach i powstaniu nowego rządu, w listopadzie?

— Najważniejsze — to wprowadzenie systemu no-fault. Jakość poprzez rejestry, czyli właśnie zmiana paradygmatu podejścia do systemu. I system kształcenia lekarzy.

— Jest Pan optymistą, że to się jakoś zmieni?

— Nie.

Rozmawiał: Krzysztof Jakubiak

DLA TYCH, KTÓRZY MAJĄ SZCZĘŚCIE

W programie B.141 mogą uczestniczyć wyłącznie pacjenci z rakami urotelialnymi, którzy odpowiedzieli na chemioterapię. Natomiast jeżeli chory nie zareaguje na chemioterapię, nie ma w Polsce dostępu do immunoterapii, co jest niezgodne z polskimi zaleceniami i jakimikolwiek innymi światowymi – podkreśla prof. dr hab. n. med. Piotr Wysocki, kierownik Katedry i Kliniki Onkologii Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego, prezes Polskiego Towarzystwa Onkologii Klinicznej.



– W listopadzie 2022 r. został uruchomiony długo wyczekiwany program lekowy dla pacjentów z rakiem urotelialnym (B.141). Powszechnie jest on traktowany jako program dla pacjentów z miejscowo zaawansowanym lub przerzutowym rakiem pęcherza moczowego. Czy można postawić znak równości między rakiem urotelialnym a rakiem pęcherza moczowego?

– Nie do końca. Nie każdy rak pęcherza jest rakiem urotelialnym, bo nie każdy rak urotelialny powstaje w pęcherzu. To najczęściej rzeczywiście są raki pęcherza moczowego, ale do raków urotelialnych należą też nowotwory moczowodu i miedniczki nerkowej.

– Większość raków pęcherza moczowego wykrywanych jest na etapie, kiedy możliwe jest leczenie radykalne (z intencją wyleczenia). Co może zaproponować medycyna tym chorym, którzy nie kwalifikują się do leczenia operacyjnego?

– To zależy czy mamy chorego, u którego nowotwór jest tylko i wyłącznie ograniczony do pęcherza lub czy chory ma już chorobę nieoperacyjną albo uogólnioną (przerzuty). Pacjenci z wczesnym nowotworem, którzy z uwagi na jakieś powikłania lub choroby współistniejące nie kwalifikują się do leczenia chirurgicznego, poddawani są zazwyczaj radioterapii. Natomiast jeżeli mają nieoperacyjny lub rozsiany proces nowotworowy, otrzymują leczenie farmakologiczne.

– Jakie są główne kryteria włączenia do programu B.141?

– Żeby być włączonym do programu, chory musi mieć chorobę na etapie uogólnienia lub całkowicie nieoperacyjną. Potem zaczynamy się zastanawiać, jak optymalnie takiego pacjenta leczyć w oparciu o farmakoterapię. Programy lekowe mają to do siebie, że mają ograniczenia i nie są adresowane do wszystkich chorych, którzy potencjalnie mogliby skorzystać z leczenia, które umożliwia dany program.

– W programie B.141 znalazła się immunoterapia. Dlaczego jest tak ważna w przypadku raków urotelialnych?

– Raki urotelialne są nowotworami o wysokiej immunogenności i sprawny układ odpornościowy

Według Krajowego Rejestru Nowotworów liczba nowych zachorowań na nowotwór pęcherza wynosi ponad 6 tys. rocznie. Rozpoznanie znacznie częściej dotyczy płci męskiej, u której rak pęcherza moczowego stanowi ok. 7 proc. ogółu zachorowań. Kobiety chorują trzy-cztery razy rzadziej, ale trend zachorowalności wśród nich wskazuje tendencję wzrostową i kształtuje się na poziomie 2 proc. ogółu zachorowań na nowotwory. Na tle państw Unii Europejskiej Polska wykazuje niższą średnią zachorowalność populacyjną, jednak umieralność wciąż utrzymuje się na jednym z najwyższych poziomów.

wy odgrywa ogromną rolę w ich zapobieganiu. Jeżeli proces nowotworowy się rozwinie, to znaczy, że układ odpornościowy nie funkcjonuje prawidłowo. Immunoterapia przywraca jego prawidłowe funkcjonowanie i potencjalnie pozwala u bardzo wielu chorych wycofać chorobę.

– Dość powszechne jest przekonanie, że immunoterapia pozwala uniknąć chemioterapii.

– W rakach urotelialnych sama immunoterapia bez wcześniejszej chemioterapii nie działa i nie ma takiej rejestracji.

– Czy program lekowy B.141 zapewnia polskim chorym dostęp do nowoczesnych terapii, taki jak mają chorzy w Europie Zachodniej?

– Niestety nie. Jest to jeden z najbardziej niesprawiedliwych programów lekowych, jakie funkcjonują w Polsce. Pozwala leczyć chorych zgodnie z aktualną wiedzą tylko wtedy, jeżeli mają szczęście i zareagują na zastosowaną, w pierwszym etapie leczenia, chemioterapię. Na całym świecie chorzy dostają immunoterapię po chemioterapii niezależnie, czy ta chemioterapia zadziałała, czy nie. W programie B.141 mogą uczestniczyć jednak wyłącznie pacjenci, którzy zareagowali na chemioterapię (choroba się cofnęła lub co najmniej zatrzymała). Natomiast jeżeli chory nie zareaguje na chemioterapię, nie ma w Polsce dostępu do immunoterapii, co jest niezgodne nie tylko z polskimi ale również wszystkimi międzynarodowymi zaleceniami.

Zatem jeżeli chory ma pecha i nie odpowie na chemioterapię, to zostanie ukarany przez Ministerstwo Zdrowia i nie otrzyma zalecanego dla niego leczenia immunologicznego.

– To dramatyczne, co pan profesor mówi. Co spowodowało, że program B.141 ma tak ogromne ograniczenie?

– Obowiązujący program lekowy dający wybranej grupie dostęp do immunoterapii oparty jest na wynikach badań, które pojawiły się kilka lat po wynikach badań, które wykazały, że immunoterapia powinna być stosowana u wszystkich chorych poddanych chemioterapii w oparciu o pochodne platyny, ponieważ znamienne poprawia czas przeżycia całkowitego. Czyli pierwsze, niezwykle istotne, doniesienia naukowe jedno-

znacznie wskazywały na konieczność stosowania immunoterapii zarówno u chorych, którzy dostali chemioterapię i zareagowali na nią, a także tych, u których nie było odpowiedzi. U wszystkich tych chorych albo w trakcie chemioterapii (brak odpowiedzi), albo po dłuższym czasie od zastosowania chemioterapii choroba znowu będzie postępowała. Wszyscy ci chorzy w momencie gdy choroba postępuje powinni dostać immunoterapię w oparciu o pembrolizumab.

Dostęp do immunoterapii opartej o awelumab w polskim programie lekowym jest oparty na podstawie nowszego badania, które pokazały, że jeżeli chory zareaguje na chemioterapię, to nie trzeba czekać z immunoterapią na moment gdy choroba się znowu wzbudzi, tylko można immunoterapię zastosować praktycznie zaraz po chemioterapii. To pozwala zdecydowanie opóźnić moment nieuchronnej progresji choroby i znamienne wydłużyć przeżycie chorych. Na całym świecie sytuacja jest zatem taka, że chorzy, którzy nie odpowiadają na chemioterapię, dostają immunoterapię w oparciu o pembrolizumab (tzw. II linia leczenia), a chorzy, którzy zareagowali na chemioterapię, dostają immunoterapię podtrzymującą opartą o awelumab. Walki o program leczenia raka urotelialnego trwały od wielu lat. W końcu Ministerstwo Zdrowia zdecydowało o wprowadzeniu immunoterapii, ale tylko dla chorych, u których jest ona podtrzymaniem dobrego efektu chemioterapii. Skutek jest taki, że chory na zaawansowanego raka urotelialnego, u którego chemioterapia nie przyniosła dobrego efektu, jest skazany przez Ministerstwo Zdrowia na leczenie niezgodne ze standardami postępowania w tym nowotworze. Dlatego uważam, że jest to wybitnie niesprawiedliwy program lekowy, bo premiuje tylko chorych, którzy mają szczęście.

– Jak ocenia Pan efekty wprowadzenia programu B.141?

– Na razie nie można mówić o efektach wprowadzenia programu, ponieważ obiektywna ocena skuteczności immunoterapii wymaga zweryfikowania końcowych wyników w dużej populacji chorych zakwalifikowanych do programu B.141. Dopiero zebranie szczegółowych danych pozwoli odpowiedzieć, czy efekty obserwowane w praktyce klinicznej są zgodne z oczekiwaniami, na których oparte były założenia programu lekowego.

TERAPIE ZŁOŻONE SĄ WYZWANIEM DLA PŁATNIKA PUBLICZNEGO

Terapie złożone oraz kolejne linie leczenia, które rozwijają się zwłaszcza w onkologii, stawiają nowe wyzwania dla procesu oceny skuteczności i opłacalności nowych leków. Na znaczeniu zyskuje elastyczność podejścia, nowe metody oceny i korzystanie z dorobku agencji oceniających nowe technologie w innych krajach — mówi prof. Marcin Czech, prezes Polskiego Towarzystwa Farmakoekonomicznego.

— Czy potrafimy ocenić skuteczność nowych terapii onkologicznych?

— W leczeniu nowotworów odchodzi się od klasycznej chemioterapii na rzecz terapii celowanych, które pozwalają indywidualizować leczenie. Dzięki dokładnemu rozpoznaniu celów molekularnych, dzięki dopasowaniu leków do potrzeb konkretnego pacjenta, w wielu obszarach możemy personalizować leczenie. Podstawą leczenia nowotworów, po etapie leczenia radykalnego, jest farmakoterapia. Nowe terapie wykazują wyższy odsetek całkowitych remisji, łącznych odpowiedzi, a także dłuższy czas do wznowy. A ponieważ nowotwory stają się coraz częściej schorzeniami przewlekłymi, w związku z tym powinny ulegać zmianie kryteria oceny terapii, czyli konkretnie punkty końcowe, według których oceniamy skuteczność terapii. I chociaż ogólne przeżycie (OS) pozostaje złotym standardem, to jednak na znaczeniu zyskuje długość czasu bez wznowy (PFS) i choćby nowe wskaźniki choroby resztkowej.

— Ale nie jest to chyba łatwe, kiedy leczenie opieramy na terapii złożonej.

— To rzeczywiście ciekawe zagadnienie metodologiczne, a jednocześnie duże wyzwanie z punktu widzenia analiz HTA, oceniających skuteczność i efektywność ekonomiczną nowych terapii. Na poziomie indywidualnego pacjenta stosujemy kilka linii leczenia, w hematologii



tych linii może być nawet pięć, sześć i więcej. W wielu wskazaniach, przeważnie w kolejnych liniach leczenia, istnieje konieczność stosowania terapii złożonych, czyli łączenia kilku leków. Nie jest łatwe podejmowanie decyzji refundacyjnej dotyczącej na przykład terapii złożonej, składającej się z trzech substancji, wśród których jedna (a bywa nawet, że jednocześnie dwie) — to zupełnie nowa cząsteczka. Zwłaszcza jeśli chodzi o kolejną linię leczenia i zastosowanie nowej terapii było w badaniach klinicznych poprzedzone konkretnym schematem leczenia. Warto też dodać, że jest to problem powszechny, z którym borykają się wszystkie kraje i wszystkie agencje oceny. Dlatego warto uważnie śledzić decyzje podejmowane w innych krajach i brać je pod uwagę w naszym procesie refundacyjnym. Podobnie jak nasze polskie decyzje są uważnie analizowane i brane pod uwagę przez inne agencje oceny. Pod tym względem jesteśmy jednym z wiodących krajów w naszym regionie świata.

— W hematologii to częsta sytuacja, tam leczenie opiera się na schematach wielolekowych.

— Na przykład w leczeniu szpiczaka standardem leczenia są terapie trójlekowe. To znajduje odzwierciedlenie w wytycznych towarzystw naukowych i takich instytucji jak amerykańska NCCN. Rekomenduje się stosowanie schematów wielolekowych zwłaszcza u chorych w czwartej linii

leczenia z opornym lub nawrotnym szpiczakiem plazmocytowym. Tutaj również możemy powiedzieć, że mnogość terapii stosowanych w leczeniu szpiczaka plazmocytozowego czyni to schorzenie chorobą przewlekłą. To oznacza jednocześnie konieczność wprowadzania dodatkowych terapii, a z drugiej strony oczywiście stwarza ograniczenia w kontroli choroby. Pacjenci chorzy na szpiczaka plazmocytozowego doświadczają kolejnych nawrotów choroby, a ich rokowanie ulega pogorszeniu wraz z postępem choroby, ponieważ odsetek pacjentów reagujących na leczenie oraz czas odpowiedzi zmniejszają się po każdym nawrocie, z każdą linią leczenia.

— I jak można oceniać ich skuteczność?

— Istotnym podejściem do tego problemu jest wprowadzenie idei „end-of — life therapy”. Zakładamy, że każdy pacjent zasługuje na otoczenie opieką do końca życia, w związku z tym leczenie paliatywne dotyczące ostatnich linii leczenia jest mimo to uznawane za uzasadnione. Przy analizach farmakoekonomicznych oznacza to podwyższenie inkrementalnego współczynnika efektywności kosztów (ICER), czyli stosunku kosztów do efektów zdrowotnych uzyskanych dzięki interwencji. W takim rachunku należy także uwzględnić to, że ostatnie linie leczenia dotyczą małych populacji pacjentów, a co za tym idzie, sumaryczne koszty leczenia są ograniczone.

CENTRA ONKOLOGII WDROŻĄ SYSTEMOWĄ OPIEKĘ KARDIOONKOLOGICZNA

22 największe ośrodki onkologiczne w Polsce, jako pierwsze w Europie, mają systemowo wdrażać najnowsze wytyczne Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego. Standardem ma być diagnostyka powikłań sercowo-naczyniowych i dostępność kardiologa w każdym z ośrodków.

O planowanym wdrożeniu najnowszych medycznych wytycznych Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego poinformowali przedstawiciele Ogólnopolskiego Zrzeszenia Publicznych Centrów i Instytutów Onkologicznych (OZPCiIO). W skład organizacji wchodzi 22 największe publiczne ośrodki onkologiczne w Polsce. Wprowadzenie zasad nowoczesnej diagnostyki powikłań sercowo-naczyniowych u chorych na nowotwory ma przyczynić się do wcześniejszego rozpoznawania powikłań kardiologicznych w onkologii, a tym samym poprawić rokowania chorych. W tym celu OZPCiIO podjęto uchwałę o powołaniu w swoich strukturach Sekcji Kardiologii.

Przewodniczącym sekcji został dr Sebastian Szmit, prof. CMKP. Podkreśla on, że praktycznie wszystkie terapie przeciwnowotworowe są obciążone powikłaniami kardiologicznymi, a spektrum powi-

kań jest bardzo szerokie — „Po niektórych lekach możemy obserwować niewydolność serca, zawały serca, udary, po innych zatorowość płucną, zapalenie mięśnia sercowego, zaburzenia rytmu serca. Ale trzeba spojrzeć na to tak: walczymy z chorobą nowotworową, niewątpliwie bardzo poważnym przeciwnikiem, a kiedy idziemy na wojnę, musimy się spodziewać strat. Chodzi o to, aby przy tak intensywnym leczeniu, obciążonym ryzykiem powikłań, objąć pacjentów odpowiednią opieką interdyscyplinarną”.

Prof. Stanisław Góźdz, dyrektor Świętokrzyskiego Centrum Onkologii, wiceprezes OZPCiIO, zaznacza, że bez współpracy onkologów z kardiologami nie będzie dobrych wyników leczenia pacjentów onkologicznych — „Ponieważ nasze działania mają też efekt kardioprotekcyjny, musimy znać wyjściowy poziom sprawności serca i układu krążenia, żeby dostosować odpowiednie leczenie i monitorować je, aby nie doprowadzić do tego, że wyleczymy pacjenta, ale on będzie miał uszkodzone serce. Dlatego od ponad 20 lat naszymi partnerami są kardiologowie, którzy



Stanisław Góźdz

czuwają nad pacjentami, monitorują ich i wiedzą, czy możemy kontynuować leczenie, czy nasze postępowanie musi ulec modyfikacjom. Dzięki nim możemy prowadzić bezpiecznie leczenie onkologiczne”. Prof. Góźdz wskazuje, że w onkologii liczy się holistyczne podejście do pacjenta — „Nie koncentrujemy się na samym tylko nowotworze, ale dbamy o całego człowieka. Kardiologowie są naszymi oczami, patrzą w serce i układ krążenia naszego pacjenta. Dzięki tej współpracy wydłużają się przeżycia naszych pacjentów. Choroby nowotworowe już stają się chorobami przewlekłymi”.

Docelowym standardem ma być dostępność kardiologa we wszystkich ośrodkach onkologicznych zrzeszenia, aby pacjenci — poza wyjątkowymi sytuacjami, wymagającymi interwencji specjalistycznego ośrodka kardiologicznego — nie musieli szukać wsparcia w innym szpitalu. Ważnym aspektem jest wymiana doświadczeń i obserwacji pomiędzy kardiologami działającymi w ośrodkach onkologicznych. „Wprowadzenie jednolitych standardów opieki kardiologicznej, zalecanych przez

Europejskie Towarzystwo Kardiologiczne we wszystkich naszych ośrodkach, ewaluacja naszych działań i współpraca naukowa z całą pewnością przetoży się na korzyść pacjentów” — dodaje prof. Góźdz. Wytyczne przewidują również monitorowanie pacjentów po zakończeniu leczenia onkologicznego. „Jeśli mamy pacjentów radykalnie leczonych, z dobrym rokowaniem odległym, to nawet jeśli zakończą leczenie onkologiczne, nadal ich monitorujemy, ponieważ w tej grupie czasem możemy spodziewać się odległych efektów ubocznych” — mówi prof. Szmit.

Systemowe wdrożenie kardiologii onkologicznych wytycznych Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego w 22 największych, kompleksowych ośrodkach onkologicznych tworzących Ogólnopolskie Zrzeszenie Publicznych Centrów i Instytutów Onkologicznych to, w opinii prof. Szmita, unikalne rozwiązanie w skali Europy. „Unikalność tego projektu polega na interdyscyplinarnej współpracy wielu specjalistów zajmujących się leczeniem onkologicznym oraz kardiologów. Nie znam kraju, który wdrożyłby te wytyczne systemowo. Pod tym względem Polska jest wyjątkowa” — podkreśla profesor Szmit.

Brak specjalistów wstrzymuje rozwój diagnostyki molekularnej

Nowoczesna diagnostyka i leczenie nowotworów powinny opierać się na badaniach genetycznych. Polska onkologia mierzy się z niewykorzystywanymi możliwościami w tym zakresie. Jedną z przyczyn jest problem z kadrami, wynikający z programów studiów, które są niedostosowane do współczesnych wymagań i wiedzy naukowej, a także z finansowych barier stojących przed absolwentami, chcącymi się w tym obszarze rozwijać.

W czasie 13. Letniej Akademii Onkologii dla dziennikarzy odbyła się debata na temat onkologii personalizowanej i onkoagnostyki. Onkologia personalizowana opiera się na zastosowaniu terapii celowanej molekularnie. Obecnie uważa się, że może ona zdecydowanie poprawić skuteczność leczenia nowotworów, a także przedłużyć życie pacjentów w późnym stadium choroby onkologicznej. Rozwój, jaki nastąpił w obszarze badań genetycznych, pozwala coraz częściej na odejście od klasycznej identyfikacji zmian nowotworowych na podstawie tkanki pochodzenia na rzecz klasyfikacji, która bazuje na wariantach genetycznych i cechach biologicznych nowotworów. Tworzenie planu leczenia onkologicznego na tej podstawie jest określane jako podejście onkoagnostyczne.

Prof. Anna Latos-Bieleńska (konsultant krajowy w dziedzinie genetyki klinicznej) podkreśla wagę diagnostyki molekularnej i korzyści z jej wprowadzenia. Za jej pomocą można dobrać metodę leczenia do konkretnego defektu molekularnego, tym samym nie tracąc czasu na stosowanie terapii, które u konkretnego pacjenta nie będą skuteczne, równocześnie wdrażając te, które mają największą szansę powodzenia. Możliwe jest również wyodrębnienie grup ryzyka, a wczesne monitorowanie stanu zdrowia pozwala szybciej reagować na początkowych etapach rozwoju choroby. Zdaniem prof. Latos-Bieleńskiej, najszybszą drogą do zwiększenia wykorzystywania badań genetycznych są działania administracyjne, np. wprowadzenie zasady – „Nie będzie rozliczania danej procedury, jeżeli pacjent nie będzie



Anna Latos-Bieleńska

kierowany na badania genetyczne”. Mamy do czynienia z niewykorzystywaniem możliwości diagnostyki molekularnej, dlatego ważne są jak najszybsze działania w tej kwestii. „Ustawa o testach genetycznych powinna być jedną z pierwszych, która trafi do Sejmu tuż po wyborach, niezależnie od ich wyniku” – zaznacza prof. Latos-Bieleńska.

Doktor Dagmara Michałowska (Zakład Diagnostyki Molekularnej Nowotworów DCO-PLiH we Wrocławiu) zauważa, że na razie wykonywane są jedynie małe panele genowe w badaniach sekwencjonowania – „W przypadku dużych paneli, najpierw trzeba się zmierzyć z koniecznością ustalenia ścieżki ich finansowania”. Jej zdaniem, kompleksowe profilowanie genomowe jest konieczne w pierwszej kolejności w diagnostyce raka płuca oraz mięsaków tkanek miękkich, a następnie – finansowanie większych paneli w przypadku raka piersi, w oparciu o wytyczne m.in. ESMO. Ważna jest również możliwość refundacji kosztów badania z wykorzystaniem materiału płynnej biopsji także w sytuacji, gdy materiał został pobrany w ramach opieki ambulatoryjnej.

Profesor Artur Kowalik (Zakład Diagnostyki Molekularnej w Świętokrzyskim Centrum Onkologii w Kielcach) dodaje, że konieczne jest dopracowanie wytycznych, dotyczących badań genetycznych w chorobach onkologicznych. A palący problem stanowi niedobór kadr do prowadzenia tych badań, co wynika między innymi z konieczności opłacenia specjalizacji przez diagnostów. „Trzeba przyciągnąć ludzi będących pasjonatami genetyki, ale z samej

pasji się nie wyżyje” – mówi prof. Kowalik i ostrzega – „Genetyka pędzi i czeka nas zapas”.

Doktor Izabela Łacmańska (Zakład Diagnostyki Molekularnej Nowotworów DCO-PLiH we Wrocławiu) w szczególności przedstawia trudności w zakresie kształcenia diagnostów zajmujących się genetyką. Mało jest osób chętnych do zaangażowania się w ten trudny i wciąż zmieniający się obszar badań diagnostycznych. Obecne programy edukacji wyższej są ubogie w te zagadnienia. Koszt zajęć praktycznych jest na tyle wysoki, że na uczelniach nie ma możliwości, aby studenci mogli przetestować teorię na praktykę, niezbędną w przyszłej pracy. Absolwenci, którzy przychodzą do pracy w laboratoriach, wymagają intensywnej nauki, czasem wręcz od podstaw, trwającej kilka miesięcy. Często zdarza się, że widząc, ile czasu prywatnego trzeba poświęcić na dokończenie się, absolwenci odchodzą do innego miejsca pracy. Aby temu zapobiec, potrzebna jest zmiana programu kształcenia na uczelniach oraz zorganizowanie studiów podyplomowych nastawionych ściśle na badania genetyczne.

Doktor Katarzyna Werheim-Tysarowska (Pracownia Badań Chorób Dziedzicznych w Zakładzie Genetyki Medycznej IMiD w Warszawie) dodaje, że przy braku diagnostów nie będzie możliwe prowadzenie badań całego genomu, które są czasochłonne, natomiast w niektórych rodzajach choroby w przyszłości staną się standardem postępowania. Obecnie są wykonywane tylko w ramach badań naukowych.

Katarzyna Dudek

Życie po nowotworze

Opublikowany został raport „Życie po nowotworze”, przedstawiający sytuację osób, które przeszły leczenie onkologiczne w dzieciństwie. Publikacja pod redakcją prof. Katarzyny Muszyńskiej-Rostań stanowi rezultat współpracy lekarzy zajmujących się ozdrowieńcami oraz osób zaangażowanych w Projekt Długofalowej Opieki Ozdrowieńczej Fundacji „Na Ratunek Dzieciom z Chorobą Nowotworową”. Celem raportu jest zwiększenie świadomości społecznej na temat dalszych losów dzieci, które wygrały walkę z chorobą nowotworową.

Coraz wyższa wyleczalność chorób onkologicznych u dzieci stawia system opieki zdrowotnej przed wyzwaniem, ja-



Katarzyna Muszyńska-Rostań

kim jest zapewnienie odpowiedniej dalszej opieki w dorosłości. W Polsce nie jest prowadzony rejestr ozdrowieńców. W Europie co roku status ten otrzymuje około 12 tysięcy dzieci i młodych dorosłych. Szacuje się, że wśród polskich 20-latków, jedna osoba na 750 przeszła leczenie onkologiczne. Część skutków przebytej terapii może być odczuwalna do końca życia. Aktualnie uznaje się, że status ozdrowieńca jest dożywotni. Tymczasem w polskim systemie opieki zdrowotnej nie ma ścieżek postępowania dla tej grupy pacjentów.

Problem ten został wspomniany w Narodowej Strategii Onkologicznej i założeniach Krajowej Sieci Onkologicznej, gdzie zasygnalizowano ko-

nieczność stworzenia wytycznych dotyczących przechodzenia pacjentów leczonych wcześniej przez specjalistów dziecięcych pod opiekę dedykowaną dorosłym. Zapisana została konieczność kontynuacji monitoringu stanu zdrowia ozdrowieńców przez specjalistów zajmujących się dorosłymi. Brakuje jednak szczegółowych wytycznych dla pacjentów oraz lekarzy co do długoterminowego nadzoru i długofalowego łagodzenia skutków ubocznych uprzednich interwencji medycznych. Ozdrowieńcom nie jest zapewniane holistyczne wsparcie w drodze do uzyskania i utrzymania jak najwyższej jakości życia.

Autorzy raportu postulują, aby w ramach koncepcji Długofalowej Opieki nad Ozdrowieńcami po Leczeniu w Dzieciństwie Choroby Nowotworowej utwo-

żyć Poradnie Następstw Leczenia Przeciwnowotworowego. Natomiast przed przekazaniem pacjenta pod skrzydła takiej poradni obowiązkowo powinno się utworzyć długoterminowy plan obserwacji oraz karty podsumowujące leczenie onkologiczne ozdrowieńca. Należałoby także wdrożyć edukację pacjenta i jego bliskich na temat powiązań zastosowanych metod leczenia z możliwymi jego skutkami ubocznymi w dalszych latach życia. W ramach opieki nad ozdrowieńcami konieczne trzeba im zapewnić wsparcie również psychologiczne, dietetyczne i inne. Powinno się wprowadzić „paszport ozdrowieńca”, który byłby systemem informatycznym z danymi o przebytych leczeniach onkologicznych w dzieciństwie, ułatwiającym kolejne kontakty pacjenta ze specjalistami.

POTRZEBUJEMY WIĘCEJ DIAGNOSTYKI MOLEKULARNEJ W ONKOLOGII

Dobrze opłacona diagnostyka molekularna spowoduje racjonalizację wydatkowania monstrualnych, coraz większych środków na terapie celowane w onkologii — mówi dr hab. n. med. Artur Kowalik, prof. Uniwersytetu Jana Kochanowskiego w Kielcach, kierownik Zakładu Diagnostyki Molekularnej Świętokrzyskiego Centrum Onkologii.



— **Badania molekularne powinny być nieodłączną częścią procesu diagnostyczno-terapeutycznego. Na którym etapie należy je wykonać?**

— Badania molekularne coraz częściej są nieodzowne do prawidłowego diagnozowania i leczenia pacjentów onkologicznych. W niektórych typach nowotworów, np. mięsakiach, nowotworach o nieznanym punkcie wyjścia, nowotworach hematologicznych są potrzebne już na etapie rozpoznania, by wspomóc patomorfologów. Testy predykcyjne należy wykonać jak najwcześniej po postawieniu rozpoznania, żeby onkolog kliniczny czy hematolog mogli zaplanować najodpowiedniejszą terapię.

— **Jak powinno wyglądać to w czasie?**

— Jeżeli jest to zwykły prosty test, ukierunkowany na jedną mutację czy też test jednogenu, chory w ciągu tygodnia powinien otrzymać wynik. W przypadku testów złożonych, wynik powinien być dostępny w ciągu dwóch-trzech tygodni.

Co do zasady, chory nie powinien otrzymać celowanej terapii bez zbadania, jaką ma mutację genetyczną. Programy lekowe wskazują wyraźnie, że pacjent musi mieć wykrytą lub stwierdzony brak danej mutacji, żeby otrzymał leczenie celowane. Bez badania molekularnego nie może skorzystać z nowoczesnej terapii.

Chcę podkreślić, że niedopasowany, nieskuteczny w konkretnym przypadku lek może zaszkodzić choremu. Choroba będzie się tliła i rozpędzała. Czasami może nawet dojść do przyspieszenia jej rozwoju pod wpływem niedopasowanego leku.

— **Badania genetyczne są dostępne i finansowane przez NFZ. Część z nich mogłaby być wykonywana w trybie ambulatoryjnym, ale nie pozwala na to obecny system rozliczania.**

— 7 lat temu, jeszcze pod wodzą prof. Marii Sasiadek jako konsultant krajowej w dziedzinie genetyki klinicznej, udało się wdrożyć trzy „koszyki” badań genetycznych. W tej chwili finansowanie badań przez NFZ nie przystaje



Powinniśmy skupić się na tym, by każdy chory otrzymywał te badania, które są obecnie potrzebne, aby zapewnić mu jak najskuteczniejsze leczenie.



do obecnych potrzeb. Żeby ośrodek otrzymał refinansowanie za badania genetyczne, potrzebna jest hospitalizacja pacjenta. W przypadku nowotworów hematologicznych i litych, jeżeli materiał do badania jest pobrany „na świeżo” (ambulatoryjnie), nie można rozliczyć badania, gdy skierowanie zostało wystawione przez poradnię.

Jak mówiliśmy wielokrotnie na różnych gremiach, wystarczyłoby rozporządzenie prezesa NFZ, żeby uregulować kwestię finansowania badań. Oczywiście w ściśle określonych wskazaniach i ściśle określoną metodą. Bo tak naprawdę jeżeli trzeba sprawdzić jeden gen markerowy, kilka, kilkanaście czy kilkadziesiąt genów, wystarczą małe panele NGS (ang. Next Generation Sequencing). Uważam, że powinniśmy skupić się na tym, by każdy chory otrzymywał te badania, które są obecnie potrzebne, aby zapewnić mu jak najskuteczniejsze leczenie.

— **Intensywnie rozwijają się coraz bardziej zaawansowane badania genomowe. Niektóre bardzo zaawansowane metody nie są objęte finansowaniem. Które z nich powinny być refundowane?**

— Potrzebujemy nowego produktu, czyli tzw. „czwartego koszyka” wycenionego na jakieś 6,5 tys. punktów (ok. 8-10 tys. zł), który pozwoliłby na zbadanie od 300 do 500 genów. Łącznie z trzema istniejącymi produktami zabezpieczyłoby to potrzeby, które mamy obecnie. Jest kilka wskazań w onkologii klinicznej do tak szerokich badań, np. ocena HRD (deficytu rekombinacji homologicznej) w przypadku leczenia inhibitorami PARP kobiet z rakiem jajnika czy diagnostyka w kierunku postawienia rozpoznania w nowotworach o nieznanym punkcie wyjścia (<200 przypadków rocznie). W diagnostyce części mięsaków trzeba się wspomóc technikami biologii molekularnej, żeby postawić prawidłowe rozpoznanie i móc właściwie leczyć chorych. W raku płuca należy badać coraz więcej markerów, materiał tkankowy często jest niewystarczający, przydałoby się płynna biopsja.

Natomiast jeżeli chodzi o hematologię, to jest diagnostyka ostrej białaczki mieloidalnej AML, ostrej białaczki limfoblastycznej ALL, zespołów mielodysplastycznych MDS oraz diagnostyka przewlekłej białaczki limfocytowej CLL pod kątem mutacji w łańcuchach ciężkich. To kolejne cztery wskazania, dla których jak najszybciej należałoby wprowadzić „czwarty koszyk”.

— **Trzy istniejące koszyki badań ustalono przed 7 laty — to we współczesnej onkologii cała epoka.**

— Wtedy płatnik zobowiązał się wstępnie do rewaloryzacji co 2 lata koszyków. Proszę pamiętać, że zawsze badania genetyczne będą się wydawały drogie w porównaniu z klasycznymi badaniami laboratoryjnymi, takimi jak choćby morfologia krwi. Z drugiej strony płatnik wydaje monstrualne kwoty na leczenie nowymi lekami, a badanie molekularne biomarkerów wykonuje się pacjentowi zwykle raz w życiu. Jeżeli ono jest wycenione nawet na kilka tysięcy złotych — jaki to jest koszt przy kosztach leku od 10 do 50 tys. miesięcznie, które nierzadko trwa kilka lat?

W Europie Zachodniej najpierw wydaje się duże pieniądze na diagnostykę po to, żeby uzyskać jak najdokładniejszą diagnozę i zaplanować ścieżkę terapeutyczną, dzięki której pacjent będzie optymalnie leczony, a tym samym samodzielny, sprawny i może normalnie żyć i pracować. Finalnie jest to gigantyczna oszczędność dla płatnika.

— **Podsumowując, jakich zmian w zakresie badań molekularnych w onkologii i ich rozliczania oczekuje środowisko medyczne?**

— Na pewno możliwości zlecenia badań na materiale pobranym ambulatoryjnie. Wprowadzenia „czwartego koszyka”, regularnej rewaloryzacji wycen koszyków badań molekularnych, tak jak jest w przypadku innych badań. Opisanie wytycznych, jakie badanie molekularne, w jakim rozpoznaniu, dla jakiego pacjenta powinno być wykonane i jaką metodą. To będzie gwarancją dla płatnika, że badania są wykonywane racjonalnie.

KAPISZON EUROPEJSKI



Głośno zapowiadana europejska strategia rozwoju branży farmaceutycznej, z którą wiązano duże nadzieje, okazała się rozczarowaniem. Nie dość, że propozycje ogłoszono z opóźnieniem, że nie ma w nich potrzebnych zmian, które podniosłyby konkurencyjność europejskich firm, to jeszcze mogą dodatkowo utrudnić produkcję leków w Europie i ograniczyć rynkową konkurencję. To taki kapiszon europejski — mówi Grzegorz Rychwalski, wiceprezes PZPPF.

— **Czemu ma służyć unijny pakiet farmaceutyczny?**

— W założeniu miał służyć temu, aby w Europie rozwijał się przemysł farmaceutyczny, aby był bardziej konkurencyjny, aby jego otoczenie sprzyjało innowacyjności, a pacjenci mieli dzięki temu szybszy i pewny dostęp do leków, przystępnych cenowo. Ale Komisja Europejska próbuje pogodzić rzeczy, które są trudne do pogodzenia. Podnoszą się już głosy ze strony firm monopolistycznych, że skrócenie okresu ochrony obniży atrakcyjność europejskiego rynku. Jednak przepisy zakładające skrócenie tego okresu dają sporo możliwości jego wydłużenia. Komisja chce zmienić system 8+2+1 w ten sposób, że podstawą będzie 6 lat, ale te 6 lat będzie mogło być wydłużane po spełnieniu pewnych wymagań. Pozostają dwa dwuletni okres karencji rynkowej oraz dodatkowy rok dla produktów pediatrycznych. Ma zostać dodany jeszcze rok z tzw. vouchera, który stanowić ma premię dla firmy, która np. wynajdzie nowy antybiotyk lub specjalne wskazanie dla antybiotyku. To realizacja celów KE i WHO w walce z antybiotykoopornością.

— **Jeśli skraca się podstawa ochrony z 8 do 6 lat, to przemysł generyczny na tym skorzysta?**

— To jest tylko część prawdy. Jak wspominałem, po spełnieniu pewnych wymagań te 6 lat zostanie przedłużone. Jeśli producent zapewni dostępność swojego leku we wszystkich krajach Unii, automatycznie dostaje kolejne 2 lata, czyli z powrotem będzie 8 lat ochrony. W odniesieniu do nowych cząsteczek, rejestrowanych po raz pierwszy, w 99 proc. przypadków mamy do czynienia z rejestracją w procedurze centralnej, czyli automatycznie są one dopuszczone do obrotu we wszystkich krajach unijnych. Również wszystkie leki biologiczne podlegają rejestracji centralnej, więc ich okres ochrony będzie zapewne automatycznie zapewniony na 8 lat. Propozycje Komisji zawierają dodatkowy element, czyli ewentualne przedłużenie o pół roku monopolu, jeśli zostanie dokonana ocena HTA, która jest standardowo opracowywana w stosunku do nowych



Nie widzę żadnych przeszkód aby ten temat był jednym z priorytetów Polskiej Prezydencji w Radzie Europy.



cząsteczek. Podsumowując te pomysły, o ile dzisiaj maksymalny okres ochrony wynosi 11 lat, o tyle po ich wprowadzeniu maksymalny okres ochrony może wynieść 13 lat.

— **Strategiczne założenia Komisji odnośnie rynku farmaceutycznego były ambitne.**

— Strategia farmaceutyczna miała przywrócić w Europie produkcję substancji aktywnych i leków gotowych. Zapowiadano dążenie do strategicznej autonomii Unii Europejskiej. Tymczasem w przygotowywanych projektach nie ma żadnych rozwiązań, które by stymulowały rozwój produkcji w Europie i konkurencję rynkową, wspierały rozwój inwestycji. Potrzebujemy rozwiązań na wzór „Chip Act”, który miał wspierać rozwój produkcji półprzewodników. W tej sprawie złożyliśmy równo rok temu petycję do Parlamentu Europejskiego.

— **Minął rok i niewiele się zmieniło.**

— A właśnie ostatnio mamy przyspieszenie. Nasze działania przyczyniły się do przyjęcia przez Parlament Europejski rezolucji w sprawie pandemii COVID-19, która m.in. wezwwała Komisję Europejską do przedstawienia rozwiązań regulacyjnych lub ustawodawczych zapewniających niezawodny i trwały dostęp do leków i ich składników, aby zagwarantować strategiczną autonomię UE w dziedzinie zdrowia. Parlament wezwał też do promowania produktów farmaceutycznych „wyprodukowanych w Europie”. Wskazał, że można to osiągnąć poprzez zachęty do zwiększenia produkcji leków i ich składników w UE oraz preferencyjne kryteria ustalania ich cen na szczeblu krajowym, bez zwiększania wydatków pacjentów i destabilizacji systemów ochrony zdrowia. Zwłaszcza że opublikowana z dużym opóźnieniem strategia farmaceutyczna nie zawiera żadnych tego typu rozwiązań. Jest jednak jeszcze nadzieja. Belgia rozpoczęła przygotowania do swojej prezydencji w UE i zorganizowała m.in. nieformalne spotkanie ministrów zdrowia. Przygotowała też dokument „non-paper” wzywający Komisję do wprowadzenia legislacji wspierającej odtworzenie produkcji leków w Europie. Ten dokument był utrzymany w duchu naszej petycji i wielu

państw, które zaczęły podejmować działania na rzecz odtworzenia przemysłu lekowego. Poparło go 18 państw, w tym wszystkie duże kraje, a wśród nich także Polska. Prezydencja belgijska, która rozpocznie się po aktualnie trwającej hiszpańskiej, chce starania na rzecz bezpieczeństwa lekowego Europy uczynić jednym ze swoich priorytetów. Hiszpania także pracuje nad pewnymi rozwiązaniami w Radzie, które dotyczą leków. Dobrze byłoby, aby naturalną kontynuacją tych działań zapewniły także kolejne prezydencje - Węgry i Polska. Wszystkim wymienionym krajom zależy na tym, ponieważ już mają swój przemysł farmaceutyczny i w naturalny sposób będą dążyć do rozwoju tej branży. Dokumenty te mogłyby skutkować — i do tego dążymy — aby KE przedłożyła zupełnie nowy projekt legislacyjny, zmierzający do przywrócenia produkcji API i leków gotowych w UE poprzez dedykowane źródła finansowania i ułatwienia legislacyjno-regulacyjne.

Rada i Parlament zabrały już stanowczy głos w tej sprawie. A to nie jest ostatnie słowo instytucji europejskich. Wszystko to powoduje, że Komisja nie może tego ignorować. Ważne jest, aby Polska Prezydencja w pierwszej połowie 2025 r. uwzględniła ten obszar w swoich priorytetach. Nadzieja jest. Z ostatnich wypowiedzi ministra Waldemara Budy wynika, że ten obszar jest ważny dla rządu. Nowa pani minister zdrowia, mam nadzieję, że również dostrzeże tę potrzebę. Mamy stanowiska instytucji europejskich, mamy wolę innych państw członkowskich, teraz czas na przekonanie Komisji do powzięcia pilnych działań. Bo tak naprawdę czas już minął. Inne regiony świata już nas w tym wyścigu wyprzedziły, musimy ich dogonić i przegonić. Jest to niezmiernie ważne dla bezpieczeństwa nas wszystkich jako polskich i europejskich pacjentów. W UE dużo dyskutuje się nt. magazynowania leków — jako jedynej odpowiedzi na ich braki. Te magazyny trzeba czymś zapełnić, a następnie uzupełniać. Wsparcie produkcji API i leków gotowych w UE jest potrzebne również do tego. W przeciwnym razie, jeżeli magazyny mają być zapełniane produkcją azjatycką, nic się nie zmieni. Bezpieczeństwo UE się nie zwiększy.

Nierówny dostęp do terapii w ramach programów lekowych

Dostęp do innowacyjnych leków w Polsce stopniowo się poprawia, choć budżet na refundację nowych terapii jest ograniczony. Samo uruchomienie nowego programu lekowego na liście refundacyjnej ogłaszanej przez Ministerstwo Zdrowia nie oznacza jednak, że pacjent dostanie ten lek od razu. Kod pocztowy nie powinien decydować o tym, czy pacjent otrzyma terapię ratującą życie, ponieważ to łamie jego podstawowe prawa o równym dostępie do leczenia. Nie może też czekać na to leczenie prawie rok, tylko z powodu wydłużających się procedur.

Dyskryminacje w traktowaniu pacjentów

Obwieszczenie zawierające listę leków refundowanych dotąd było aktualizowane co dwa miesiące. Przepisy dużej nowelizacji ustawy refundacyjnej wydłużyły ten czas do trzech miesięcy. Niestety fakt pojawienia się w wykazie konkretnej cząsteczki, udostępnianej w mechanizmie programu lekowego, nie oznacza, że już następnego dnia pacjent ma do niej realny dostęp. Przeciwnie – zwykle trwa to od 3 do 9 miesięcy. Powodem tak dużych opóźnień są odległe terminy ogłaszania postępowań konkursowych na programy lekowe w wojewódzkich oddziałach NFZ oraz przedłużające się przygotowania techniczne, kontraktowania świadczeń i procesy zakupu leku przez świadczących.

– Sytuacja na dziś jest taka, że mamy znaczne opóźnienia w dostępie do terapii w ramach programów lekowych, w szczególności w przypadku tworzenia nowego programu. Jest to dowodem na nierówne traktowanie pacjentów w porównaniu do opieki w lecznictwie otwartym, gdzie refundacja dostępna jest już w kolejnym dniu po publikacji listy refundacyjnej – zwraca uwagę Jacek Graliński, przewodniczący Komitetu Farmaceutycznego AmCham oraz Koalicji Izb Handlowych dla Zdrowia.

Sam Narodowy Fundusz Zdrowia jako jeden z celów w planie pracy na rok 2023 wskazał działania na rzecz skrócenia czasu zawarcia umów ze szpitalami na programy lekowe. Zakładają one ograniczenie czasu tylko części procesu tj. czasu od rozpoczęcia postępowań konkursowych do zawarcia umów. Miałyby on zostać zmniejszony do mniej niż 90 dni. Biorąc pod uwagę, że założony przez NFZ cel obejmuje tylko jeden z etapów udostępnienia pacjentom leków w tym mechanizmie istnieje poważna obawa, że nie przełoży się to na realne skrócenie czasu udostępnienia terapii. W NFZ prowadzone są także działania na rzecz uproszczenia systemu raportowania, który jest wskazywany przez medyków jako główny czynnik znacznie utrudniający prowadzenie pacjentów w programach lekowych. Nie znane są jednak publicznie szczegóły tych prac.

Pacjenci nie mogą czekać

Kiedy resort zdrowia ogłasza modyfikacje w programach lekowych i włącza nowe substancje do listy refundacyjnej, wielu pacjentów



Andrzej Śliwczyński

nie zdaje sobie sprawy, że nie oznacza to natychmiastowej dostępności tych terapii. Rzeczywistość bardzo szybko rozwiewa te nadzieje, ponieważ faktyczne możliwości skorzystania w krótkim czasie z tych leków są znacznie mniejsze. Opóźnienia liczone są w miesiącach, a czas to jedyne, poza dostępem do leczenia, czego pacjenci nie mają.

Działania niezbędne do udostępnienia leku pacjentowi w ramach programu lekowego odbywają się sukcesywnie. Po publikacji obwieszczenia refundacyjnego wydawane jest zarządzenie Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie programy lekowe; następnie NFZ uzupełnia słowniki w systemie raportowania świadczeniodawców (SMPT); w kolejnym kroku następuje wprowadzenie leku do receptariusza szpitalnego; ogłoszenie i realizacja postępowań konkursowych na programy lekowe w wojewódzkich oddziałach NFZ (prowadzona w różnym czasie w zależności od oddziału) oraz ogłoszenie i realizacja procedur zakupowych/przetargowych przez szpitale.

Rekomendacje, które mogą usprawnić system

Z reguły najwcześniej, dostępne są leki wprowadzane do katalogu chemioterapii i leki dodawane do istniejących już programów lekowych, najpóźniej nowe leki dostępne dla pacjentów w ramach nowych programów lekowych.

– Poprawa sekwencji działań, w tym przygotowanie odpowiednich rozwiązań z wyprzedzeniem, mogłaby znacząco skrócić okres od momentu refundacji do rozpoczęcia terapii przez pacjenta – dodaje Jacek Graliński.

Celem Komitetu Farmaceutycznego Amerykańskiej Izby Handlowej jest dialog poprawiający funkcjonowanie środowiska biznesowego oraz nakierowany na dobro

pacjenta, stabilność regulacyjną i przewidywalność prowadzenia działalności gospodarczej. Dlatego we współpracy z Koalicją Izb Handlowych dla Zdrowia Izba przygotowała opracowanie Programy lekowej – od decyzji refundacyjnej do pacjenta, wskazujące konkretne rozwiązania w kierunku przyspieszenia realnego dostępu pacjentów do leczenia w ramach programów lekowych.

Propozycje rozwiązań zostały podzielone na dwie grupy: rozwiązania organizacyjne i standaryzacyjne, które są możliwe do uzgodnienia w drodze rozmów w NFZ; oraz niezbędne rozwiązania legislacyjne, czyli konkretne zapisy w Ustawach.

– Dużym ułatwieniem byłoby odejście od formuły konkursu na rzecz rokowań z podmiotami leczniczymi spełniającymi kryteria udzielania świadczeń w danym programie. Taka możliwość omówiona z NFZ powinna się znaleźć w pakiecie zmian ustawowych – mówi prof. Andrzej Śliwczyński z Uczelni Łazarskiego w Warszawie, autor opracowania. – Warto też opracować i przyjąć standardy postępowania w oddziałach wojewódzkich Funduszu, zwłaszcza w zakresie terminów ogłaszania postępowań, które powinny być takie same we wszystkich województwach. Nie może być tak, że o dostępie pacjenta do leczenia będzie decydował kod pocztowy – dodaje autor rekomendacji.

Komitet Farmaceutyczny Amerykańskiej Izby Handlowej (KF AmCham) zrzesza kluczowe, globalne firmy farmaceutyczne obecne w Polsce. Jego celem jest reprezentowanie głosu i opinii jego członków. KF AmCham inicjuje i uczestniczy w dialogu, zwłaszcza ze środowiskami opiniotwórczymi i decyzyjnymi. Nakierowany jest na dzielenie się wiedzą w dziedzinie systemu ochrony zdrowia, farmacji i biotechnologii oraz na tworzenie i utrzymywanie optymalnych warunków rozwoju przemysłu farmaceutycznego w Polsce.

Komitet działa na rzecz:

- rozwoju środowiska biznesowego i inwestycji w branży farmaceutycznej ukierunkowanych na dobro pacjenta i poprawę systemu ochrony zdrowia,
- stabilności regulacyjnej i przewidywalności prowadzenia działalności gospodarczej w Polsce,
- zwiększenia przejrzystości w procesie legislacyjnym i podejmowania decyzji w porozumieniu z partnerami publicznymi i w poszanowaniu prawa.

PACJENCI DOPYTUJĄ O REFUNDACJĘ LEKÓW Z TOP 10 ONKO

Organizacje pacjentów apelują o objęcie refundacją leków, które znalazły się na liście terapii onkologicznych, wskazanych przez zarząd Polskiego Towarzystwa Onkologii Klinicznej jako priorytety refundacyjne – TOP 10 ONKO. Tymczasem niemal równolegle Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji negatywnie oceniła znaczną większość tych terapii. Co to oznacza dla pacjentów?

„Terapie z listy TOP 10 ONKO powinny być traktowane priorytetowo w procesie refundacyjnym, bo okres od wydania negatywnej rekomendacji w AOTMiT do (mamy nadzieję) pozytywnej decyzji refundacyjnej to czas, w którym pacjenci nie mają w ogóle dostępu do leczenia, nawet w ramach ratunkowego dostępu do terapii lekowych. Czas nie jest sprzymierzeńcem pacjentów onkologicznych. Dlatego choć bardzo nas cieszą zapowiedzi resortu zdrowia, to jednak trochę martwią mijające od tych deklaracji miesiące, w czasie których nie są leczeni jak inni chorzy w Unii Europejskiej” – mówi Aleksandra Wilk, dyrektor Sekcji Raka Płuca w Fundacji To się Leczy.

Ranking TOP 10 ONKO powstał w wyniku głosowania 9 ekspertów – członków zarządu PTOK. O kolejności leków decydowała suma punktów oraz liczba wskazań danego leku.

LISTA PRIORYTETÓW W ROKU 2023				
1	trastuzumab derukstekan	rak piersi	84 pkt.	9 (6)
2	pembrolizumab	rak jelita grubego	57 pkt.	8 (1)
3	pembrolizumab	rak piersi	47 pkt.	7 (1)
4	niwolumab	rak jelita grubego	30 pkt.	5
5	pembrolizumab	rak żołądka	26 pkt.	4 (1)
6	sotorasyb	NDRP z mutacją G12C genu KRAS	25 pkt.	4
7	enfortumab wedotin	rak urotelialny	21 pkt.	5
8	niwolumab	rak przełyku, żołądka	20 pkt.	3
9	kabozantynib	rak tarczycy	19 pkt.	3 (1)
10	cemiplimab	rak podstawnomórkowy skóry	19 pkt.	3
10	lutet (¹⁷⁷ Lu) wiwotynibu tetraksetan	rak gruczołu krokowego	19 pkt.	3

„Tworzenie takiej listy jest bardzo mocne, z udziałem wszystkich członków zarządu PTOK, ponieważ każdy z nas ma swoją perspektywę. W tworzeniu tej listy priorytetów spotykają się wspólne intencje onkologów i pana wiceministra Miłkowskiego, który przed ponad rokiem zwrócił się do mnie z pytaniem o opinię, które leki są nam najbardziej potrzebne” – podkreśla prof. Maciej Krzakowski, krajowy konsultant w dziedzinie onkologii klinicznej.

Zdaniem ekspertów na najwyższy priorytet refundacyjny zasługuje trastuzumab derukstekan, terapia stosowana w leczeniu zaawansowanego raka piersi. „Objęcie refundacją tego leku jest niezwykle ważne dla pacjentek z rakiem piersi. Wiemy, że Minister Zdrowia dostrzega jego wartość kliniczną. Natomiast rzecznik Ministerstwa zapowiadał sukcesywną refundację leków z listy TOP 10 ONKO. Trzymamy się tej

obietnicy i apelujemy do resortu o refundację trastuzumab derukstekan od 1 września” – przestrzega Elżbieta Kozik, prezes stowarzyszenia Polskie Amazonki Ruch Społeczny.

„Pacjenci z rakiem płuca doświadczają znacznego obniżenia jakości życia nie tylko na skutek choroby, ale również z powodu stosowanego leczenia powodującego szereg działań niepożądanych (najczęściej związanych z chemioterapią) – dlatego z taką nadzieją czekają na terapie o mniejszej toksyczności, takie jak leki ukierunkowane molekularnie, czyli znajdujący się na liście TOP 10 ONKO sotorasyb dla chorych z mutacją G12C w genie KRAS” – mówi Aleksandra Wilk.

„W ostatnich latach poprawiła się dostępność do nowoczesnych metod leczenia chorych na NDRP, zarówno immunoterapii, jak i leków ukierunkowanych molekularnie. Mutacja KRAS G12C jest jednym

z najczęściej obserwowanych zaburzeń molekularnych u chorych na gruczolowego raka płuca. Rejestracja europejska sotorasybu jako pierwszego leku aktywnego w tym zaburzeniu molekularnym stanowi wartościową opcję terapeutyczną u chorych po niepowodzeniu wcześniejszej chemioterapii. W porównaniu do standardowej chemioterapii drugiej linii zastosowanie sotorasybu poprawia czas przeżycia wolny od progresji choroby przy dobrej tolerancji leczenia. Oczekujemy na refundację leku i możliwość jego zastosowania w codziennej klinicznej praktyce” – dodaje dr hab. Adam Ptuzanski z Kliniki Nowotworów Płuca i Klatki Piersiowej Narodowego Centrum Onkologii.

O trafności rankingu i zasadności refundowania obecnych w nim leków świadczy przykład terapii w raku jelita grubego. Znalazły się one odpowiednio na 2. i 4. miejscu tegorocznego zestawienia TOP 10 ONKO. Ten wynik skomentowała prof. Barbara Radecka (członek zarządu PTOK, Opolskie Centrum Onkologii) podkreślając, że do skutecznego stosowania pembrolizumabu i niwolumabu w leczeniu raka jelita grubego, które znalazły się na drugim i czwartym miejscu (obie już refundowane od 1 marca) bardzo ważne jest odpowiednie testowanie pacjentów, aby ustalić, którzy z nich odniosą korzyści w tej terapii.

PROGRAM LECZENIA PCHN DO POPRAWKI

Mija rok od wprowadzenia refundacji flozyn w leczeniu przewlekłej choroby nerek, a liczba pacjentów objętych leczeniem wynosi póki co ledwie 5 tysięcy. Szacowano ją tymczasem na 40 tysięcy, a populacja chorych przekracza 200 tysięcy.

– Dlaczego program nie działał tak jak powinien?

Prof. Beata Naumnik, kierownik I Kliniki Nefrologii i Transplantologii UM w Białymstoku, konsultant wojewódzki do spraw nefrologii w województwie podlaskim



– Mamy refundowany lek, a nie możemy go odpowiednio szeroko zastosować?

– Jest drugi problem, utrudniający przepisanie tej terapii, nawet kiedy zidentyfikujemy pacjenta, który może odnieść korzyść z leczenia flozynami. Otóż w kryteriach programu zapisano ilościowy wskaźnik albuminurii 200 mg/g jako warunek refundacji. Tymczasem pacjent, który już jest objęty leczeniem nefroprotektynym – bo kolejnym warunkiem jest stosowanie wcześniej przez co najmniej 4 tygodnie leków, które m.in. obniżają albuminurię – musiałby przerwać to leczenie, aby wskaźnik mu się pogorszył i przekroczył wymagany poziom. A przecież wiemy, że dopiero skojarzenie tych dwóch leków zmniejsza śmiertelność pacjentów, opóźniając rozpoczęcie leczenia nerkozaścępczego. Co zatem w takiej sytuacji ma zrobić lekarz – odstawić działające leki?

– Skąd się wzięły te zapisy?

– Wskazania refundacyjne zostały po prostu przepisane z badań klinicznych, przeprowadzonych przez producenta leku. A przecież konstruowanie badania zakłada takie ukształtowanie grupy pacjentów, aby wykazać maksymalne korzyści. Z punktu

widzenia klinicznego nie ma znaczenia, czy pacjent ma albuminurię np. 35 czy 300. Wskaźnik ACR równy 35 także oznacza, że występuje albuminuria – i że warto ją redukować. Wydaje mi się, że na samym początku formułowania tych wymagań refundacyjnych zabrakło głębszego zrozumienia tematu.

– W założeniach programu mówiło się o 40 tysiącach pacjentów.

– Jest ich na razie około 5 tysięcy, a więc nawet nie otarliśmy się o tę zakładaną liczbę. Estymacje epidemiologiczne wskazują na ponad 200 tysięcy chorych, którzy mogliby być aktywnie leczeni. Na razie mamy więc kroplę w morzu potrzeb.

– Zmiana zaleceń pomoże?

– Nawet gdybyśmy uprościli wymagania, rezygnując z określania ilościowego i zapisując jako kryterium „albuminuria lub białkomocz” nie wierzę, aby liczba pacjentów zbliżyła się do tych zakładanych 40 tysięcy. Konieczna jest jeszcze poprawa diagnostyki zwłaszcza w grupach ryzyka, stosowanie markerów wczesnego uszkodzenia nerek. Dlatego sama zmiana kryteriów refundacyjnych nie poprawi radykalnie statystyk. Ale przynajmniej skorzystaliby ci pacjenci, którzy już zostali zdiagnozowali i rozpoczęli leczenie.

– Wniosek z tej historii jest taki, że refundacyjne kryteria włączania pacjen-

tów do leczenia wymagają głębszego przemyślenia, a nie tylko kopiowania zapisów badania rejestracyjnego.

– Nie należy implementować jeden do jednego założeń badań do wskazań refundacyjnych. Wskazania refundacyjne muszą także podlegać modyfikacji, jeśli praktyka kliniczna wskaże, że istnieje taka potrzeba. W tym przypadku barierą stało się to, że wymagane jest teoretycznie proste badanie, którego jednak – jak się okazało – duża część laboratoriów nie wykonuje.

– Do jakiego poziomu powinniśmy zwiększyć liczbę pacjentów korzystających z refundacji?

– Jeżeli w całej POZ zostanie wprowadzony program koordynowanej opieki, to mamy szansę na dojdzie liczby pacjentów leczonych flozynami do zakładanych 40 tysięcy. Zajmie to na pewno kilka lat. Badania kliniczne, które wykazały korzyści z leczenia pacjentów z przewlekłą chorobą nerek wykazały tak oczywiste korzyści, że nikt ze specjalistów nefrologów nie ma wątpliwości co do ich stosowania. Ta wiedza w dużej mierze już się upowszechniła także wśród lekarzy POZ. Ale co oni mogą zrobić, skoro sprawy formalne utrudniają im optymalne leczenie pacjentów? Nie mają dostępu do ilościowych badań ACR – nie ze swojej winy, ale z braku możliwości ich przeprowadzenia w laboratoriach, z którymi współpracują.

LECZENIE BIOLOGICZNE TRAFI DO AOS

W najbliższych miesiącach pojawi się możliwość podawania leków biologicznych w AOS pacjentom, którzy są leczeni w ramach programów lekowych etanerceptem lub adalimumabem. To dobry krok, zmierzający do upowszechnienia nowoczesnego, skutecznych terapii biologicznych – mówi prof. Brygida Kwiatkowska, konsultant krajowa w dziedzinie reumatologii.



– Pani Profesor, jest szansa na upowszechnienie dostępu do leczenia biologicznego?

– Trwają prace nad nowym rozwiązaniem, stanowiącym pewien kompromis. Było ono omawiane na roboczym spotkaniu w czerwcu, jako konsultant krajowa zaopiniowałam je pozytywnie. Jest już również pozytywna opinia agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji. Chodzi o stworzenie możliwości ambulatoryjnego podawania leków biologicznych biopodobnych, dostępnych w ramach programów lekowych. Moim zdaniem to jest dobry krok.

– Czyli chorzy będą mieli możliwość otrzymywania leków w większej liczbie miejsc?

– Dzięki podawaniu leków w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej wzrośnie liczba miejsc, a tym samym bardzo wielu chorych będzie mogło przejść pod opiekę placówek bliżej swojego miejsca zamieszkania. Weryfikowaliśmy liczbę placówek ambulatoryjnych, które mają odpowiednie doświadczenie w leczeniu chorób zapalnych i teoretycznie mogłyby się zajmować chorymi w ramach programów lekowych. Będą mogły zgłosić się do konkursów, które ogłosi NFZ. Nie chcemy wprowadzać systemu recepturowego, ale jednak zachować zasadę podawania leku biologicznego w placówce medycznej.

– Czyli to będzie przedłużenie programów w nowych placówkach.

– Z praktycznego punktu widzenia będzie to rozwiązanie przejściowe, dzięki któremu liczba placówek prowadzących leczenie w ramach programów lekowych się zwiększy. Nowe placówki będą w kontakcie ze szpitalami, które mają już odpowiednie doświadczenie, dzięki temu że dzisiaj prowadzą już programy lekowe. Chcemy w tym celu wytypować dobre przychodnie i stworzyć sieć placówek AOS. Każda będzie musiała podpisać umowę o współpracy z ośrodkiem, który zapewni wszystkie linie leczenia, tak aby pacjent nie pozostał bez opieki, jeśli leczenie okaże się nieefektywne albo pojawią się jakieś objawy niepożądane.

– Pacjent leczony w AOS nadal będzie objęty programem lekowym?

– Tak, leczenie biologiczne w placówkach AOS będzie nadal prowadzone w ramach programów



Pacjentom trzeba zapewnić możliwość płynnego przechodzenia na inne linie leczenia, dostępne w ramach programów, jeśli któryś lek nie działa lub z innych powodów wymagana jest zmiana. W ramach programu jest to bardzo proste.



lekowych. Kryteria kwalifikacji każdego leczonego pacjenta oraz wszystkie linie leczenia będą takie same, niezależnie od placówki, która go prowadzi. Pacjenci już leczeni w ramach programu będą mogli zmienić placówkę, która ich prowadzi, na AOS bliższy ich miejscu zamieszkania. A nowi pacjenci będą kwalifikowani w każdej placówce, szpitalu czy AOS, według tych samych kryteriów. Korzystając z tej przejściowej formy zbierzemy doświadczenia, które będzie można wykorzystać w przyszłości, przy opracowywaniu nowych rozwiązań.

– Jakich leków będzie dotyczyć to poszerzenie?

– Nowe rozwiązanie będzie dotyczyć dwóch leków – etanerceptu i adalimumabu – które można podawać ambulatoryjnie i których ochrona patentowa się skończyła, w związku z czym pojawiły się odpowiedniki o znacznie niższych cenach. Trzeci taki lek infliksymab (inhibitor TNF-alfa) jest aktualnie jedynie w formie dożyłnej, a na razie nie mamy w programach lekowych formy podskórnej – którą można byłoby podawać w warunkach ambulatoryjnych.

– Czy kolejne leki będą udostępniane w AOS?

– Jeśli skończy się ochrona patentowa a lek podawany jest podskórnie – to nie widzę żadnych problemów. Od czegoś jednak trzeba zacząć, więc na początku będą to dwa wspomniane leki. Charakteryzują się one wysokim profilem bezpieczeństwa. Dotychczas znaczna część lekarzy nie była jednak zainteresowana ich używaniem, ponieważ pracowali w ośrodkach, które nie prowadziły programów lekowych. Nie mieli możliwości pracy z pacjentami leczonymi terapiami biologicznymi, nie widzieli zatem praktycznych efektów ich stosowania. Stworzenie możliwości dostępu do tych terapii w AOS pozwoli im poszerzyć swoją wiedzę, kwalifikować pacjentów do leczenia w ramach programu lekowego, zbierać doświadczenia. Możliwość włączenia leków biologicznych powinna też sprawić, że lekarze AOS będą lepiej kontrolować postęp choroby, dokładniej analizować stan pacjenta, a w konsekwencji szybciej uruchamiać leczenie biologiczne i skuteczniej leczyć. Planujemy spe-

cialne szkolenia dla lekarzy, którzy do tej pory nie mieli doświadczenia z terapiami biologicznymi.

– Spodziewa się Pani Profesor, że proponowane zmiany będą dobrze przyjęte przez ośrodki?

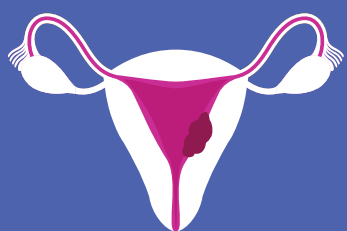
– Wprowadzenie możliwości opieki ambulatoryjnej powinno przede wszystkim odciążyć te ośrodki, które obecnie prowadzą programy lekowe i borykają się z rosnącą liczbą pacjentów oraz jednocześnie ograniczonymi zasobami kadrowym. Ponieważ finansowa atrakcyjność programów lekowych jest niska, dyrektorzy tych ośrodków, kontrolując koszty, nie chcą zatrudniać większej liczby lekarzy do opieki nad pacjentami. Dlatego wprowadzenie stamtąd pewnej liczby chorych, będących w stabilnym stanie, ustawionych na lekach biologicznych, odblokuje możliwości obejmowania opieką nowych osób.

– Programy lekowe nie są zbyt atrakcyjne finansowo dla szpitali. Czy znajdą się chętni w AOS?

– Mówimy o lekach, które kosztują kilkaset złotych, więc w tym przypadku placówki nie będą mieć problemu z blokowaniem dużych sum pieniędzy w związku z zakupem, a potem oczekiwaniem na refundację ze strony NFZ. Niezależnie od tego, już kilkakrotnie apelowałam o podwyższenie wyceny obsługi programów lekowych dla szpitali i mam nadzieję, że coś się z tym uda zrobić. Potrzebna jest waloryzacja kosztów obsługi, zwłaszcza że niektóre programy (nie reumatologiczne) są już bardzo dobrze wycenione i placówki chętnie podpisują kontrakty. Ważna będzie zatem odpowiednia wycena tego świadczenia dla przychodni.

– Czy dzięki tej nowej możliwości leczenia liczba pacjentów szybko wzrośnie?

– W pierwszym roku na pewno nie można się spodziewać szybkiego wzrostu, ponieważ nowe placówki będą musiały nauczyć się sprawowania opieki nad pacjentami z przewlekłymi chorobami zapalnymi, leczonymi biologicznie. Według analiz AOTMiT wzrost kosztów w pierwszym roku refundacji nowego świadczenia może wynieść od 11,8 do 36,7 mln zł w wariantcie minimalnym i pomiędzy 23,7 a 75,9 mln zł w wariantcie maksymalnym.



Rak endometrium rozwija się w błonie wyścielającej macicę nazywanej endometriumⁱ.

Objawy podmiotowe i przedmiotoweⁱ



Krwawienie z pochwy lub upławy niezwiązane z miesiączką



Krwawienie z pochwy po menopauzie



Trudności lub ból podczas oddawania moczu



Ból podczas stosunku płciowego



Ból w okolicy miednicy

U kogo i jak często występuje



Rak endometrium to **szósty co do częstości występowania** rak rozpoznawany u kobiet na całym świecie i **najczęstszy nowotwór złośliwy** żeńskiego układu rozrodczegoⁱⁱ.



Każdego roku na świecie wykrywa się **417 000 nowych przypadków zachorowań**ⁱⁱ.



Liczba rozpoznań raka endometrium na świecie zwiększa się w ostatnich latach. W okresie od 2000 do 2010 r. uległa ona podwojeniuⁱⁱⁱ.



Rak endometrium cechuje się **trzecim najwyższym wskaźnikiem śmiertelności** spośród wszystkich złośliwych nowotworów układu rozrodczegoⁱⁱ.



Rak endometrium występuje najczęściej **u kobiet po menopauzie**; mediana wieku pacjentek wynosi **61 lat**^{iv}.

Trudności w leczeniu choroby zaawansowanej lub nawrotowej



Niezbędna jest kontynuacja badań nad nowymi metodami leczenia pacjentek z zaawansowaną lub nawrotową postacią choroby, u których doszło do progresji w trakcie lub po chemioterapii zawierającej pochodne platyny, ponieważ — jak wynika z literatury — rokowania w tej grupie są niekorzystne^v.

W przypadku raka endometrium obserwuje się największą częstość występowania zaburzeń naprawy niedopasowania genów (dMMR) i niestabilności mikrosatelitarnej (MSI-H) spośród wszystkich nowotworów^{vi, vii}.

W przypadku nowotworów z dMMR częściej występują mutacje, co powoduje, że z większym prawdopodobieństwem można u takich pacjentek uzyskać odpowiedź na leki mające wpływ na receptor programowanej śmierci 1 (PD-1) i ligand dla receptora programowanej śmierci 1 (PD-L1)^{vi, vii}.

i. Endometrial Cancer Treatment (PDQ®)-Patient Version. National Cancer Institute. <https://www.cancer.gov/types/uterine/patient/endometrial-treatment-pdq>. Dostęp: styczeń 2021 r.
 ii. Sung H, Ferlay J, Siegel R i wsp. Global cancer statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. CA Cancer J Clin. 2021. doi:10.3322/caac.21660
 iii. Lortet-Tieulent J, Ferlay J, Bray F, Jemal A. International Patterns and Trends in Endometrial Cancer Incidence, 1978-2013. JNCI: Journal of the National Cancer Institute. 2017;110(4):354-361. doi:10.1093/jnci/djx214
 iv. TV Ajithkumar. Oxford desk reference. Oxford: Oxford University Press. 2011.
 v. Endometrial Cancer Treatment (PDQ®)- Health Professional Version. National Cancer Institute. <https://www.cancer.gov/types/uterine/hp/endometrial-treatment-pdq>. Dostęp: styczeń 2021 r.
 vi. Bonneville R, Krook M, Kautto E i wsp. Landscape of Microsatellite Instability Across 39 Cancer Types. JCO Precis Oncol. 2017;(1):1-15. doi:10.1200/po.17.00073
 vii. Le DT, Uram JN, Wang H i wsp. PD-1 blockade in tumors with mismatch-repair deficiency. N Engl J Med. 2015;373(20):1979-1979. doi:10.1056/nejmc1510353

Opóźnienia w dostępie do terapii w ramach programów lekowych można zmniejszyć

Po wpisaniu nowego leku na listę leków refundowanych, w ramach programu lekowego, realny dostęp do niego pacjenci uzyskują średnio po 3-9 miesiącach. Powody tak dużych opóźnień leżą w znacznej mierze po stronie Narodowego Funduszu Zdrowia. Są to m.in. odległe terminy ogłaszania postępowań konkursowych na programy lekowe w wojewódzkich oddziałach NFZ, przedłużające się przygotowania techniczne, długi i częściowo niepotrzebny proces kontraktowania świadczeń. Do opóźnień przyczynia się także proces zakupu leku przez



Magdalena Kotodziej

świadczeniodawców w formie przetargów publicznych, który musi być zgodny z prawem zamówień publicznych, a jest fikcyjny – skoro przed decyzją refundacyjną prowadzono negocjacje cenowe a na rynku nie istnieje konkurencja dla innowacyjnej terapii.

„Kiedy co dwa miesiące resort zdrowia ogłasza zmiany w programach lekowych i wprowadzenie na listy refundacyjne nowych cząsteczek, część pacjentów nie ma świadomości, że to nie oznacza możliwości leczenia nimi od następnego dnia. Rzeczywistość

szybko sprowadza nas na ziemię, bo okazuje się, że realnie nie możemy skorzystać z tych terapii. Opóźnienia liczone są w miesiącach, a czas to jedyne, poza dostępem do leczenia, czego pacjenci nie mają. Każdego dnia waży się ich zdrowie i życie” – mówi Magdalena Kotodziej, prezes Fundacji My Pacjenci. Koalicja Izby Handlowych dla Zdrowia przygotowała dokument „Programy lekowe – od decyzji refundacyjnej do pacjenta”, w którym prof. Andrzej Śliwczyński z Uczelni Łazarskiego proponuje usprawnienia, mające przyspieszyć realny dostęp pacjentów do leczenia nowymi terapiami.

Rynek pozaapteczny bez regulacji



Marek Rutka

Minister Zdrowia dostrzega potrzebę uporządkowania pozaaptecznego obrotu lekami sprzedawanymi bez recepty (OTC) i zwiększenia jego bezpieczeństwa. Dlatego był procedowany projekt ustawy, który przewidywał wprowadzenie obowiązkowej rejestracji placówek obrotu pozaaptecznego

(np. sklepy ogólnodostępne, stacje benzynowe itp.), które prowadzą obrót lekami bez recepty. Proces wprowadzania tego projektu wydłużył się na tyle, że w związku ze zbliżającym się końcem kadencji parlamentu nie ma możliwości aby został skutecznie przepracowany, a więc wszedł w życie w dającej się przewidzieć najbliższej przyszłości – wyjaśnił wiceminister zdrowia Maciej Mitkowski w odpowiedzi na interpelację postów Lewicy. Postowie Lewicy Monika Falej, Paweł Krutul, Marek Rutka, Robert Obaz, Maciej Kopiec, Anita Kucharska-Dziedzic w swojej interpelacji przytoczyli wnioski z raportu „Pozaapteczny obrót lekami bez recepty (OTC): bezpieczeństwo, prawo, ekonomia i oczekiwania pacjenta”, który wskazuje na niepokojące zjawiska dotyczące samoleczenia w Polsce. Statystyczny Polak przeznaczają na leki bez recepty najwięcej w Europie. Polska jest jedynym krajem unijnym, w którym wartość rynku OTC jest wyższa od wartości rynku leków na receptę. Problemem jest brak kontroli i racjonalnych kryteriów w pozaaptecznym obrocie lekami OTC.

Propozycje zmian, mających na celu szybsze udostępnianie leków pacjentom w programach lekowych:

- NFZ powinien zacząć przygotowywanie odpowiedniego zarządzenia prezesa już w momencie negocjacji producentów z Komisją Ekonomiczną
- Uproszczenie Systemu Monitorowania Programów Terapeutycznych oraz zintegrowanie go z systemami rozliczeniowymi używanymi przez szpitale
- Szybsze przygotowywanie nowych modułów IT, plików i słowników NFZ stosowanych w systemach informatycznych
- Zmiana sposobu rozliczania i podwyższenie wyceny badań diagnostycznych, zwłaszcza związanych z kwalifikowaniem pacjentów do programu
- Tworzenie rezerwy celowej na nowe technologie lekowe w budżecie NFZ i lepsze planowanie wydatków funduszu oraz bardziej równomierne rozdzielanie budżetu (unowocześnienie stosowanego algorytmu) na poszczególne oddziały wojewódzkie
- Ograniczenie i uproszczenie sprawozdawczości związanej z prowadzeniem programu lekowego
- Wyłączenie zakupów cząsteczek do programów lekowych z obowiązku organizacji przetargów publicznych

RDTL mógłby działać lepiej, zdaniem kontrolerów NIK

Zmiany zasad działania RDTL, które nastąpiły wraz z powołaniem do życia Funduszu Medycznego, usprawniły proces ubiegania się pacjentów o ratunkowe leczenie. Jednak stwierdzono nieprawidłowości w działaniach instytucji, które są zaangażowane w RDTL, w tym m.in. Ministerstwa Zdrowia oraz NFZ.

Zdaniem inspektorów Najwyższej Izby Kontroli, zmiany prawne w listopadzie 2022 roku poprawiły dostęp pacjentów do ratunkowego leczenia. Tym niemniej, zarzucili Ministerstwu Zdrowia, że nie dokonało analizy ani ewaluacji funkcjonowania nowych zasad. Resort nie posiada nawet tak podstawowej informacji, jaką jest liczba wniosków w sprawie RDTL czy liczba wydanych negatywnych decyzji. Z tego powodu nie jest w stanie ocenić, w jakim stopniu potrzeby pacjentów są zaspokajane dzięki procedurze RDTL.

NIK ocenił również, że „Minister Zdrowia, jako dysponent środków Funduszu Medycznego, nierzetelnie sporządzał i zawierał umowy, na mocy których Narodowy Fundusz Zdrowia otrzymywał środki na refundację kosztów leków w ramach RDTL. Umowę na 2020 r. zawarto 30 grudnia 2020 r., co w praktyce uniemożliwiło jej realizację. Z kolei w umowie na 2021 r. Minister ograniczył możliwość sfinansowania leków do tych, które zostały podane

w okresie 1 stycznia – 31 grudnia 2021 r. Uniemożliwiło to NFZ refundację z Funduszu Medycznego kosztów leków podanych w 2020 r., które szpitale sprawozdały do NFZ w roku następnym”.

Kontrolerzy NIK opisali także nieprawidłowości w działaniu Narodowego Funduszu Zdrowia, który już po wprowadzeniu w życie nowych przepisów wydał ze środków własnych 14,6 mln zł na refundację leków w ramach RDTL – chociaż powinien ją sfinansować Fundusz Medyczny.

Najpoważniejszy zarzut pod adresem NFZ dotyczy refundowania kosztów dawek leków podanych pacjentom, a nie kosztów zakupu leków udokumentowanych fakturami, co było niezgodne z ustawą o świadczeniach zdrowotnych i spowodowało, że szpitale ponosiły koszty niewykorzystanych dawek leków. Skrytykowano także zbyt długi proces weryfikacji świadczeń, który wydłużał czas oczekiwania na refundację kosztów przez szpitale nawet do ponad roku.

Przed zmianą zasady działania RDTL, w latach 2017-2020 resort zdrowia otrzymał łącznie 7096 wniosków dotyczących 3809 pacjentów, a decyzji pozytywnych wydano 6147 (87 proc.). Na 97 odwołań od decyzji negatywnych w 39 przypadkach zostały one zmienione na pozytywne dla pacjenta.

NIK zwrócił uwagę na opóźnienia w działaniach MZ – tylko 28,8 proc. decyzji Ministra Zdrowia zapadło w ustawowym terminie 14 dni. Wskazał także, że „Minister nie skorygował z urzędu decyzji zawierających zgodę na sfinansowanie kosztów leków w ramach RDTL, w których jako maksymalną kwotę, jaka może być przeznaczona na ten cel, podał kwoty netto. Zmieniał decyzje tylko dla tych świadczeniodawców, którzy o to wystąpili”.

Natomiast po wejściu w życie ustawy o Funduszu Medycznym, „Minister nie wprowadził skutecznych mechanizmów pozwalających na ocenę funkcjonowania nowych regulacji i ich ewentualną ewaluację. W szczególności nie ujednolicił sposobu procedowania przez konsultantów krajowych lub wojewódzkich w ochronie zdrowia wniosków o zastosowanie leku w ramach RDTL. Nie wydał również zaleceń lub wytycznych, w tym dotyczących raportowania o wykonanych czynnościach dotyczących RDTL. W konsekwencji nie dysponował danymi pozwalającymi na ustalenie m.in. przyczyn niskiego wykorzystania środków na RDTL”.

NIK zwrócił uwagę, że wydano jedynie część pieniędzy zaplanowanych na finansowanie RDTL – w okresie 26.11.2020 – 31.05.2022 plan Fun-

duszu Medycznego zakładał wydanie 404 mln zł, a wydano jedynie 36,7 proc (148 mln zł).

Wykryto także błędy w opracowaniu „czarnej listy”, czyli leków których nie można finansować w ramach RDTL. Część wykazów opublikowano po dniu wejścia ich w życie, przez co niektóre szpitale nie otrzymały refundacji kosztów zakupionych leków. W jednym z wykazów znalazły się leki, które nie powinny się na nich znaleźć, ponieważ ich wskazania „nie znajdowały zastosowania w leczeniu w ramach RDTL”.

Najwyższa Izba Kontroli w swoich wnioskach i zaleceniach podkreśliła m.in., że:

- Ministerstwo Zdrowia powinno prowadzić analizy RDTL i oceniać stopień zaspokojenia potrzeb pacjentów,
- rzetelnie opracowywać wykazy leków nie podlegających refundacji w ramach RDTL,
- koszty zakupów leków powinny być w całości ponoszone przez Fundusz Medyczny, a nie tylko w zakresie wykorzystanych dawek – NFZ powinien opracować odpowiedni system takich rozliczeń,
- należy usprawnić proces weryfikowania dokumentacji w NFZ, aby skrócić czas oczekiwania na refundację w ramach RDTL.

TRENDY

KE przeznaczyła 1,23 mld euro na zdrowie psychiczne

Ursula von der Leyen

Komisja Europejska poinformowała o przeznaczeniu 1,23 mld euro na inicjatywy dotyczące zdrowia psychicznego. Zdrowie psychiczne ma stać się ważnym filarem polityki zdrowotnej UE. Opublikowano 20 inicjatyw przewodnich, które opierają się na dążeniu do zrównania zdrowia psychicznego i zdrowia fizycznego, a także na interdyscy-

plinarnym podejściu do tematyki zdrowia psychicznego. Podejmowane działania koncentrują się na skutecznym zapobieganiu zaburzeniom psychicznym, optymalnej dostępności dla każdego do wysokiej jakości świadczeń w zakresie diagnozy i leczenia chorób psychicznych oraz wspierania powrotu osób po kryzysie psychicznym do własnego środowiska.

Duży nacisk kładzie się na profilaktykę zdrowia psychicznego. Przeznaczając środki finansowe, Komisja zobowiązuje państwa członkowskie do wieloaspektowego podejścia w zakresie zapobiegania rozwojowi chorób psychicznych oraz minimalizacji ryzyka pogorszenia stanu osób z historią zaburzeń psychicznych np. poprzez wspieranie w powrocie na rynek pracy. Wśród interwencji, których celem jest zmniejszenie zagrożeń dotyczących zdrowia psychicznego, wyraźnie zaznaczone jest propagowanie aktywności fizycznej wśród osób w każdym wieku. Flagowe inicjatywy w obszarze zdrowia psychicznego mieszkańców UE dotyczą: zapobiegania depresji i samobójstwom, tworzenia wspierającego środowiska życia, walki ze stygmatyzacją i dyskryminacją osób cierpiących na choroby psychiczne, a także zwiększania dostępności świadczeń z tego obszaru. Opracowany zostanie także europejski kodeks zdrowia psychicznego, czyli zbiór zaleceń opartych na dowodach, które będą dostępne w Internecie w wielu językach. Wspierane będą działania na rzecz poprawy zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży.

Neurologia na liście priorytetów

Opublikowano nowelizację rozporządzenia w sprawie określenia priorytetowych dziedzin medycyny, zgodnie z którą neurologia została uznana za dziedzinę priorytetową medycyny.

O wpisanie neurologii na listę specjalizacji priorytetowych od dawna apelowało Polskie Towarzystwo Neurologiczne. W dziedzinach priorytetowych Minister Zdrowia, co do zasady, przyznaje więcej miejsc rezydenckich, niż w pozostałych dziedzinach medycyny. Dodatkową zachętą jest także wyższe wynagrodzenie otrzymywane przez lekarzy odbywających szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie priorytetowej w trybie rezydenckim.

Efektom zmian w przepisach ma być zwiększenie liczby lekarzy rozpoczynających szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie neurologii, co w przyszłości zapewni zwiększenie liczby neurologów. Dzięki temu pacjenci cierpiący na schorzenia neurologiczne mają uzyskać łatwiejszy i szybszy dostęp do lekarzy specjalistów i do specjalistycznych świadczeń neurologicznych.

W związku z przewidywanym zwiększeniem zachorowalności na choroby neurologiczne spodziewane jest zwiększenie zapotrzebowania na świadczenia udzielane przez lekarzy specjalistów w dziedzinie neurologii. Na 4551 lekarzy neurologów wykonujących zawód, 2396 lekarzy ma więcej niż 55 lat (stan z grudnia 2022 r.), a co za tym idzie w najbliższych kilkunastu latach spodziewany jest znaczny spadek liczby lekarzy specjalistów w dziedzinie neurologii.

Wzrasta liczba placówek psychiatrii dzieci i młodzieży

Waldemar Kraska

Od 2019 r. wzrasta liczba miejsc udzielających świadczeń dzieciom i młodzieży w zakresie zdrowia psychicznego. Do dyspozycji dzieci i młodzieży jest obecnie 398 zespołów lub ośrodków środowiskowej opieki psychologicznej i psychoterapeutycznej, czyli pierwszego stopnia referencyjnego. Młodzi pacjenci mogą korzystać z pomocy psycho-

logicznej, psychoterapeutycznej oraz terapii środowiskowej bezpłatnie i bez skierowania.

W odpowiedzi na interpelację posła Marcina Porzucka, wiceminister Waldemar Kraska poinformował, że powstało już także 133 Centrów Zdrowia Psychicznego. Jest to drugi poziom referencyjny, w których dzieci i młodzież mogą skorzystać z wizyty u lekarza psychiatry. Pacjenci wymagający intensywniejszych oddziaływań mogą w 54 spośród tych placówek skorzystać ze świadczeń udzielanych w trybie oddziału dziennego. W ramach trzeciego, najwyższego poziomu referencyjności świadczenia stacjonarne, całodobowe, realizowane są przez 32 ośrodki wysokospecjalistycznej całodobowej opieki psychiatrycznej.

Zrealizowano ponad 200 tysięcy recept na medyczną marihuanę

Maciej Miłkowski

Zgodnie z danymi przekazanymi przez Centrum e-Zdrowia, w okresie od 1 stycznia 2019 r. do 13 czerwca 2023 r. ilość sprzedanych konopi medycznych w Polsce wyniosła 2 147 229 g. W wymienionym okresie wystawiono 268 735 recept dla 101 515 pacjentów, z czego 210 883 recept zostało zrealizowanych — wyjaśnił wice-

minister Maciej Miłkowski w odpowiedzi na interpelację posła Pawła Szramki.

Wiceminister jednocześnie przypomniał, że Ministerstwo nie prowadzi statystyki związanej z wynikami terapii skuteczności stosowania medycznej marihuany. Ocena skuteczności przepisanej terapii i odniesionych korzyści z jej stosowania należy do lekarza prowadzącego leczenie pacjenta. Decyzję o zastosowaniu terapii konkretnym lekiem, w tym także na bazie marihuany leczniczej, podejmuje lekarz.

Wydatki na psychiatrię dziecięcą wzrosły czterokrotnie

Marcin Martyniak

W ostatnich latach wydatki na psychiatrię dziecięcą wzrosły czterokrotnie, a łącznie na psychiatrię dziecięcą i dla dorosłych — dwukrotnie. Z finansowania na poziomie mniej więcej 250 mln w roku 2019 doszliśmy do ponad miliarda złotych w planie na 2023 rok. Wiceminister zdrowia Marcin Martyniak poinformował o rozstrzygnięciu

"Programu wsparcia oddziałów psychiatrycznych dla dzieci i młodzieży na lata 2022-23", którego budżet wynosi 80 mln zł — "W ramach tego programu wieloletniego zgłosiło się do nas 38 ośrodków, czyli praktycznie wszystkie, które mogły wnioskować o te środki. Wyłoniliśmy z nich 26 podmiotów".

Wsparcie otrzyma ok. 70 proc. wszystkich oddziałów psychiatrycznych dla dzieci i młodzieży. Wymieniając

dofinansowane przedsięwzięcia wspominał: remonty, adaptację i modernizację oddziałów, wyposażenie ich w sprzęt i wyroby medyczne, adaptację izb przyjęć i szpitalnych oddziałów ratunkowych oraz terenów służących funkcjom terapeutyczno-medycznym, które są związane z funkcjonowaniem oddziałów psychiatrycznych dla dzieci i młodzieży".

Polscy mężczyźni wciąż za rzadko robią badania profilaktyczne

Polscy mężczyźni wciąż odstają od rówieśników z innych krajów UE pod względem zgłaszania się na badania profilaktyczne, m.in. badania wykorzystywane w diagnozowaniu raka prostaty. Jest to jedna z przyczyn tego, że w Polsce wskaźnik 5-letnich przeżyć chorych z rakiem gruczołu krokowego jest znacznie niższy niż w krajach Europy Zachodniej — odpowiednio 67 proc. pacjentów w Polsce i 83 proc. w krajach UE.

Profesor Piotr Chłosta, kierownik Katedry i Kliniki Urologii Collegium Medicum UJ, podkreśla, że każdy mężczyzna po 50. roku życia powinien sprawdzić poziom swoistego antygenu sterczowego (PSA) we krwi — „Panowie, których krewni w linii prostej mieli raka prostaty, są około 10-krotnie bardziej narażeni na wystąpienie tego nowotworu. Dlatego powinni sobie oznaczać poziom PSA już po 40. roku życia”.

Zaznacza zarazem, że PSA nie jest markerem raka prostaty. „U pewnej grupy mężczyzn stężenie PSA powyżej wartości laboratoryjnej nie świadczy o tym, że istnieje ryzyko obecności nowotworu. Jest też niewielka grupa panów, u których PSA mieszczące się w granicach normy nie wyklucza obecności raka prostaty” — tłumaczy prof. Chłosta. Dlatego konieczne jest, aby wyniki badania PSA skonsultować z urologiem. W ramach profilaktyki nowotworów układu moczowo-płciowego zarówno mężczyźni, jak i kobiety powinni po 30. roku życia wykonywać USG jamy brzusznej. Dzięki temu można m.in. wcześniej zdiagnozować raka nerki — „Dzięki wczesnemu wykryciu jesteśmy w stanie oszczędzić nerkę — wyciąć tylko guza z pozostawieniem miększu nerki, oszczędzić pęcherz moczowy i całkowicie wyleczyć z raka gruczołu krokowego stosując mało inwazyjne, mało okaleczające metody terapii”.

We Włoszech przebycie nowotworu będzie utajnione

Włoska Izba Deputowanych jednomyślnie przyjęła ustawę o przeciwdziałaniu dyskryminacji osób, które pokonały chorobę onkologiczną. Ustawa o „zapomnieniu onkologicznym” otworzy osobom, które chorowały na raka, dostęp do usług finansowych czy bankowych, ubezpieczeniowych, przetargów publicznych czy procedur adopcji nieletnich. Obecnie w praktyce osoby takie są wykluczone z korzystania z tych usług czy praw. Tekst ustawy definiuje prawo do „zapomnienia onkologicznego” jako „prawo osób, które wyzdrowiały z choroby onkologicznej ponad 10 lat temu i nie doszło do nawrotów choroby, do nieudzielania informacji „na ten temat”.

Równocześnie, aby w praktyce pomóc byłym chorym powrócić do usług bankowych, finansowych lub ubezpieczeniowych, przewiduje się, że do celów zawierania lub odnawiania umów z różnymi instytucjami żądanie informacji o stanie zdrowia od tych osób nie będzie dozwolone. Wprowadza się instytucję „Poręczyciela Prywatności”, którego zadaniem będzie ochrona danych osobowych oraz prawidłowe stosowanie nowych zasad.

Przepisy dotyczące prawa do „zapomnienia” dla osób, które pokonały raka, posiadają Francja, Belgia, Luksemburg, Holandia, Portugalia i Rumunia.

Terapia cukrzycy nigdy nie była taka prosta



— Mija pół roku działania zapisów refundacyjnych, które objęły chorych na cukrzycę po 26 r.ż. możliwością korzystania z systemów monitorowania glikemii w czasie rzeczywistym. Czy zauważył Pan wzrost zainteresowania systemami CGM wśród lekarzy i chorych?

Prof. Maciej Małecki, Szpital Uniwersytecki w Krakowie
— Nastąpiła duża zmiana jakościowa. Widzimy wzrost zainteresowania systemami CGM-RT u pacjentów ambulatoryjnych, jak i hospitalizowanych — obecnie często pytają o możliwość skorzystania z tych nowoczesnych systemów kontroli glikemii. Równolegle obserwuję wśród lekarzy rosnącą potrzebę edukacji o tych systemach, korzyściach medycznych wynikających z ich stosowania, poznania zasad ich refundacji oraz strony praktycznej wystawiania zleceń na ten sprzęt.

— Nowe zasady refundacji CGM-RT mówią o pacjentach będących na intensywnej insulinoterapii z nieświadomością hipoglikemii. Na czym polega ona polega? Jak liczna jest ta grupa pacjentów?

— Mamy kilka definicji nieświadomości hipoglikemii. Ta częściej stosowana, stricte medyczna, która pojawia się w międzynarodowych publikacjach mówi, że jest to pojawianie się neuroglikopenii przed autonomicznymi objawami ostrzegawczymi. Innymi słowy, pacjent odczuwa objawy niedocukrzenia ze strony OUN, czyli splątanie, zaburzenia koncentracji i świadomości, a nawet jej utratę, przed objawami wegetatywnymi takimi jak drżenie rąk, poty, przyspieszone bicie serca, głód. Druga definicja, którą często postępują się diabetolodzy, mówi, że nieświadomość hipoglikemii to nieodczuwanie przez pacjenta

niskich wartości glikemii — poniżej 70 mg/dl. Jak liczna jest to grupa? Ciężka nieświadomość hipoglikemii, utrudniająca codzienne funkcjonowanie, nie dotyczy obecnie dużej grupy pacjentów. Natomiast wielu pacjentów leczonych intensywną insulinoterapią ma lżejszą postać tego zaburzenia — częściową nieświadomość hipoglikemii.

— Jak rozszerzenie refundacji może wpłynąć na przebieg procesu terapeutycznego? Czy CGM-RT może się stać standardem w leczeniu cukrzycy i ograniczyć powikłania?

— Oczywiście tak. Z dnia na dzień powiększa się systematycznie grupa pacjentów, którzy wspomagają leczenie systemami do monitorowania glikemii. Myślę, że w krótkiej perspektywie większość chorych w trakcie insulinoterapii, szczególnie tej intensywnej, powinna używać CGM-RT. Jest to narzędzie, które ułatwia osiągnięcie celów terapeutycznych, pozwala na uniknięcie epizodów hipoglike-

mii i poprawia znacząco jakość życia pacjenta. W dalszej perspektywie zaś zmniejsza ryzyko wystąpienia przewlekłych powikłań cukrzycy.

— W jaki sposób lekarz powinien wypisać zlecenie na wyrób medyczny, by nie budziło wątpliwości płatnika?

— Wpis w dokumentacji ambulatoryjnej lub szpitalnej powinien zawierać wszystkie elementy odnoszące się do zapisów refundacyjnych: typ cukrzycy, sposób leczenia oraz fakt, czy pacjent ma nieświadomość hipoglikemii. Natomiast wystawianie zlecenia w systemie NFZ trzeba się nauczyć krok po kroku zgodnie z zawartymi tam instrukcjami. Pomocne są też szkolenia i wykłady oraz różnego rodzaju materiały edukacyjne, które można znaleźć w zasobach internetowych. Warto też poprosić koleżankę lub kolegę z doświadczeniem w tym zakresie lub przedstawiciela firmy, który ma wiedzę i materiały pokazujące, jak takie zlecenie wystawić.

Leczenie cukrzycy, zwłaszcza typu 1 — to sztuka równowagi. Chodzi w nim o znalezienie złotego środka między niosącą groźne powikłania hiperglikemią a równie niebezpieczną, choć w inny sposób, hipoglikemią.

Odpowiednie dawki insuliny pozwalają uniknąć uszkodzenia układu krwionośnego, nerek, narządu wzroku. Jednak intensyfikacja w obniżaniu glikemii skutkuje tym, że częstsze stają się epizody niedocukrzenia. To z kolei powoduje niechęć pacjentów do terapii, której efektem jest pogorszenie jakości ich życia. Dotyczy to szczególnie osób, które nie mają świadomości obniżania się stężenia glukozy poniżej bezpiecznych wartości.

Klucz do wyjścia z tego błędnego koła może stanowić rozwój technologii. Chodzi tu o systemy CGM-RT (Real Time Continuous Glucose Monitoring) — narzędzia służące do samokontroli pacjenta, które umożliwiają monitorowanie glikemii w czasie rzeczywistym. Według najnowszych zaleceń Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego w ten właśnie sposób powinni być leczeni pacjenci z nieświadomością hipoglikemii, poddawani intensywnej insulinoterapii.

Jak leczyć niedokrwistość w przebiegu PChN



Wydaje się, że poza koniecznością zwiększenia dawek epoetyn oraz braku możliwości stosowania nowych, dostępnych obecnie leków u pacjentów w okresie przeddializacyjnym problem leży w szerokiej dostępności do ośrodków dysponujących możliwością leczenia niedokrwistości w ramach programu NFZ — mówi prof. Magdalena Krajewska, kierownik Katedry i Kliniki Nefrologii i Medycyny Transplantacyjnej UM we Wrocławiu, prezes Polskiego Towarzystwa Nefrologicznego.

— Jak często rozpoznawana jest anemia nerkopochodna u pacjentów z PChN?

Niedokrwistość występuje bardzo często w przebiegu PChN. Objawy to bladość, uczucie osłabienia i zmęczenia, mniejsza tolerancja wysiłku fizycznego. Pacjenci, u których diagnozujemy schyłkowy etap PChN, są kierowani do leczenia nerkozastępczego, dializowani i leczeni przeszczepianiem nerek. W tej grupie stwierdzamy anemię u prawie wszystkich chorych. To powikłanie rozwija się jednak już we wczesnych stadiach PChN. Granicą, która stanowi o rozpoznaniu PChN jest obniżenie się eGFR<60 ml/min/1,73 m², utrzymujące się przez minimum 3 miesiące. Już w tym okresie mogą się pojawiać objawy anemii. A jeśli choroba nerek wywołana została przez cukrzycę — to nawet jeszcze wcześniej.

— Jakie opcje terapeutyczne należy brać pod uwagę?

Wiele zależy od stadium PChN, która jest chorobą przewlekłą, progresywną. Naszym zadaniem jest zahamo-

wanie progresji choroby. Przede wszystkim powinniśmy pamiętać, by skutecznie, o ile to możliwe, leczyć chorobę podstawową, która doprowadza do przewlekłej choroby nerek, np. cukrzycę, otyłość, nadciśnienie tętnicze lub nefropatię, np. toczeń układowy. Równocześnie leczymy objawy PChN, w której obok niedokrwistości rozwijają się między innymi zaburzenia kwasowo-zasadowe, osteodystrofia kostna, zaburzenia wodno-elektrolitowe, nadciśnienie. Wyzwaniem dla nefrologa są też powikłania tej choroby. Jeśli nasze działania nie są skuteczne, dochodzi do progresji i rozwoju schyłkowej niewydolności nerek, czyli sytuacji, gdy pacjent musi być leczony nerkozastępczo.

— Mamy obecnie terapie o innowacyjnym działaniu, które niedawno weszły do praktyki klinicznej.

Rzeczywiście, w naszym portfolio mamy od niedawna m.in. roksadustat czy wadadustat. Są to leki stosowane w leczeniu niedokrwistości powstałej w przebiegu PChN. Pacjent, który nie wytwarza erytropoetyny, musi otrzymać przetoczenia krwi, albo, co jest od wielu lat standardem rekombinowany hormon w postaci pozajelitowej, czyli stworzoną sztucznie erytropoetynę w zastrzyku. Te nowe leki o zupełnie innym mechanizmie działania zaczynają trafiać do praktyki klinicznej, jako alternatywa erytropoetyny, dla tych pacjentów, którzy źle tolerują leczenie epoetynami lub nie odpowiadają na lek. Liczna grupa pacjentów może odnieść korzyści ze stosowania tych leków.

— Jakie są różnice między epoetynami a nowymi lekami?

Podstawowa różnica polega na tym, że tę „sztuczną” erytropoetynę, rekombinowaną, dajemy pacjentowi jako leczenie substytucyjne, podobnie jak insulinę w cukrzycy. Nowe leki stymulują produkcję endogennej, czyli własnej erytropoetyny, i w ten sposób umożliwiają prawidłową produkcję hemoglobiny oraz krwinek czerwonych. Poza tym te leki mają szereg innych działań, między innymi wpływają na gospodarkę żelazową. W mechanizmie, w którym bierze udział białko (hepcydyna), zmieniają czy poprawiają upośledzony w PChN metabolizm żelaza. Te leki — inhibitory HIF-PHI stanowią opcję alternatywną, do której pacjenci powinni mieć dostęp.

— Czy polski program lekowy leczenia anemii nerkopochodnej wpisuje się w światowe standardy leczenia tej choroby?

Pacjenci dializowani otrzymują w naszym kraju zarówno erytropoetynę, jak i nowe leki w takich dawkach, w jakich ich potrzebują, jest to wliczone w procedurę — dializę. Natomiast pacjenci z PChN w okresie przeddializacyjnym są leczeni epoetynami w ramach programu NFZ. Program ten zakłada podawanie epoetyny w stałych, ograniczonych dawkach, które dla niektórych pacjentów są niestety niewystarczające. Środowisko nefrologiczne, a przede wszystkim nasi pacjenci bardzo czekają na zniesienie tych ograniczeń, a także na możliwości wprowadzenia do leczenia nowych leków.

Szczerze o otyłości

Jak w Polsce dyskryminuje się osoby z otyłością i dlaczego stygmatyzacja jest groźnym zjawiskiem?

Według faktów medycznych, otyłość nie jest defektem estetycznym. To choroba o przewlekłym charakterze i bardzo złożonej etiologii. Cierpi na nią już 8 mln dorosłych Polaków. I choć jest to ogromna część polskiego społeczeństwa, to jednocześnie badania potwierdzają, że osoby z otyłością są też jedną z grup najbardziej narażonych na stygmatyzację: aż 69 proc. Polaków potwierdza, że było świadkami przemocy słownej wobec osoby z otyłością. Sami chorzy zapytani, jakie bolesne słowa słyszą pod swoim adresem najczęściej, wymieniają takie określenia jak: „grubas/ grubaska” (56 proc.), „świnia”/ „wieprz”/ „locha”/ „maciora”/ „tucznik”/ „knur” (27 proc.) czy „spaślak” (18 proc.). Osoby z otyłością zamiast szukać drogi leczenia, wycofują się z życia towarzyskiego, zawodowego, zamykają się w domach. Werbalna stygmatyzacja bywa przyczyną stanów lękowych i depresyjnych, a nawet prowadzi do eskalacji agresji fizycznej wobec chorych. Jak jest podłoże tak dużej społecznej niechęci wobec osób z otyłością? Jak mówić o otyłości inaczej, bez powielania stereotypów – tak, by nie ranić, a wspierać w leczeniu?

Matryca niesprawiedliwych skojarzeń

Otyłość to jedna z tych chorób, których podstawowy objaw – nadmierna masa ciała – jest natychmiast widoczny, a chory nie może go ukryć. To powoduje wiele negatywnych reakcji społecznych. Jak potwierdza badanie, pociąga też za sobą głęboką stereotypizację: mamy skłonność do przypisywania osobom z otyłością pewnych cech ze względu na ich wygląd. Prawie połowa respondentów, którzy sami nie cierpią na otyłość, twierdzi, że chorym najpewniej brak silnej woli (47 proc. wskazań). I choć dwa kolejne najczęściej wskazywane przez nich skojarzenia miały pozytywny wydźwięk i były to: „sympatyczny” (37 proc.) oraz „z poczuciem humoru” (36 proc.) to niemal tyle samo osób stwierdziło, że osoba z otyłością jest zaniedbana (33 proc.), leniwa (31 proc.) i smutna (29 proc.). Łatwo zauważyć, że gdyby zsumować wyniki procentowe przypisane cechom dodatnim i ujemnym, to osobom z otyłością, niesprawiedliwie przypisuje się w większości negatywne cechy charakteru. Dlaczego tak się dzieje?

„Tworzenie i powielanie stereotypów to psychologiczny mechanizm, który w pewien sposób ułatwia nam porządkowanie rzeczywistości. Gdy kogoś widzimy, mimowolnie dokonujemy procesu oceny: przypisujemy go do pewnej kategorii. W przypadku osób z otyłością tą nadrzędną kategorią jest masa ciała, która jest wyższa niż społecznie akceptowane normy. Skoro osoby z otyłością odbiegają od popularnych norm estetycznych, „psują je”, to oceniamy to jako anomalie i automatycznie powielamy negatywne sądy, które już na ten temat słyszeliśmy. Zamiast poznać konkretną osobę, łatwiej przyjąć za pewnik istniejącą „kliszę”, i mimo że nie znamy indywidualnych przyczyn choroby, to z góry zakładamy, że ktoś jest zaniedbany czy leniwy. To krzywdzące uproszczenie, dlatego ze stereotypami trzeba walczyć” – komentuje Adrianna Sobol,



Adrianna Sobol



Emilia Modrzyńska

psycholog na co dzień pracująca z osobami chorymi na otyłość.

Werbalna agresja, która krzywdzi chorych

Agresja werbalna wobec chorych na otyłość przybiera bardzo bolesne formy. Badanie pokazuje, że w powszechnym użyciu funkcjonuje cały szereg obraźliwych określeń kierowanych do osób z otyłością. Najczęściej był przez ankietowanych wymieniany rzeczownik „grubas” / „grubaska” (56 proc. wśród osób chorych i 60 proc. wśród pozostałych), a na drugim miejscu określenie „świnia” oraz bliskoznaczne: „locha” / „wieprz” / „prosię” / „maciora” / „tucznik” / „locha” / „knur”: wskazało je 24 proc. wśród wszystkich oraz 27 proc. wśród chorych. Osoby z otyłością, częściej niż pozostałe wskazywały też takie określenia jak „gruby” / „gruba” (17 proc. osób z otyłością i 16 proc. pozostałych) i „tłusty” / „tłuszcioch” (17 proc. chorych i 16 proc. pozostałych). W obu grupach respondenci wymieniali także takie określenia jak: „krowa”, „beka” / „beczka” / „baryłka”, „baleron” / „bekon” / „smalec” / „stonina”, „pulpet”, „pasztet”, „wieloryb” / „waleń” / „kaszalot”. Co czuje osoba chorująca na otyłość, gdy słyszy takie słowa?

„Przerażają mnie wyniki badań... w tych słowach jest mnóstwo agresji. Za każdym stoi intencja poniżenia i krytyki przez przyrównanie do zwierzęcia. Trudno się te słowa czyta, a co dopiero słyszy pod własnym adresem. Takie słowa zadają niegojące się rany, zostają na zawsze i stają się źródłem bólu i cierpienia. Słowem można człowieka skrzywdzić dużo bardziej niż ciosami fizycznymi. Siniak się zagoi, a usłyszany komentarz zostaje w pamięci na zawsze i zniechęca – do kontaktów z innymi, do leczenia, a czasem do życia. Smutny jest dla mnie fakt porównywania człowieka do wielkiego zwierzęcia czy ogromnego przedmiotu. Nikt nie zasługuje na takie komentarze. A sytuacja osób chorujących na otyłość jest tu szczególnie, ponieważ objaw choroby decyduje o postrzeganiu całego człowieka. I niestety taka sytuacja nie dotyczy żadnej innej choroby” – komentuje Emilia Modrzyńska, ambasadorka kampanii „Porozmawiajmy szczerze o otyłości”.

Katarzyna Głowińska, prezeska Fundacji na Rzecz Leczenia Otyłości FLO, która również zmagą się z chorobą otyłościową, dodaje – „Kiedy słyszę te określenia, wiem, że osoba, która je wypowiada jest po prostu nieświadoma mechanizmów działania choroby otyłościowej. To tylko pokazuje, jak wiele jeszcze należy zrobić w kwestii właściwej edukacji o otyłości jako poważnej chorobie, za którą chory nie ponosi odpowiedzialności i jak bardzo wobec chorego potrafi być ona bezwzględna. Niektórzy próbują uzasadnić takie słowa tym, że chcą nas, osoby chore na otyłość, zmotywować do walki o zdrowie. Wymienione wyżej określenia spotkałam w mediach społecznościowych z hasztagiem #fatshamingworks. Opisujące są tam przypadki, jak obrażanie ludzi z otyłością sprawiło, że zrozumieli swój „problem” i „wzięli się za siebie”. To tak nie działa, to przemoc. Osoby z otyłością doskonale wiedzą, w jakiej sytuacji się znajdują i każdego dnia odczuwają trudności z tym związane. Używanie inwektyw w żaden sposób nie motywuje, agresywne komentarze nie przywrócą przecież homeostazy w funkcjonowaniu naszych organizmów, a to przez jej brak rozwija się u nas choroba. Takie zachowania natomiast powodują strach, budują poczucie bezsilności i doprowadzają do jeszcze większego zamknięcia się w sobie i depresji.”

Wspierająco o chorobie otyłościowej

Język, który funkcjonuje wokół choroby otyłościowej można i trzeba zmieniać. Właśnie po to powstał poradnik: „Jak wspierająco mówić o chorobie otyłościowej. Praktyczny słownik”. Opracowanie jest skierowane do wszystkich, którzy chcą pisać i mówić o otyłości oraz osobom chorym na otyłość w sposób empatyczny. Publikacja zawiera nie tylko badanie nad negatywnym słownictwem odnoszącym się do otyłości, ale daje także praktyczne przykłady, czym zastępować raniące sformułowania. Słownik przedstawia również szereg pojęć, które funkcjonują wokół otyłości, takich jak fatfobia, fatshaming, weightism czy negging. Porządkuje tym samym mnogość różnych punktów widzenia.

Opracowanie powstało przy wsparciu interdyscyplinarnych ekspertów:

prof. dr hab. n. med. Pawła Bogdańskiego – prezesa Polskiego Towarzystwa Leczenia Otyłości,

dr hab. n. med. Mariusza Wyleżoła – wiceprezesa Polskiego Towarzystwa Leczenia Otyłości,

Adrianny Sobol – psycholog, pracującej z osobami chorymi na otyłość oraz twórczyni portalu „W trosce o chorego pracownika”

Beaty Tadli – dziennikarki telewizyjnej, radiowej i prezenterki. Wyniki badań zostały opatrzone dodatkowo osobistymi komentarzami osób chorujących na otyłość: Katarzyny Głowińskiej – prezeski Fundacji na rzecz Leczenia Otyłości oraz Emilii Modrzyńskiej – ambasadorki kampanii „Porozmawiajmy szczerze o otyłości”.

Patronaty honorowe nad opracowaniem objęły: Ambasada Królestwa Danii, Polskie Towarzystwo Leczenia Otyłości oraz Rada Języka Polskiego przy PAN.

„Empatia jest psychologicznym tlenem, który pomaga nam

funkcjonować w społeczeństwie. Kiedy mówimy i słuchamy z empatią, to tak, jakbyśmy wchodzili do czyjegoś domu – ale nie po to, by poprzeszawiać meble po swojemu, ale zobaczyć, jak mieszka. Opracowanie „Jak wspierająco mówić o chorobie otyłościowej. Praktyczny słownik” daje wgląd w to, jak ciężki bagaż słów towarzyszy chorym na otyłość. Ale co jeszcze ważniejsze, pokazuje też, jak te słowa zmienić, czym zastąpić. Bo nasze komunikacyjne błędy często nie wynikają ze złej woli, a z braku wiedzy, że dane słowo zadaje ból lub zasmuca. W tym kontekście słownik to narzędzie przydatne nie tylko dla bliskich osób z otyłością, ale też dla personelu medycznego, osób związanych z mediami i decydentów w zakresie opieki zdrowotnej. Znajdziemy tam głos samych chorych, który jest dowodem na to, że komunikaty wyzwalające empatię to język uczuć i mądrej obserwacji – bez oceniania” – podsumowuje psycholog, Adrianna Sobol.

Pełną wersję opracowania „Jak wspierająco mówić o chorobie otyłościowej. Praktyczny słownik” można bezpłatnie pobrać tu: <https://ootylosci.pl/sownik-otylosci/>

DWA SEKTORY, JEDEN CEL



Misja publicznego i prywatnego sektora ochrony zdrowia jest taka sama — zapewniać pacjentom równy dostęp do najnowocześniejszych świadczeń wysokiej jakości. Nie ulega wątpliwości, że właściwie zaplanowana współpraca obu systemów nie tylko przysłuży się tej „wspólnej sprawie”, ale także pomoże skutecznie stawić czoła — często identycznym — problemom i wyzwaniom — mówi dr Andrzej Mądrala, prezes Pracodawców Medycyny Prywatnej.

— Jaką rolę odgrywa obecnie sektor prywatny w systemie ochrony zdrowia w Polsce?

— Na wstępie należy podkreślić, że podmioty prywatne są tak naprawdę elementami obu sektorów. Ich precyzyjne rozdzielanie jest w tym względzie niezwykle trudne. Z jednej strony mamy oczywiście prywatną opiekę zdrowotną, która finansowana jest ze środków gospodarstw domowych — np. w ramach dodatkowych ubezpieczeń dobrowolnych, czy też abonamentów medycznych. Jednocześnie jednak te same prywatne podmioty, zawierając kontrakty z Narodowym Funduszem Zdrowia, stają się elementem systemu publicznego. Dotyczy to zarówno podstawowej opieki zdrowotnej, jak i opieki ambulatoryjnej. Pamiętajając przy tym, że ponad 90 proc. POZ i 89 proc. AOS to podmioty prywatne, z łatwością można wysnuć wniosek, że sektor prywatny jest ważnym uzupełnieniem systemu publicznego i odgrywa naprawdę dużą rolę w budowaniu bezpieczeństwa zdrowotnego Polaków.

— Jakie korzyści może odnieść system publiczny — i system ochrony zdrowia jako całość — ze współpracy z sektorem prywatnym?

— Fundamentem systemu ochrony zdrowia w Polsce jest — i pozostanie — system publiczny, co do tego nie ma wątpliwości. Sektor prywatny ma jednak potencjał i możliwości, aby być dla niego znaczącym wsparciem. Pierwszy element — to oczywiście „odciążenie” systemu publicznego, które pozwala utrzymać jego wydolność i poprawić dostępność do specjalistów. Dane potwierdzają, że Polacy coraz częściej i chętniej wybierają usługi prywatne — tylko w roku 2022 liczba abonamentów medycznych wzrosła o 17 proc. rok do roku. Jak wskazuje natomiast Polska Izba Ubezpieczeń, wydatki na prywatną opiekę medyczną w 2023 r. wyniosą ok. 69 mld złotych. Oczywiście nie jest przy tym tak, że Polacy kompletnie rezygnują ze świadczeń publicznych. Jak wynika z ostatniego badania CBOS „Sposób korzystania z usług medycznych”, ponad połowa respondentów korzysta z rozwiązania „mie-



Sektor medycyny prywatnej stara się również odpowiedzieć na problem niedoboru kadr medycznych.



szanego” — czyli zarówno usług publicznych i prywatnych.

Drugi, niezwykle ważny aspekt — to inwestycje prywatnej ochrony zdrowia w zasoby i nowoczesne technologie. Podmioty inwestują między innymi własne środki w zakup sprzętu, który potem może być wykorzystywany także w ramach świadczenia usług zakontraktowanych przez NFZ. Ponadto sektor prywatny ma większą swobodę we wdrażaniu nowych rozwiązań, którymi potem może dzielić się z systemem publicznym. Jeden z najbardziej oczywistych przykładów jest telemedycyna, która okazała się jednym z najlepszych sposobów utrzymania funkcjonowania systemu ochrony zdrowia w czasie pandemii COVID-19.

Obecnie chętnie dzielimy się doświadczeniem i know-how dotyczącymi cyfryzacji ochrony zdrowia, m.in. w zakresie standaryzacji danych medycznych, czy też medycyny pracy. Sektor medycyny prywatnej stara się również odpowiedzieć na problem niedoboru kadr medycznych. Część podmiotów współpracuje z uczelniami wyższymi, dbając w ten sposób o rozwój kadr i ich przyszłą dostępność na rynku pracy. Innym sposobem wspierania kształcenia lekarzy jest także finansowanie studiów podyplomowych i organizacja staży.

— Czy w Polsce istnieje podstawa do stworzenia partnerstwa publiczno-prywatnego w ochronie zdrowia?

— Współpraca systemów publicznego i prywatnego wykształciła się w naszym kraju w naturalny sposób. Dotychczasowe doświadczenia stworzyły solidny fundament pod budowę silnego partnerstwa publiczno-prywatnego

w ochronie zdrowia. Teraz naszym wspólnym zadaniem jest, aby efektywnie wykorzystać ten gigantyczny potencjał, zwłaszcza że misja publicznego i prywatnego sektora ochrony zdrowia jest taka sama — zapewniać pacjentom równy dostęp do najnowocześniejszych świadczeń wysokiej jakości. Razem z pewnością jesteśmy w stanie osiągnąć więcej. Takie rekomendacje kilkakrotnie wybrzmiewały zresztą w stanowiskach Ministerstwa Zdrowia jak i Najwyższej Izby Kontroli.

Co więcej, niezależnie od struktury właścicielskiej, oba sektory funkcjonują w tym samym ekosystemie, przez co mierzą się z podobnymi problemami i wyzwaniami — niedobór kadr medycznych, podnoszenie jakości usług zdrowotnych, zjawisko nieodwoływania wizyt. Dzięki skoordynowanym działaniom ich pokonanie może być zdecydowanie łatwiejsze.

Polacy deklarują, że zdrowie, obok szczęścia rodzinnego, jest dla nich największą wartością w życiu. Dlatego jako uczestnicy systemu ochrony zdrowia powinniśmy robić wszystko, aby wzmacniać kapitał zdrowia. Należy skończyć z traktowaniem obu sektorów jako konkurencji i zwrócić uwagę na korzyści płynące z rozwijania współpracy — zarówno dla systemu, poszczególnych podmiotów, ale przede wszystkim dla pacjenta.

Jako prezes Pracodawców Medycyny Prywatnej, ogólnopolskiej organizacji zrzeszającej ponad 30 podmiotów prywatnych realizujących działalność leczniczą, niezmiennie deklaruję pełną otwartość i gotowość do dialogu z placówkami publicznymi, z decydentami i każdym interesariuszem, któremu zależy na usprawnieniu systemu ochrony zdrowia w Polsce.

Pracodawcy Medycyny Prywatnej (PMP)

są ogólnopolską organizacją pracodawców, istniejącą od 20 lat, zrzeszającą podmioty prywatne realizujące działalność leczniczą, niezależnie od ich struktury, wielkości, profilu specjalistycznego czy modelu działania. Pracodawcy Medycyny Prywatnej zrzeszają ponad 30 członków, którzy łącznie zatrudniają ponad 52 tys. osób.

Polacy deklarują, że zdrowie, obok szczęścia rodzinnego, jest dla nich największą wartością w życiu. Dobro pacjentów powinno być priorytetem i pozostawać zawsze w centrum uwagi władz publicznych, systemu ochrony zdrowia, płatnika oraz świadczeniodawców.

Specjaliści 2.0

Gdzie się podzieliło nowe pokolenie doktorów Judymów? Gdzie się podzieli ci niespokojni, oddani pracy intelektualności z podwiniętymi rękawami koszul i włosami spiętymi ołówkiem? Zawsze zapracowani, zawsze zaangażowani, z głowami pełnymi pomysłów i gorącym pragnieniem sukcesów? Czyżby zawód lekarza przestał być prestiżowy?

Najnowszy raport NIK mówi o zbyt małej liczbie miejsc na uczelniach. Temu systemowemu problemowi zaradza się otwieraniem kierunków medycznych na większej liczbie uczelni, zwiększonymi limitami przyjęć, zmianami przepisów specjalizacyjnych, możliwością odpracowania w „budżetówce” płatnych studiów. W ostatnim czasie znacząco wzrosły wynagrodzenia, zatem młodzi lekarze mają nieco łatwiejszy start kariery niż ich koledzy jeszcze kilka lat temu.

NIK podnosi również problem emigracji młodych, których coraz większe grono dopuszcza możliwość pracy w innym kraju. Za granicą nie jest jednak różowo: w Wielkiej Brytanii, która dla wielu młodych medyków jest docelowym kierunkiem emigracji, w tym roku doszło do serii strajków w proteście przeciwko tak niskim płacom stażystów, że zdecydowali się oni niekiedy na korzystanie z banków żywności. Nasi rodzimi medycy mówią o planowanym proteście, a jednym z powodów



Marta Harazińska

ma być niski poziom kształcenia. Gdzie zatem tkwi problem?

Bezspornie lekarzy jest za mało. Demografia mówi jasno, że jesteśmy starzejącym się społeczeństwem, więc z roku na rok będziemy borykać się z coraz większym deficytem kompetencji medycznych, tym bardziej, że środowisko lekarzy również się „starzeje”. Sama tylko onkologia dostarcza niepokojących danych: nowotwory złośliwe odpowiadają za 1/4 zgonów w Polsce, a jednocześnie co trzecie miejsce specjalizacyjne jest nieobsadzone.

Rozwiązania systemowe potrzebują czasu. Zawód lekarza wymaga ukończenia trudnych studiów, a do specjalizacji potrzeba dodatkowych lat wysiłku. Dla pokolenia „milenialsów”, którzy już pracują w zawodzie, perspektywy i prestiż zawodu lekarza był niezachwiany. Wychowani na „Ostrym Dyżurze”, „Grey’s Anatomy”, „Doktor House” czy „Na dobre i na złe”, byli gotowi poświęcić część swojej młodości w imię idei przyszłego autorytetu białego kitla. Z „po-

koleniem Z” nie jest już tak łatwo. Wielkie plany na przyszłość nie zawsze są już łączone z ciężką pracą. Mają plany i ambicje, ale oczekują szacunku a priori.

Pytanie brzmi: jak zagospodarować kolejne roczniki kończące studia, czym ich skusić, żeby chcieli specjalizować się w konkretnych dziedzinach, budując Wasze, drodzy Liderzy, zespoły? Sytuacja na rynku młodych lekarzy będzie wymagała od kierowników, dyrektorów, menedżerów większego zaangażowania, podobnego do tego w rodzinach, w których kolejne pokolenia wykonują ten sam, wysoko wyspecjalizowany zawód np. prawnicy, architekci i... lekarze. Stare przysłowie mówi, że menadżer jest silny siłą zespołu. Ale obecnie trzeba też mówić, że członkowie zespołu są silni siłą menadżera. Nawet słowo „menadżer” wydaje się nie do końca na miejscu. Lider i mecenas — to określenia, które są atrakcyjne dla młodych medyków. Lider, który proponuje kierunek rozwoju, pochyla się nad indywidualnymi zdolnościami jednostki. Mecenas, który popiera, udziela wsparcia.

Przyszli młodzi lekarze nie będą przymykać oka na „chrzty bojowe” i „wojskowe fale”. Będą szukać dla siebie miejsca nie tylko w odnoszących sukcesy zespołach, ale w takich, w których będą mieli szansę na własne osiągnięcia, partnerstwo i potrzebną dawkę naukowej wolności. Nie wystarczy autoreklama menadżera. Osoby z tego pokolenia polegają na opinii już zaangażowanych rówieśników, a najlepszą reklamą jest posiadanie dużego grona chętnych do współpracy.

Co ma począć rozsądny mentor i jak wychować nowe pokolenie, jak zawalczyć z luką pokoleniową? Przede wszystkim empatią. Przykład idzie z góry, uczymy się przez naśladowanie, co nie zwalnia nas z odpowiedzialności za prowadzenie i osiągnięcia swojego zespołu, bo przecież z niego pochodzi podstawa naszych sukcesów. Czy będzie nowe pokolenie lekarzy oddanych swojej pracy? Stwórzmy im szansę, a sami się pojawią.

Marta Harazińska

Opiekun ds. organizacyjnych
Studenckiego OnkoForum NIO-PIB

Humanizacja medycyny

Proces humanizacji medycyny zapewnia dbałość o dobrostan nie tylko pacjentów, ale również personelu medycznego. Grupy te, mimo innej roli, mają podobne potrzeby i doświadczają takich samych barier w relacjach w ramach systemu opieki zdrowotnej. Trudności w wprowadzaniu idei humanizacji medycyny w życie są związane przede wszystkim z presją czasową podczas udzielania świadczeń. Szczególnym okresem był czas pandemii, kiedy to restrykcje ograniczyły zastosowanie założeń humanizacji medycyny w praktyce — to główne wnioski z raportu „Humanizacja procesu leczenia i komunikacja kliniczna pomiędzy pacjentem a personelem medycznym w czasie pandemii COVID-19”, który powstał na podstawie badań przeprowadzonych w 2022 roku przez zespół pod kierunkiem prof. Zbigniewa Izdebskiego (Uniwersytet Warszawski).

Okiem pracowników

Wyniki badań opisane w raporcie pokazują, że hasło „humanizacja medycyny” wywołuje wśród personelu medycznego skojarzenia raczej rzadko związane z praktycznym zastosowaniem. Jednak co ważne, dla blisko połowy pracowników placówek opieki zdrowotnej, ważną rolę w procesie humanizacji medycyny



Zbigniew Izdebski

odgrywa komunikacja. Lekarze i ratownicy medyczni wskazują na konieczność skupienia się na jej jakości. Natomiast pielęgniarki i przedstawiciele innych zawodów medycznych zwracają największą uwagę na podkreślenie i reagowanie na indywidualne potrzeby pacjentów, a także dostrzegają wagę budowania zaufania poprzez komunikację.

Wśród barier, które utrudniają zbudowanie z pacjentem relacji i zadbanie o odpowiednią komunikację, badani wymienili biurokrację, brak czasu oraz warunki w miejscu przyjmowania pacjentów, które nie sprzyjają szczerzej rozmowie. Ratownicy medyczni zwracali także uwagę na roszczeniową postawę oraz arogancję pacjentów i ich bliskich. Z kolei pielęgniarki i położne często wspominały o zbyt małej liczbie personelu w stosunku do liczby pacjentów. Zarówno lekarze, jak i ratownicy medyczni dodatkowo wskazywali na zmęczenie jako czynnik utrudniający właściwy kontakt z pacjentami. Na relacje z pacjentem wpływa także brak zainteresowania pacjentem oraz używanie niezrozumiałego, fachowego języka.

Największą przeszkodą w budowaniu relacji i komunikacji z pacjentami w okresie pandemii były zalecenia

epidemiologiczne (maseczki, unikanie kontaktu). Destrukcyjne skutki miał także chaos informacyjny oraz skrajne skoncentrowanie systemu na walce z COVID-19. Problemem stał się też brak kontaktu z rodziną pacjentów, która często jest pomostem pomiędzy pacjentem a personelem, gdy on sam nie jest w stanie aktywnie w niej funkcjonować, np. w skutek demencji starczej.

Okiem pacjentów

Zdaniem pacjentów, w komunikacji najważniejsze jest przekazanie własnych potrzeb związanych z leczeniem, poświęcony czas i otwartość w rozmowie, a także zrozumiałość przekazywanej informacji. Winę za złą jakość komunikacji i wystąpienie barier w tworzeniu relacji obarczają oni niedobory kadrowe i związane z nimi przemęczenie personelu medycznego. Negatywny wpływ ma także arogancka postawa pracowników ochrony zdrowia.

W kontakcie z personelem medycznym badani cenią najbardziej koncentrację na pacjencie. Liczą również na przedstawienie im informacji dotyczących procesu diagnostyki, leczenia oraz jego skutków ubocznych, a także na otrzymanie drogowskazu dla poruszania się po systemie opieki. Nie chcą przy tym, aby zapomniano o ich potrzebach emocjonalnych — okazywaniu empatii

czy zapewnieniu intymności. Pomimo trudności w relacjach, pacjenci darzą przedstawicieli zawodów medycznych dużym zaufaniem.

Wymienione przez pacjentów bariery, utrudniające zbudowanie relacji i komunikację, pokrywają się z barierami wskazanymi przez pracowników opieki zdrowotnej. Są to przede wszystkim: przemęczenie personelu, brak czasu i nadmierna biurokracja, arogancja wobec pacjentów oraz słabe umiejętności przekazywania informacji osobie nieposiadającej wiedzy medycznej.

Mimo, że większość pacjentów było zadowolonych z wprowadzenia teleporad, ponad 40 proc. uznało je równocześnie za przeszkodę w komunikacji i budowaniu relacji z personelem medycznym. Również ponad 40 proc. ankietowanych uznało, że już samo skoncentrowanie systemu opieki zdrowotnej na pandemii spowodowało pobieżne traktowanie potrzeb konkretnego pacjenta.

Autorzy raportu podkreślają, że chociaż relacja pacjenci — personel medyczny nie jest symetryczna, to jednak obie grupy, funkcjonując w systemie opieki zdrowotnej, mają podobne potrzeby oraz doświadczają takich samych trudności. Proces humanizacji medycyny zakłada dbanie zarówno o pacjentów, jak i pracowników.

Półpasiec mniej groźny

Zarówno postęp medycyny, jak i zmiany w sytuacji demograficznej i epidemiologicznej, powodują konieczność opracowania i wdrożenia w Polsce kalendarza szczepień dla osób dorosłych, równoległe do obowiązującego takiego kalendarza dla dzieci.

Szczepienia chronią zdrowie na każdym etapie życia, a dzięki rozwojowi nauki możliwości w tym zakresie są coraz większe. Tymczasem w Polsce, mimo coraz większych zmian demograficznych w kierunku starzenia się społeczeństwa, ten temat w odniesieniu do osób dorosłych nie jest uporządkowany. Polega to z jednej strony na braku edukacji w tym zakresie – pacjenci nie interesują się szczepieniami, a lekarze nie mają czasu aktualizować informacji o nich, a z drugiej – na braku ich refundacji. Tylko nieliczne szczepionki są refundowane lub dofinansowane dla dorosłych. A przecież nie ulega wątpliwości, że ta forma profilaktyki jest niezwykle efektywna kosztowo: pozwala na uniknięcie powikłań, hospitalizacji, przedwczesnych zgonów, dezaktywacji zawodowej, a tym samym utraty aktywności ekonomicznej. Oprócz zapewnienia środków budżetowych na szczepienia dla osób starszych oraz tych z grup ryzyka, konieczne jest stworzenie bazy informacji o tym, kto i kiedy powinien się szczepić i systemu przypominania o szczepieniach.

Dobrym przykładem innowacyjnej szczepionki, od niedawna dostępnej i zapobiegającej poważnej chorobie i jej powikłaniom, jest szczepionka przeciw półpaścowi.

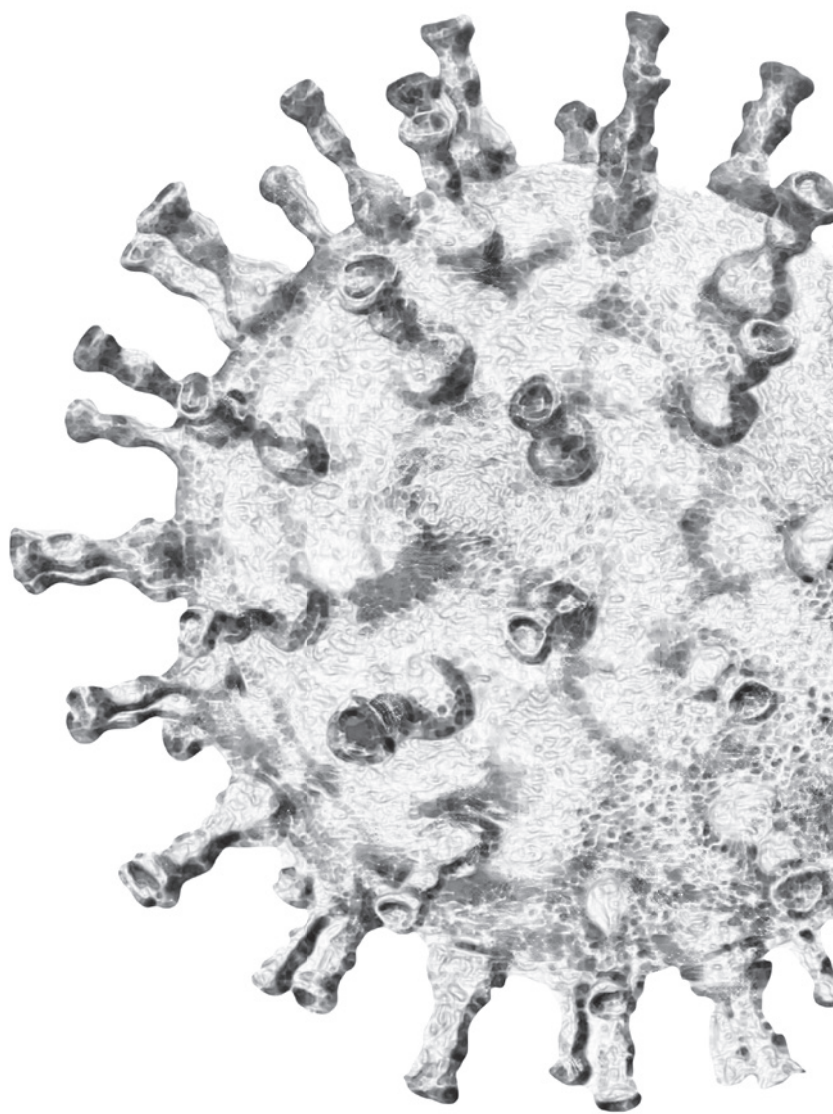
Do zachorowania na półpasiec dochodzi wskutek reaktywacji utajonego zakażenia wirusem Varicella zoster (VZV). Wirus ten utrzymuje się bezobjawowo po przebyciu ospy wietrznej i u części osób budzi się z uśpienia, najczęściej w momencie obniżenia się odporności organizmu. Ryzyko wystąpienia półpaś-

ca gwałtownie wzrasta po 50 roku życia – nie tylko maleje wówczas odporność, ale też niemal cała ta populacja przeżyła ospę wietrzną. Zmianom skórnych w postaci charakterystycznej dla półpaśca pęcherzykowej wysypki na rumieniowym podłożu może towarzyszyć dotkliwy ból, odczuwany jako piekący, kłujący, pulsujący. U części – nawet do 30 proc. – pacjentów utrzymuje się on przez wiele miesięcy w postaci neuralgii popółpaścowej. W niektórych przypadkach wymaga specjalistycznego leczenia i uśmierzania silnymi lekami przeciwbólowymi (np. opioidami). Część pacjentów musi przyjmować również środki antydepresyjne. Neuralgia popółpaścowa jest wymieniana, jako piąta co do częstości przyczyna samobójstw wśród osób w starszym wieku w Stanach Zjednoczonych. Z kolei postać oczna lub uszna półpaśca może powodować groźne powikłania ze strony wzroku i słuchu, do ich utraty włącznie.

Szczególnie narażone na półpasiec są osoby z osłabionym układem odpornościowym. Jego objawy i powikłania mogą być u nich bardziej uciążliwe, a sama choroba może trwać dłużej niż u innych pacjentów czy też nawracać.

Od niedawna Polacy nie są jednak bezradni wobec półpaśca. Dostępna jest już profilaktyka tej choroby w postaci szczepionki. Szczepionka nie jest jednak w Polsce refundowana.

Ryszard Sterczyński



Dlaczego szczepionka przeciw półpaścowi jest tak ważna, mówi **prof. dr hab. med. Irena Walecka**, kierownik Kliniki Dermatologii CMKP, Państwowy Instytut Medyczny MSWiA



Stara zasada, która mówi, że lepiej zapobiegać niż leczyć, dotyczy także zachorowania na półpaśca, a jak powszechnie wiadomo, najskuteczniejszą metodą zapobiegania chorobom zakaźnym i ich powikłaniom, są szczepienia. W Unii

Europejskiej zarejestrowane są 2 szczepionki przeciwko półpaścowi, natomiast w Polsce dostępna jest tylko szczepionka rekombinowana białkowa, rekomendowana do profilaktyki półpaśca oraz neuralgii popółpaścowej u osób powyżej 50. roku życia oraz osób w wieku co najmniej 18 lat należących do grup zwiększonego ryzyka zachorowania na półpasiec.

Badania epidemiologiczne wskazują, że ponad 90 proc. dorosłych w wieku 20 lat i ponad 99 proc. osób po 40. roku życia przechorowało ospę wietrz-

ną, dlatego każdego dorosłego należy traktować jako potencjalnie zagrożonego rozwojem półpaśca. Stąd pojawienie się na rynku szczepionki przeciw półpaścowi jest bardzo dobrą informacją, szczególnie ważną dla osób starszych, u których ryzyko rozwoju choroby gwałtownie wzrasta po 50. roku życia – szacuje się, że w wieku 85 lat sięga 50 proc.

Osoby powyżej 50. roku życia są również obciążone większym ryzykiem powikłań, przede wszystkim neuralgii popółpaścowej, która znacznie obniża jakość życia chorych. Inną grupą, której szczególnie zaleca się szczepienie przeciwko półpaścowi, są osoby dorosłe (mające 18 i więcej lat), u których w wyniku chorób współistniejących (przewlekła obturacyjna choroba płuc, przewlekła choroba nerek, niewydolność serca, choroba niedokrwienna serca, astma, cukrzyca, reumatoidalne zapalenie stawów, toczeń rumieniowaty układowy, nieswoi-

ste choroby zapalne jelit, łuszczyca i stwardnienie rozsiane, depresja etc.), choroby nowotworowej (ze szczególnym uwzględnieniem nowotworów układu krwiotwórczego i chłonnego), zakażenia HIV lub stosowanego leczenia dochodzi do upośledzenia odporności. Do tej grupy zalicza się chorych przewlekle przyjmujących glikokortykosteroidy lub inne leki immunosupresyjne, w trakcie chemioterapii lub radioterapii powodującej immunosupresję, pacjentów po przeszczepach narządów.

Szczepienia przeciwko półpaścowi zalecane są szczególnie osobom z grup ryzyka, które mają regularny i bliski kontakt z małymi dziećmi. Przechorowanie półpaśca nie chroni przed ponownym wystąpieniem tej choroby, dlatego osoby, które przeżyły półpasiec, zaleca się szczepić na zasadach ogólnych. Szczepionka charakteryzuje się bardzo dużą skutecznością i potwierdzonym profilem bezpieczeństwa.

POWSTAJE POLSKIE TOWARZYSTWO CHORÓB RZADKICH



Grupa specjalistów klinicznych tworzy Polskie Towarzystwo Chorób Rzadkich. Jego celem będzie przede wszystkim edukacja, tworzenie wytycznych, działalność naukowa i wymiana informacji. Już wkrótce zakończy się proces rejestracji i zostaną wyłonione władze — mówi prof. Michał Nowicki z Kliniki Nefrologii, Hipertensjologii i Transplantacji Nerek UM w Łodzi.

— Dlaczego powstaje nowe towarzystwo?

— Pomysł powstał w sposób, można powiedzieć, naturalny. Od pewnego czasu obserwujemy — wreszcie — znaczny wzrost zainteresowania chorobami rzadkimi. Nastąpił również wielki postęp w ich leczeniu, jest już dostępnych wiele skutecznych terapii. Jednocześnie są to choroby, dotyczące różnych narządów, różnych układów organizmu i manifestują się w różnorodny sposób. Dlatego też żadne z istniejących obecnie stowarzyszeń nie może zająć się szerzej złożoną problematyką chorób rzadkich.

Pacjenci, którzy cierpią na choroby rzadkie, w wielu przypadkach przebywają bardzo długą drogą do momentu postawienia diagnozy — często trwa ona kilkanaście czy kilkadziesiąt lat. Często diagnozuje się te choroby, kiedy jest po prostu za późno, a zaawansowanie nieodwracalnych zmian narządowych jest bardzo duże. Dlatego trzeba edukować specjalistów i wypracowywać wspólnie metody leczenia. Towarzystwo ma być takim pomostem pomiędzy profesjonalistami, czyli przedstawicielami ochrony zdrowia, a pacjentami i ich rodzinami. Inne cele, które stawiamy przed sobą — to oczywiście tworzenie wytycznych postępowania w chorobach rzadkich dla lekarzy i innych pracowników medycznych. Obecnie mamy je w bardzo nielicznych chorobach, są tutaj wciąż wielkie braki. No i wreszcie naszym celem jest stworzenie forum wymiany informacji pomiędzy lekarzami specjalistami, którzy będą reprezentować bardzo różne specjalności, ale dzięki towarzystwu będą mogli się spotkać, dyskutować, tworzyć zespoły opiekujące się pacjentami.

— Na jakim etapie jest tworzenie?

— Towarzystwo znajduje się na etapie rejestracji. Grupa osób — założycieli złożyła wymagane prawem dokumenty. Na bazie entuzjazmu i zaangażowania, po rejestracji chcemy poczynić kolejny krok — mam nadzieję, że już we wrześniu — którym będzie formalny wybór władz, a następnie rekrutacja członków. Jesteśmy otwarci na nowe osoby, do współpracy zapraszamy wszystkich ekspertów z tego obszaru.



Widzę potrzebę, aby Towarzystwo integrowało wysiłki profesjonalistów różnych specjalności (...). Do współpracy zapraszamy wszystkich ekspertów z obszaru chorób rzadkich.



— Czy planowana jest współpraca z innymi towarzystwami, np. z obszaru neurologii czy onkologii?

— Nie mam żadnych wątpliwości, że to będzie podstawa naszego działania. Moje doświadczenie jako redaktora naczelnego zaleceń postępowania w chorobie Fabry'ego — ultraradkiej choroby zajmującej wiele narządów — jest takie, że stworzyliśmy wytyczne w oparciu o współpracę kilku towarzystw naukowych. Ta współpraca szła bardzo dobrze, wytyczne udało się szybko opracować i upowszechnić. Widzę potrzebę, aby Towarzystwo Chorób Rzadkich integrowało wysiłki różnych środowisk, na przykład kardiologicznych, neurologicznych, nefrologicznych, dietetycznych, fizjoterapeutycznych i innych.

— Najważniejsze długoterminowe cele działania PTChR?

— Chodzi nam przede wszystkim o zwiększenie wiedzy i świadomości społeczeństwa oraz pracowników opieki zdrowotnej, ponieważ duża część lekarzy nie ma okazji zetknięcia się z chorobami rzadkimi przez cały okres swojej aktywności zawodowej. Dlatego w naturalny sposób nie jest wyczulona na diagnostykę tych chorób. Trzeba odświeżyć tę wiedzę i przypomnieć, że te choroby mają cechy charakterystyczne i jeśli ktoś taką cechę dostrzeże u swojego pacjenta, żeby zapaliło mu się światło ostrzegawcze. I aby wiedział też, dokąd należy takiego chorego skierować.

— Czy w planach towarzystwa znajduje się utworzenie czasopisma naukowego i kształcenie podyplomowe?

— Tak, mamy to w planach. Obecnie na rynku publikacji naukowych jest bardzo mało tytułów poświęconych chorobom rzadkim. Na całym świecie jest ich zaledwie kilka. Będziemy chcieli pokusić się o utworzenie takiego czasopisma i to o zasięgu większym niż krajowy. W zakresie wykrywania diagnostyki i wykrywania chorób rzadkich u dzieci sytuacja jest o wiele lepsza niż u dorosłych. Zawdzięczamy to choćby istnieniu takiej specjalności, jak pediatria metaboliczna — mamy specjalistów, którzy zajmują się chorobami rzadkimi z tego zakresu u dzieci. Natomiast dorośli są właściwie pozbawieni takiej opieki. Tak więc

w naszych planach jest także utworzenie bazy specjalistów i jej rozbudowywanie.

Chcielibyśmy, aby tematyka chorób rzadkich zyskała większe znaczenie w procesie kształcenia lekarzy, zarówno w czasie studiów, jak i w szkoleniu podyplomowym. Już obecnie takie działania są prowadzone, ale ma to charakter bardzo wycinkowy. Ja osobiście prowadzę zajęcia dla studentów na temat chorób rzadkich w nefrologii — ale to znowu jest jedynie mała część tego zagadnienia. Choroby rzadkie powinny zająć stałe miejsce w systemie kształcenia podyplomowego.

— Wszystkie działania można uznać za wsparcie dla uchwalonego niedawno Planu dla Chorób Rzadkich.

— Plan jest inicjatywą rządową, a my chcemy odolnie wspierać jego funkcjonowanie, tworząc także zaplecze naukowe. Utworzenie towarzystwa stanowi bowiem wielkie wyzwanie i pole do popisu, jeśli chodzi o działalność naukową, choćby prowadzenie badań klinicznych. Dostęp do leków jest dla pacjentów mocno ograniczony, tylko dla niektórych chorób istnieją skuteczne terapie, część z nich jest refundowana. Natomiast dla wielu chorób rzadkich skutecznych terapii jeszcze nie ma i w takiej sytuacji jedyną nadzieją dla pacjenta już teraz może być dostęp do badania klinicznego, w którym podaje się przyszły — prawdopodobnie — lek. Jestem przekonany że istnienie towarzystwa naukowego przyczyni się do rozwoju badań klinicznych w Polsce. Zgodnie z polskim prawem, towarzystwo może być również sponsorem badań, pozyskiwać na ten cel granty — widzę tutaj duże pole do działania w przyszłości.

— Czyli powstanie nowa instytucja w obszarze chorób rzadkich.

— Nie, nie będzie to kolejna instytucja. Istniejące, takie jak Rada ds. Chorób Rzadkich — to instytucje o charakterze administracyjnym, związane z mocą prawa z rządem. Bardzo się cieszę że zostały one utworzone i działają, ale potrzebna jest platforma dla specjalistów, o charakterze głównie naukowym i eksperckim. Nie jest możliwe, aby instytucje rządowe przejęły te zadania — jest tu miejsce dla tego typu organizacji profesjonalistów, umiejscowionych pośrodku, pomiędzy pacjentami a systemem.

REFUNDACJA OPARTA NA WARTOŚCI



Mierzenie wartości osiągniętej dzięki inwestycjom w zdrowie jest sercem farmakoekonomiki. Zestawiamy koszty z efektem końcowym, ponieważ zasoby w systemie ochrony zdrowia są zawsze ograniczone i staramy się wydawać posiadane pieniądze możliwie efektywnie.

W przypadku ochrony zdrowia trudność sprawia dokładne określenie i oszacowanie wartości, którą może stanowić choćby uniknięcie ostrych stanów chorobowych. Stosowaną do tego metodologią jest określanie lat życia skorygowanych o jakość, czyli QALY. Dochodzenie do tego, jaka jest właściwa cena za refundowane technologie lekowe, czyli pricing – to cała sztuka, bardzo skomplikowana i uwzględniająca wiele czynników, jak na przykład istniejące już wcześniej metody leczenia czy efekty terapii.

W polskim systemie coraz więcej znajduje się obszarów, kiedy dane dotyczące efektów leczenia są zbierane, monitorowane i brane pod uwagę przy podejmowaniu decyzji. Leczenie SMA, szpiczaka – to pierwsze z brzegu przykłady, ale oczywiście powinno być ich znacznie więcej.

— prof. Marcin Czech,

prezes Polskiego Towarzystwa Farmakoekonomicznego

GROMADZENIE I PRZETWARZANIE DANYCH



Aby budować wartość w systemie konieczne jest gromadzenie danych, głównie dzięki Elektronicznej Dokumentacji Medycznej wytwarzanej przez podmioty lecznicze. Działania Centrum przynoszą największą korzyść decydentom, głównie

Ministerstwu Zdrowia, wykorzystującym zgromadzone i analizowane dane przy podejmowaniu decyzji systemowych. W planach jest również udostępnianie i analizowanie zgromadzonych danych w taki sposób, aby pomagać lekarzom w podejmowaniu decyzji i ułatwiać im rozpoznawanie zagrożeń zdrowotnych i opiekę nad pacjentem. Odpowiedniej jakości dane, zgromadzone przez systemy prowadzone przez CeZ, pozwalają tworzyć różne rozwiązania dla decydentów i użytkowników.

W cyfryzacji najważniejsze jest to, że odpowiednie rozwiązania IT mogą pomóc w pracy profesjonalistom medycznym, na przykład lekarzom w diagnozowaniu pacjentów, zwłaszcza że zmiany demograficzne będą stawiać przed nimi nowe wyzwania. Drugą krytyczną kwestią przy tworzeniu nowych rozwiązań jest to, aby oprogramowanie czy systemy powstawały przy udziale zainteresowanych grup, na przykład lekarzy, szpitali czy farmaceutów. Muszą być przyjazne i stanowić wartość dodaną dla pracy specjalistów.

— Paweł Kikosicki,

dyrektor Centrum e-Zdrowia

WARTOŚĆ DLA PACJENTA



Wartość dla pacjenta powinna być podstawowym elementem systemu refundacji leków. Wiąże się z tym starania, aby płacić za efekty lecznicze, czyli rzeczywistą wartość zdrowotną uzyskaną przez pacjentów dzięki przyjmowaniu danego leku.

Do mierzenia wartości nowych terapii, w kontekście decyzji refundacyjnych, ważne jest rozwijanie systemów informatycznych. Refundowane są leki, których korzyść kliniczna jest udowodniona w danym wskazaniu. Planujemy wdrażanie kolejnych rozwiązań typu risk sharing, przy których wprowadzane są częściowe zwroty w przypadku, gdy nie widać efektywności klinicznej. W umowach możemy zawierać różne elementy takich rozliczeń. Zawsze bierzemy pod uwagę mierzalne wyniki leczenia, ale także kwestie dotyczące jakości życia pacjenta, wpływu terapii na jego codzienne życie, jak choćby dojazdy, wizyty w ośrodkach medycznych. Może temu służyć na przykład takie organizowanie terapii, aby pacjent był prowadzony przez ośrodki blisko swojego miejsca zamieszkania.

Czy system refundacyjnych jest otwarty na wartości dla pacjenta? – Jest, ale nadal za dużo płacimy za innowacje. Jest wielkie oczekiwanie, aby finansować nowe technologie. Finansujemy je bardzo mocno, na leki innowacyjne przeznaczamy 80 proc. budżetu przy bardzo wąskich wskazaniach, podczas gdy większość pacjentów chorych na choroby populacyjne leczy się terapiami, na które już nie ma okresu ochronnego, są już zgenerowane. Można więc powiedzieć, że 80 proc. zdrowia pacjentów kupujemy za 20 proc. budżetu.

— Maciej Miłkowski,
wiceminister zdrowia

BADANIA KLINICZNE WERYFIKUJĄ



Idea VBHC i polityki zdrowotnej – to poszukiwanie złotego środka, tego, co możemy kupić za możliwie dobrą cenę. Podstawą dla systemu opartego o wartość są dane, tworzenie rejestrów, badania obserwacyjne. Nowe technologie wymagają weryfikacji jako podstawy oceny, czy powinny być finansowane. Dostrzeżliśmy już wartość danych w procesie podejmowania decyzji. Wykorzystujemy ogromne wolumeny danych NFZ czy AOTMiT, odpowiednie systemy powstają dzięki Centrum e-Zdrowia.

ABM finansuje Centra Medycyny Cyfrowej, które pozwolą lepiej analizować kosztową efektywność naszego systemu. Dzięki niekomercyjnym badaniom klinicznym weryfikujemy wartość dodaną nowych terapii, porównujemy ze sobą różne technologie i leki, a w dodatku możemy udostępniać najnowsze technologie polskim pacjentom.

— Radosław Sierpiński,

prezes Agencji Badań Medycznych

PACJENT W CENTRUM UWAGI



System ochrony zdrowia oparty na wartości oznacza postawienie pacjenta w centrum uwagi. To cały czas jest bliższe teorii niż praktyki naszego systemu, chociaż cieszy fakt, że rozmawiamy o tej idei i powoli zaczyna się ona przebijać do świadomości społecznej.

Budowanie takiego systemu należałoby zacząć od poprawy współpracy i komunikacji – zarówno pomiędzy różnymi jednostkami systemu ochrony zdrowia, jak i personelem medycznym, tak aby pacjent nie gubił się w systemie i widział, co robić, gdzie pójść. Szczególnie skomplikowana sytuacja ma miejsce wówczas, gdy pacjent wychodzi ze szpitala po skomplikowanych, kosztownych procedurach i zostaje pozostawiony sam sobie. Często w ten sposób zaprzepaszczamy wyniki leczenia, osiągnięte w szpitalu.

Potrzebne jest włączanie do opieki nad pacjentem i pełne wykorzystanie potencjału wszystkich zawodów medycznych, oprócz lekarzy i pielęgniarek również psychologów, dietetyków, farmaceutów – a także tworzenie zespołów, które będą się zajmować pacjentami i dołączanie do nich koordynatorów, którzy pomagają pacjentowi efektywnie wykorzystywać system. Nie do przecenienia jest również rola rodzin i bliskich osób z otoczenia pacjentów.

— Magdalena Kotodziej,

prezes Fundacji MY PACJENCI

PORÓWNUJMY JAKOŚĆ I BEZPIECZEŃSTWO



Idea systemu ochrony zdrowia opartego na wartości łączy się z ustawą o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta. Wdrożenie rozwiązań tej ustawy będzie fundamentem podnoszenia jakości opieki. Pierwszym istotnym punktem jest mierzenie

wartości, którą otrzymuje pacjent. Budowanie koncepcji opieki zdrowotnej opartej na wartościach bierze pod uwagę koszty i opłacalność procedur, ale z drugiej strony chodzi o odchodzenie od zasady fee for service na rzecz różnicowania zapłaty, w zależności od jakości i efektów wykonanego świadczenia.

Jesteśmy na początkowym etapie wdrażania idei VBHC, zresztą żadne państwo jeszcze takiego systemu w pełni nie wdrożyło. Otrzymując codziennie sygnały widzimy, że jeszcze wiele jest do zrobienia. Ale dzięki uchwaleniu ostatniej ustawy rozpoczynamy budowanie systemu zbierania danych, aby porównywać efekty leczenia i na tej podstawie różnicować wypłaty. Drugim elementem jest wprowadzenie do naszego systemu opieki koordynowanej, która oznacza odejście od fee for service.

Ustawa pozwoli korygować poziom finansowania, które do tej pory odbywało się za pomocą wskaźników korygujących i było kwestionowane przez NIK.

— Bartłomiej Chmielowiec,

Rzecznik Praw Pacjentów



Podcasty z ekspertami na temat Value Based Healthcare są dostępne na mZdrowie.pl, [Anchor.FM](https://Anchor.fm), Spotify.

Partnerem cyklu jest firma Takeda.

W stronę dobrobytu zdrowotnego

Czym jest dobrobyt zdrowotny? Jak można zmierzyć jego poziom? I jak Polska wypada na tle innych krajów europejskich? O tym można przeczytać w raporcie „W stronę dobrobytu zdrowotnego. Pomiar aspektów stanu zdrowia w Polsce na tle wybranych krajów europejskich”, zrealizowanym przez Politykę Insight na zlecenie Janssen Polska.

Dobrobyt zdrowotny – to pełny dobrostan fizyczny i psychiczny społeczeństwa, zależny nie tylko od aktualnej kondycji zdrowotnej obywateli, ale także od dostępności efektywnej i powszechnej opieki zdrowotnej, która umożliwi prowadzenie stałej profilaktyki oraz zapewni szybkie i skuteczne interwencje medyczne.

W raporcie „W stronę dobrobytu zdrowotnego” przedstawiono stan zdrowia mieszkańców Polski w oparciu o autorski, kompozytowy wskaźnik dobrobytu zdrowotnego. Głównymi miernikami wykorzystanymi w raporcie były: dostęp do innowacyjnych technologii medycznych, efektywność systemu ochrony zdrowia oraz ogólny stan zdrowia Polaków. Dobrobyt zdrowotny Polek i Polaków został zestawiony z wynikami wybranych państw Unii Europejskiej – Bułgarii, Czech, Danii, Holandii, Niemiec i Szwecji.

Polska znalazła się na ostatnim miejscu pod względem dobrobytu zdrowotnego w porównaniu z innymi krajami Europy uwzględnionymi w zestawieniu, uzyskując 0,77 pkt. w skali 0-3. Uplasowaliśmy się tuż za Bułgarią (0,84 pkt.) i daleko za sąsiednimi Czechami (1,75 pkt.). Najlepiej wypadły Niemcy (2,28 pkt.), które wyprzedziły Danię (2,18 pkt.) i Szwecję (2,17 pkt.). W środku stawki znalazła się Holandia z wynikiem 1,83 pkt.

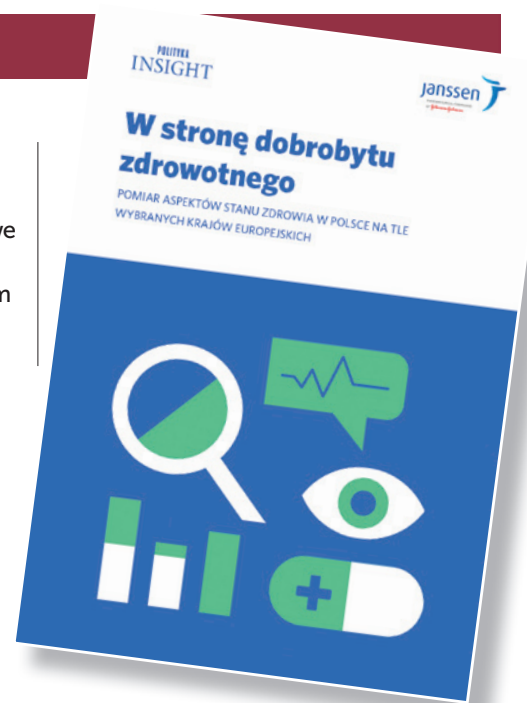
Zajęliśmy ostatnią pozycję pod względem technologii zdrowotnych, uzyskując 0,04 punktu w skali 0-1. Natomiast uzyskaliśmy nieco lepszy wynik w porównaniu z pozostałymi miernikami, pod względem stanu zdrowia obywateli, uzyskując 0,48 punktu w skali 0-1. Wśród przyczyn tak niskiego wskaźnika dobrobytu zdrowotnego Polaków stoją między innymi zbyt małe inwestycje w innowacje medyczne.

Różnice w poziomach wskaźnika dobrobytu zdrowotnego między krajami stanowią istotną przesłankę co do zmian, jakie należałoby wprowadzić w zakresie polityki zdrowotnej w Polsce. Szczególnie ważne jest ukierunkowanie działań na te elementy, w przypadku których różnice w stosunku do innych krajów europejskich są największe – czyli wsparcie rozwoju

technologii zdrowotnych i poprawienie efektywności całego systemu zabezpieczenia zdrowotnego. Dzięki temu możliwe będzie zmniejszenie dystansu, jaki dzieli Polskę od czołówki krajów pod względem dobrobytu zdrowotnego.

W ocenie autorów raportu „W stronę dobrobytu zdrowotnego” do poprawy efektywności opieki zdrowotnej konieczne będzie przede wszystkim zwiększenie liczby lekarzy pracujących w systemie ochrony zdrowia. W tym kontekście twórcy raportu doceniają znaczny wzrost liczby studentów medycyny, którzy za kilka lat zasilą polską ochronę zdrowia. Jednak ze względu na czas niezbędny do wykształcenia lekarza specjalisty, efekty tych działań będziemy mogli zobaczyć najwcześniej za 10-12 lat, o ile wykształceni w Polsce medycy nie zdecydują się na pracę za granicą. Dlatego do poprawy efektywności opieki zdrowotnej niezbędne jest również prowadzenie aktywnej polityki migracyjnej, w tym przyciągnięcie lekarzy specjalistów, ratowników i pielęgniarek wykształconych w innych krajach.

Z kolei poprawa w obszarze technologicznym wymaga przede wszystkim zwiększenia wydatków na działalność badawczo-



-rozwojową w sektorze biomedycznym oraz łatwiejszego dostępu pacjentów do innowacyjnych terapii. Można to osiągnąć dzięki przyspieszeniu procesu refundacji leków o udokumentowanej skuteczności i zapewnieniu szerokiego dostępu do nich. To ostatnie wymaga zadbania o ustawiczne kształcenie lekarzy w zakresie nowoczesnych terapii oraz przekierowania większego strumienia środków na finansowanie innowacyjnych terapii, szczególnie przetomowych z punktu widzenia życia pacjenta.

Szybciej wprowadzajmy innowacje i mierzmy ich wartość

We współpracy z partnerami publicznymi i społecznymi trzeba wypracować rozwiązania, które pozwolą na szybsze udostępnianie innowacyjnych leków polskim pacjentom. Wydatki na leki, podobnie jak inne świadczenia, trzeba traktować jako inwestycje i mierzyć ich wartość. Powinniśmy prostować nieprawdziwe wrażenie, że za opóźnienia we wprowadzaniu innowacyjnych leków do Polski są zawinione przez producentów – mówi **Geraldine Schenk**, Country Director w Janssen Poland.

– W porównaniu z innymi krajami europejskimi, wskaźnik dobrobytu społecznego Polaków jest nadal stosunkowo niski. Widoczne jest, że pacjenci w Polsce muszą długo oczekiwać na dostęp do nowych terapii. Widoczne są również ograniczenia dotyczące zasobów w ochronie zdrowia, czyli braki kadrowe, trudny dostęp do świadczeń. W tego typu rankingach Polska systematycznie pnie się w górę, ale moim zdaniem to tempo poprawy można przyspieszyć. Ponieważ Polska ma już silną gospodarkę i szybko się rozwija, jest w pełni zrozumiałe, że polscy pacjenci oczekują coraz lep-

szej opieki, dostępu do najnowszych technologii i coraz lepszej jakości życia. To nasza wspólna odpowiedzialność – przemysłu, specjalistów medycznych, uczelni i strony publicznej – aby im to zapewnić.

– Chciałabym we współpracy z partnerami – klinicystami, szpitalami, ekspertami – szukać nowych rozwiązań, na przykład w formie wczesnego dostępu do nowych leków, które niosą ze sobą duże nadzieje na skuteczne działanie. To nie jest tylko kwestia naszej strategii biznesowej, ale zadanie dla całej branży farmaceutycznej i medycznej – poszukiwanie skutecznych metod leczenia dla tych pacjentów, którzy dzisiaj nie mają żadnej dostępnej opcji, żadnej skutecznej terapii.

– Polskie oddziały firm farmaceutycznych dokładają wszelkich starań, aby wnioski o objęcie refundacją nowych leków były jak najszybciej składane i rozpatrywane pozytywnie. Nie ułatwiają tego procedury ani formalne wymagania, jak choćby potrzeba gromadzenia wielu dokumentów, opracowywanie danych. Nie jest ła-

two chociażby udostępnianie leków w programach wczesnego dostępu.

– Bardzo ważna jest efektywność leczenia, dlatego potrzebny jest monitoring, gromadzenie danych, analizy wpływu na budżet. W wielu przypadkach można wykazać, że nowe terapie przynoszą jednocześnie znaczące oszczędności, choćby z tego powodu, że dzięki nim pacjenci są krócej hospitalizowani, unikają kosztownych procedur, przebywają w domu w lepszym stanie zdrowia. Dlatego przy dyskusji o cenach leków tak ważne jest mierzenie korzyści z ich stosowania, zgodnie z filozofią Value Based Healthcare, czyli systemu ochrony zdrowia opartego na wartości. Wydatki na leki i inne świadczenia trzeba postrzegać jako inwestowanie w zdrowie obywateli.

– Jako producenci leków jesteśmy gotowi na rozmowę o systemie opartym na wartości. Firmy ponoszą inwestycje rzędu półtora miliarda dolarów, związane z opracowaniem jednego leku wprowadzonego na rynek. Potrzebują zwrotu z inwestycji, aby prowadzić kolejne projekty i rozwijać nowe leki, dlatego również spoglądają na kwestie cen dłu-



gofalowo. W interesie wszystkich stron leży mierzenie wartości dla pacjentów i dla systemu ochrony zdrowia, osiągniętej dzięki zastosowaniu nowej, efektywnej terapii. Co prawda jeszcze nie w Polsce, ale w innych krajach nasza firma podpisała już porozumienia z płatnikami, dotyczące rozliczeń za terapię choroby Crohna. Jeśli jej zastosowanie nie doprowadzi do remisji choroby, czyli po zastosowaniu naszego leku pacjent nie wejdzie w leczenie podtrzymujące, uruchamiany jest payback, czyli dokonujemy zwrotu kosztów. Powinniśmy mniej dyskutować o cenach a raczej szukać innowacyjnych rozwiązań, pozwalających dzielić ryzyko finansowe i skoncentrowanych na wartości.