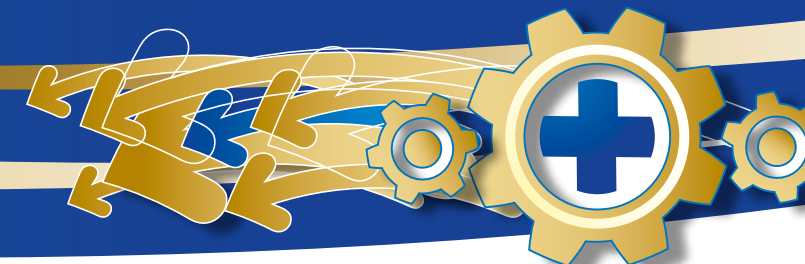




PRIORYTETY W OCHRONIE ZDROWIA 2024



Choroby zakaźne – czy jest się czego obawiać?

Co powinno być priorytetem w leczeniu chorób zakaźnych i co należałoby zrobić, aby osób zakażonych było mniej? Czy wystarczająco dba się u nas o profilaktykę i testuje? Czy seropozytywność oznacza stygmatyzację? Konferencja Priorytety w Ochronie Zdrowia 2024 była okazją do rozmowy o najważniejszych problemach w obszarze chorób zakaźnych.

Pandemia COVID-19 została oficjalnie uznana za zakończoną, ale to nie znaczy, że SARS-CoV-2 czy inne patogeny, w tym wirusy zapalenia wątroby i HIV, nie stanowią dużego zagrożenia dla społeczeństwa. Dlatego na początku tego roku minister zdrowia Izabela Leszczyna powołała ekspercki Zespół do spraw Monitorowania i Oceny Sytuacji Dotyczącej Zagrożeń Związanych z Chorobami Zakaźnymi. Eksperti pod przewodnictwem prof. dr. hab. n. med. Roberta Flisiaka mają doradzać ministrowi zdrowia w kwestiach związanych z epidemiologią, profilaktyką, diagnostyką i terapią chorób zakaźnych.

– Zadaniem tego zespołu jest wskazywanie priorytetów w zakresie chorób zakaźnych, w tym zagrożeń, które mamy w bliskim sąsiedztwie. Naszym celem jest także formułowanie i kształtowanie pewnych zaleceń – mówił prof. dr. hab. n. med. Robert Flisiak, kierownik Kliniki Chorób Zakaźnych i Hepatologii Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku, prezes Polskiego Towarzystwa Epidemiologów i Lekarzy Chorób Zakaźnych.

Drastycznie niskie wydatki na ochronę zdrowia

Reagowanie na aktualną sytuację epidemiologiczną w Polsce jest o tyle ważne, że dostępność leków, testów i szczepionek w wielu obszarach chorób zakaźnych wymaga poprawy. Trudno efektywnie walczyć z patogenami, kiedy brakuje na to środków. Nakłady na ochronę zdrowia w ostatnich latach sukcesywnie rosły, jednak nadal wydatki na ten cel należą do najniższych

w Unii Europejskiej. Zgodnie z przyjętym budżetem w 2024 r. na ochronę zdrowia zostaną przeznaczone 192 mld zł. – Polska pod względem nakładów na opiekę zdrowotną znajduje się na skandalicznie niskiej pozycji, jednej z ostatnich w Unii Europejskiej. Brakuje nam 50 proc. nakładów do średniej unijnej, przy czym ta średnia nie jest niczym nadzwyczajnym. Nie mówimy o Francji, Niemczech czy Wielkiej Brytanii, tylko o Czechach, które ze swoimi wydatkami na opiekę zdrowotną w odniesieniu do PKB per capita są na poziomie średniej europejskiej. Niedawno słyszałem taką wypowiedź, że budżet na opiekę zdrowotną w 2024 r. wyniesie tyle, ile budżet małego państwa. Tylko jeżeli chcielibyśmy dorównać do średniej unijnej, to powinien on wynosić nie 192 mld, ale 300 mld zł – zaznaczył prof. Robert Flisiak.

Finansowanie zakaźnictwa

Aby zwiększyć dostęp pacjentów do specjalistycznej diagnostyki i leczenia chorób zakaźnych, nie tylko w kontekście wirusa SARS-CoV-2, ale i innych patogenów, konieczne jest dofinansowanie zakaźnictwa. – Jeżeli mamy budować zakaźnictwo, które będzie prężne, silne i skupi specjalistów stanowiących pierwszą linię obrony i ochrony w przypadku nowych zagrożeń epidemiologicznych, musimy je finansować stabilnie, także w okresie ciszy. Tymczasem rozliczenia świadczeń w chorobach zakaźnych, które są istotnie niedoszacowane, doprowadziły do tego, że oddziały zakaźne w całym kraju zostały zmarginalizowane. Poprawy wymagają nadzór epidemiologiczny i współ-

praca z instytucjami, które się nim zajmują. Należałoby także zwiększyć dostęp do leków przeciwwirusowych, których brakuje w przypadku pewnych chorób, jak choćby COVID-19. Ważne jest też działanie w kontekście nowych zagrożeń, i dotyczy to nie tylko leków, lecz także szczepionek. Przykładem była oспа malpia, w przypadku której dostępność szczepionki była ograniczona. Na szczęście zachorowało na nią u nas niewiele osób. Mam też pomysł, aby powołać centra zajmujące się pacjentami z chorobami wysoko zakaźnymi, takimi jak gorączki krwotoczne. Należy opracować odpowiedni system transportu, hospitalizacji, zapewnić przeszkolony personel medyczny oraz dostęp do leków – proponował prof. dr. hab. n. med. Miłosz Parczewski, konsultant krajowy w dziedzinie chorób zakaźnych.

Brakuje medycyny prewencyjnej

Zdaniem ekspertów system opieki zdrowotnej w Polsce koncentruje się na medycynie naprawczej. Wolimy leczyć niż zapobiegać, a to w dłuższej perspektywie kosztuje więcej. – Niestety polski system opieki zdrowotnej poniósł dramatyczne fiasko. Kto jest za to odpowiedzialny? Odpowiedź brutalnie – „uszczelniacze”. Będę nawoływał do krucjaty przeciwko tym ludziom, którzy są w różnych opcjach politycznych. Mówią, że jeśli zaczynamy reformę opieki zdrowotnej, to powinniśmy najpierw uszczelnić system. To przez nich nie mamy programów prewencyjnych. Propozycje działań w obszarze profilaktyki są już przygotowane. Leżą u nas w szufladach, zalegają zakurzone na

półkach w Ministerstwie Zdrowia i w NFZ. Przykładem jest choćby program profilaktyki raka i marskości wątroby, który de facto jest programem eliminacji zakażeń wirusem zapalenia wątroby typu C. Dysponujemy doskonałymi narzędziami, charakteryzującymi się stuprocentową skutecznością. To, czego nam w tej chwili brakuje, to pieniądze. A przynajmniej ich gwarancja. Niestety „uszczelniacze” od wielu lat skutecznie niszczą polski system opieki zdrowotnej i każdego roku są sprawcami tysięcy tragedii ludzkich, a odpowiedzialność zrzucają na nieszczelny system i lekarzy – ubolewał prof. Robert Flisiak.

O potrzebie wzmocnienia medycyny prewencyjnej i konieczności opracowania standardów opieki mówił również prof. Miłosz Parczewski: – W zasadzie takie standardy już istnieją i są rokrocznie uaktualniane dla pacjentów z HIV czy z wirusowym zapaleniem wątroby typu C i typu B. Niestety są obszary, w których rekomendacje nie są przestrzegane z powodu ich niezrozumienia bądź też konfliktu między wytycznymi. Przykładem może być leczenie pacjentów z rozpoznaniem boreliozy i tzw. rekomendacja długotrwałej terapii antybiotykami, zwanej metodą ILADS, która ze względu na liczne skutki uboczne prowadzi do krzywdy zdrowotnej pacjenta. Dlatego w tym przypadku konieczne wydaje się opracowanie nowych standardów postępowania.

HCV – mamy narzędzia walki z wirusem

Jedną z przyczyn występowania raka wątrobowokomórkowego (hepatocellular carcinoma – HCC) są wirusowe zapalenia w-

troby. Dzięki programowi obowiązkowych szczepień i dostępności do leczenia udało się ograniczyć rozprzestrzenienie się wirusa zapalenia wątroby typu B (hepatitis B virus – HBV). W przypadku wirusa zapalenia wątroby typu C (hepatitis C virus – HCV) dostępne są terapie, które w krótkim czasie eliminują wirusa z organizmu pacjenta (direct-acting antivirals – DAA). Biorąc pod uwagę możliwość wyleczenia zakażenia HCV, Światowa Organizacja Zdrowia (World Health Organization – WHO) przyjęła w 2016 r. globalną strategię, której celem jest wyeliminowanie wirusowego zapalenia wątroby jako zagrożenia dla zdrowia publicznego do 2030 r. Obecnie wszyscy pacjenci z HCV mogą być leczeni. Tak się jednak z różnych przyczyn nie dzieje.

Zdaniem prof. dr. hab. n. med. Krzysztofa Tomasiewicza, kierownika Kliniki Chorób Zakaźnych i Hepatologii Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego nr 1 w Lublinie, realizacja celów zakładanych przez WHO w Polsce wydaje się nierealna.

– Badania amerykańskie czy brytyjskie wskazują, że nawet w krajach, w których programy profilaktyczne są realizowane w sposób modelowy, szczyt zachorowań na marskość wątroby i raka wątrobowokomórkowego jest przed nami. Z niepokojem obserwuję, że wróciliśmy w Polsce do sytuacji sprzed 5–6 lat, kiedy było bardzo dużo pacjentów z marskością wątroby, choć wszystko wskazywało na to, że będzie ich mniej. Mamy wprawdzie proste, tanie i szybkie testy, terapie finansowane przez NFZ, które są prawie w 100 proc. skuteczne, ale brakuje nam konkretów. Badanie w kierunku HCV weszło do tzw. budżetu powierzonego w POZ i skończyło się tym, że mamy przetestowanych zaledwie 50–60 tys. pacjentów, podczas gdy powinno ich być rocznie kilka milionów. Znależliśmy się w ślepych zaułku i bez wsparcia rządzących, bez odkurzenia dokumentów, które zostały wiele lat temu złożone w Ministerstwie Zdrowia, niczego nie osiągniemy. Oczywiście możemy na nowo przygotować plan eliminacji HCV, ale ważne jest, żeby po drugiej stronie był ktoś, kto będzie chciał się z nim zapoznać. Uważam, że należałoby utworzyć grupę ośrodków, które będą reagować na bieżące zagrożenia epidemiologiczne i realizować bieżące potrzeby w zakresie chorób zakaźnych, a jest ich mnóstwo. Nie znam żadnej dziedziny medycyny, która nie miałaby styczności z chorobami zakaźnymi. Koledzy specjaliści w wielu dziedzinach już zrozu-

mieli, że bez walki z chorobami zakaźnymi nie będą mogli realizować swoich celów terapeutycznych – podkreślił prof. Krzysztof Tomasiewicz.

Program leczenia HCV w więzieniach

Zgodnie z europejskimi wytycznymi osoby osadzone w zakładach karnych powinny mieć zapewniony dostęp do leczenia przeciw-wirusowego stosowanego w wirusowym zapaleniu wątroby typu C. Chodzi głównie o to, by uniknąć dalszego rozprzestrzeniania się wirusa, kiedy zarażeni więźniowie wyjdą na wolność. W lipcu 2023 r. została podpisana umowa pomiędzy Ministrem Zdrowia a Centralnym Zarządem Służby Więziennej, która nakłada na Służbę Więzienną obowiązek prowadzenia terapii DAA u obywateli polskich oraz cudzoziemców odbywających karę na terytorium Polski. Jak dotąd realizacja programu nie przebiega sprawnie.

– Więźniowie są grupą, która w każdym kraju w dużym odsetku jest zakażona HCV. Dlatego od dawna walczyliśmy o to, żeby można było tę grupę testować. Z przyczyn nie do końca jasnych przez wiele lat nie udało się tego osiągnąć. Teraz ten program będzie realizowany przy udziale Krajowego Centrum ds. AIDS. Kłopot w tym, że mamy

zapewnienie leczenia i możliwość wdrożenia terapii od ręki, ale trudności sprawia samo testowanie. Niestety nastawienie do testów służby więziennej i samych więźniów, którzy wkrótce mają opuścić zakład karny, jest negatywne. Być może byłoby inaczej, gdyby takim osobom po opuszczeniu więzienia została zapewniona ciągłość opieki? – zastanawiał się prof. Krzysztof Tomasiewicz. Profesor Robert Flisiak przyznał, że ta sytuacja jest niezrozumiała. W takich krajach, jak Hiszpania, ale też Czechy czy Litwa, testuje się nieporównywalnie większy odsetek więźniów niż w Polsce. Jego zdaniem także u nas osoby osadzone w zakładach karnych wręcz domagają się diagnostyki i leczenia. – Więźniowie szukają u siebie choroby i chcieliby znaleźć jakąkolwiek, może to być nawet HCV. Liczą na to, że dzięki temu dostaną lepsze jedzenie, przepustkę, że zostaną wypuszczeni w celach diagnostycznych albo na rozpoczęcie leczenia – mówił.

Rekordowa liczba zakażeń HIV

Niedobrze wygląda również sytuacja epidemiologiczna związana z zakażeniami HIV. Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny raportuje,

że rok 2023 był rekordowy pod względem liczby nowych zakażeń. Co zrobić, aby wyeliminować wirusa HIV w naszym kraju? – Przyczyn dużej liczby zakażeń w tym roku jest wiele. Jedną z nich jest to, że część z nich zostało zgłoszonych podczas pandemii i czekano na możliwość weryfikacji w stacjach sanitarno-epidemiologicznych przeciążonych pracą. Dlatego do zakażeń, które zostały zgłoszone i potwierdzone w 2023 r., doszły te z poprzednich 2 lat. Nie można też pominąć wojny w Ukrainie i pacjentów, którzy do nas stamtąd dotarli. Nie bez znaczenia jest zwiększenie liczby ryzykownych zachowań w okresie pandemii i lockdownu – wyjaśniała Anna Marzec-Bogusławska, dyrektor Krajowego Centrum ds. AIDS. – Ważnym aspektem efektywnej walki z chorobami jest integracja świadczeń. Dobrym pomysłem byłoby utworzenie miejsc, w których pacjent i jego partnerzy seksualni mogliby skorzystać z poradnictwa, diagnostyki, leczenia, profilaktyki przedekspozycyjnej i być może także poekspozycyjnej, jeżeli będzie taka potrzeba. Warto przypomnieć o konieczności zapewnienia ustawowej możliwości bezpłatnego leczenia kiły i rzeżączki, która ze względu na organizacyjno-systemowych w praktyce nie jest realizowana lub jest realizowana w bardzo



W DEBACIE PT. „PRIORYTETY W OBSZARZE CHOROBY ZAKAŻNYCH” UCZESTNICZYLI:

- Anna Marzec-Bogusławska – dyrektor Krajowego Centrum ds. AIDS
- prof. dr hab. n. med. Robert Flisiak – prezes Polskiego Towarzystwa Epidemiologów i Lekarzy Chorób Zakaźnych, kierownik Kliniki Chorób Zakaźnych i Hepatologii Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku
- prof. dr hab. n. med. Miłosz Parczewski – konsultant krajowy w dziedzinie chorób zakaźnych
- prof. dr hab. n. med. Krzysztof Tomasiewicz – kierownik Kliniki Chorób Zakaźnych i Hepatologii, Uniwersytecki Szpital Kliniczny nr 1 w Lublinie



PRIORYTETY 2024

W OCHRONIE ZDROWIA



Fot. Szymon Czerwiński



Fot. Szymon Czerwiński



Fot. Archiwum



Fot. Szymon Czerwiński

”

Anna Marzec-Bogusławska: Wspólnie z Ministerstwem Zdrowia pracujemy nad tym, aby testy w kierunku HIV znalazły się w koszyku świadczeń lekarza POZ. Zależy nam na tym, żeby wykrywać jak najwięcej zakażeń, a to będzie możliwe wtedy, kiedy będziemy testować

ograniczonym zakresie. W tym kontekście podjęliśmy już pewne działania, również z konsultantem krajowym w dziedzinie dermatologii i wenerologii. Mówiąc o HIV czy AIDS, nie można pominąć problemu finansowania świadczeń dla osób nieubezpieczonych. Zgodnie z rządowym programem polityki zdrowotnej leczeniem antyretrowirusowym powinny być objęte wszystkie osoby, które znajdują się na terytorium naszego kraju. Mamy dla nich leki, ale problemem jest finansowanie świadczeń – czy to wizyty lekarskiej, czy diagnostyki. Prowadzi to do paradoksu, ponieważ ośrodki często odmawiają bezpłatnych przyjęć tych pacjentów. Warto wspomnieć, że są to nierzadko osoby w specyficznej sytuacji – uchodźcy, ofiary handlu ludźmi, które nie mają możliwości wniesienia opłaty za świadczenia. Jeżeli nie znajdzie się kogoś, kto za nie zapłaci, nie odbędą wizyty lekarskiej i nie dostaną leków antyretrowirusowych. A przecież w interesie zdrowia publicznego powinno leżeć jak najszybsze włączenie tych pacjentów do terapii – przekonywała.

– Powinniśmy pomyśleć o obniżeniu wieku testowania w kierunku HIV. Przy obecnym stanie prawnym pacjent może bez skierowania skorzystać z punktów bezpłatnego, anonimowego testowania w kierunku HIV, kiły i HCV. Wystarczy, że zadeklaruje, że ma 18 lat. Jeżeli pacjent jest w wieku 16–18 lat, potrzebna jest zarówno jego zgoda, jak i opiekunów prawnych, a w przypadku osób do 16. roku życia decyzję podejmuje rodzice. Wydaje mi się, że mamy tu pewną

”

prof. Robert Flisiak: Nie możemy zapominać o zagrożeniach, jakie niesie SARS-CoV-2. Powinniśmy chronić przed nim najsłabszych pacjentów, stosując najlepszą profilaktykę, jaką mamy, czyli szczepienia

lukę, ponieważ zgodnie z prawem rozpoczęcie życia płciowego jest możliwe po ukończeniu 15. roku życia. Wspólnie z Ministerstwem Zdrowia pracujemy nad tym, aby testy w kierunku HIV znalazły się w koszyku świadczeń lekarza pierwszego kontaktu. Zależy nam na tym, żeby wykrywać jak najwięcej zakażeń, a to będzie możliwe wtedy, kiedy będziemy testować – zaznaczyła Anna Marzec-Bogusławska.

Profesor Miłosz Parczewski zauważył, że w Polsce do tej pory nie traktowano zdrowia seksualnego jako części całościowej opieki zdrowotnej. W związku z tym trzeba będzie wrócić do rozmów na temat centrów diagnostyki, a także profilaktyki przedekspozycyjnej.

– Mamy narzędzia, takie jak samotestowanie w kierunku HIV czy testy domowe, które niestety nie są u nas powszechnie wprowadzone. Istniejące punkty konsultacyjno-diagnostyczne pełnią podwójną funkcję – prowadzą testowanie oraz edukację. Jest też technologia lekowa w prewencji zakażeń HIV, czyli profilaktyka przedekspozycyjna tenofowir + emtrycytabina. Na horyzoncie pojawia się długo działająca profilaktyka preparatem domięśniowym. Pewnym pomysłem mogłoby też być utworzenie na wzór innych krajów europejskich tzw. check pointów, które testują w kierunku chorób przenoszonych drogą płciową (HIV, HCV), ale także prowadzą odpowiednią prewencję i w przypadku zakażenia kierują do lekarza, żeby ułatwić pacjentowi ścieżkę terapeutyczną – proponował.

”

prof. Miłosz Parczewski: Należałoby zwiększyć dostęp do leków przeciwwirusowych, których brakuje w przypadku pewnych chorób, jak choćby COVID-19. Ważne jest też działanie w kontekście nowych zagrożeń, i dotyczy to nie tylko leków, lecz także szczepionek

Pacjenci obawiają się stygmatyzacji

Czy choroby zakaźne są w Polsce tematem tabu? Niestety tak. Zdaniem prof. Miłosza Parczewskiego ze stygmatyzacją spotykają się m.in. osoby żyjące z HIV, które obawiają się ujawnienia swojego statusu serologicznego nawet lekarzowi POZ.

– Aby podkreślić wagę tego problemu, rozmawiamy z lekarzami, prowadzimy szkolenia i bardzo wiele akcji edukacyjnych, które mają zmniejszyć stygmatyzację tych osób, przynajmniej na poziomie systemowym. W związku z wprowadzaniem cyfryzacji systemu ochrony zdrowia dostęp do informacji na temat pacjentów będzie szerszy. I tego część z nich się obawia – ostrzegł prof. Miłosz Parczewski.

Profesor Robert Flisiak zwrócił uwagę, że AIDS od samego początku był kojarzony z pewnymi zachowaniami – czy to seksualnymi, czy to związanymi z przyjmowaniem narkotyków. Dlatego pomimo wielu wysiłków i działań zwalczanie stygmatyzacji chorych jest walką z wiatrakami.

– Boję się też udostępnienia informacji w związku z cyfryzacją, ponieważ może to sprawić, że pacjenci czy potencjalni pacjenci będą unikać testowania. Już samo to, że wiążemy testowanie HIV z HCV, sprawia, że w świadomości społecznej również HCV jest stygmatyzujące. Widzimy to choćby na przykładzie uchodźców z Ukrainy, którzy boją się u nas testowania w kierunku HCV, ponieważ w ich kraju zdiagnozowanie tego zakażenia często wiązało się z utratą pracy. Również zachorowanie na COVID-19 było

”

prof. Krzysztof Tomasiewicz: Badanie w kierunku HCV weszło do tzw. budżetu powierzonego w POZ i skończyło się tym, że mamy przetestowanych zaledwie 50–60 tys. pacjentów, podczas gdy powinno ich być rocznie kilka milionów

na początku pandemii stygmatyzujące, ponieważ oznaczało, że ktoś nie zadbał o bezpieczeństwo. Co ciekawe, obserwujemy dziś zupełnie odwrotne zjawisko – osoby znane szczerzą się, że mają jakąś chorobę, nawet gdy jej nie mają – zauważył ekspert.

Wirus SARS-CoV-2 nadal groźny

Obok takich wirusów jak HIV, HBV i HCV, o których była mowa, nadal zagrożeniem dla naszego zdrowia i życia może być SARS-CoV-2. Wydaje się, że już do niego przywykliśmy, ale czy słusznie?

– Wirus SARS-CoV-2 pozostał z nami i każdego sezonu jesienno-zimowego będzie absorbował uwagę mediów i powodował absencję chorobową. Różnica między nim a wirusem grypy czy innymi wirusami, które są odpowiedzialne za infekcje dróg oddechowych, polega na tym, że u niektórych chorych na COVID-19 nadal konieczna jest hospitalizacja, podczas gdy w przypadku grypy są to sytuacje rzadkie. Omikron nie stanowi takiego problemu jak wcześniejsze odmiany wirusa, jednak kiedy dojdzie do zapalenia płuc, ryzyko śmierci nie jest mniejsze. W związku z tym nie możemy zapominać o zagrożeniach, jakie niesie SARS-CoV-2. Powinniśmy chronić przed nim najsłabszych pacjentów, czyli osoby starsze, z deficytem odporności i przewlekłymi, ciężkimi, nieustabilizowanymi chorobami, stosując najlepszą profilaktykę, jaką mamy, czyli szczepienia – przekonywał prof. Robert Flisiak.

Agata Misiurewicz-Gabi