



**Instytut Rozwoju
Spraw Społecznych**

HEALTHCARE POLICY SUMMIT

CHOROBY ZAKAŻNE 2023

Raport z konferencji naukowej,
która odbyła się w dniu 13 marca 2023 r.
w Warszawie w trybie hybrydowym



Raport z konferencji naukowej pt. Healthcare Policy Summit. Choroby Zakaźne 2023. Instytut Rozwoju Spraw Społecznych. Warszawa. Marzec 2023

ISBN: 978-83-965274-3-1

Uczestnicy w kolejności alfabetycznej:

1. **dr n. społ. Magdalena Ankiersztejn-Bartczak**, Prezes Zarządu Fundacji Edukacji Społecznej
2. **Małgorzata Bogusz**, Prezes Instytutu Rozwoju Spraw Społecznych
3. **prof. dr hab. n. med. Marcin Czech**, Prezes Polskiego Towarzystwa Farmakoekonomicznego, Kierownik Zakładu Farmakoekonomiki oraz Zespołu ds. Kontroli Zakażeń Szpitalnych w Instytucie Matki i Dziecka w Warszawie, Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia w latach 2017–2019
4. **prof. dr hab. n. med. Barbara Bożena Dołęgowska**, Konsultant krajowa w dziedzinie diagnostyki laboratoryjnej, Kierownik Katedry Mikrobiologii, Immunologii i Medycyny Laboratoryjnej Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie
5. **prof. dr hab. med. Robert Flisiak**, Prezes Polskiego Towarzystwa Epidemiologów i Lekarzy Chorób Zakaźnych; Kierownik Kliniki Chorób Zakaźnych i Hepatologii Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku
6. **dr n. med. Jakub Gierczyński**, MBA, Ekspert systemu ochrony zdrowia
7. **Arkadiusz Grądkowski**, Prezes Ogólnopolskiej Izby Gospodarczej Wyrobów Medycznych POLMED
8. **dr n. med. Paweł Grzesiowski**, Ekspert Naczelnej Rady Lekarskiej ds. zagrożeń epidemicznych
9. **prof. dr hab. n. med. Andrzej Horban**, Konsultant krajowy w dziedzinie chorób zakaźnych, Kierownik Kliniki Chorób Zakaźnych dla Dorosłych Wydziału Lekarskiego Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego
10. **Anna Kordecka**, Zastępca Dyrektora Wydziału Świadczeń Opieki Zdrowotnej, Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
11. **Waldemar Kraska**, Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia
12. **dr hab. n. med. Ernest Kuchar**, Kierownik Kliniki Pediatrii z Oddziałem Obserwacyjnym na Warszawskim Uniwersytecie Medycznym
13. **dr n. med. Anna Marzec-Bogustawska**, Dyrektor Krajowego Centrum ds. AIDS
14. **Natalia Miller**, Dyrektor Instytutu Rozwoju Spraw Społecznych
15. **Maciej Miłkowski**, Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia
16. **dr hab. n. med. Iwona Paradowska-Stankiewicz**, Krajowa konsultant w dziedzinie epidemiologii, Kierownik Pracowni Epidemiologii Chorób Zwalczanych Drogą Szczepień, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego PZH – Państwowy Instytut Badawczy
17. **prof. dr hab. Miłosz Parczewski**, Specjalista w dziedzinie chorób zakaźnych, Kierownik Kliniki PUM na Oddziale Obserwacyjno – Zakaźnym, Chorób Tropikalnych i Nabytych Niedoborów Immunologicznych Szpitala Wojewódzkiego w Szczecinie, Prezes Polskiego Towarzystwa Naukowego AIDS
18. **prof. dr hab. n. med. Jarostaw Pinkas**, Konsultant Krajowy w dziedzinie zdrowia publicznego, Główny Inspektor Sanitarny w latach 2018-2020
19. **dr n. med. Marek Posobkiewicz**, Dyrektor Generalny Służby Więziennej
20. **dr hab. inż. Marcin Sieńczyk**, Kierownik katedry Chemii Organicznej i Medycznej na Politechnice Wrocławskiej
21. **prof. dr hab. n. med. Krzysztof Tomaszewicz**, Hepatolog, Wiceprezes Polskiego Towarzystwa Epidemiologów i Lekarzy Chorób Zakaźnych
22. **dr n. med. Piotr Winciunas**, Naczelny Lekarz Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, Generalny Radca Prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej, Zakład Prawa Medycznego i Orzecznictwa Lekarskiego – Szkoła Zdrowia Publicznego Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego w Warszawie

Spis treści

WSTĘP , Małgorzata Bogusz, Prezes Instytutu Rozwoju Spraw Społecznych	5
WPROWADZENIE , dr n. med. Jakub Gierczyński, MBA, Ekspert systemu ochrony zdrowia, Natalia Miller, Dyrektor Instytutu Rozwoju Spraw Społecznych	7
ROUNDTABLE I Choroby zakaźne a zdrowie publiczne. Jak zapewnić skuteczną diagnostykę?	10
■ Wykład wprowadzający prof. dr hab. n. med. Barbara Bożena Dołęgowska, Konsultant krajowa w dziedzinie diagnostyki laboratoryjnej, Kierownik Katedry Mikrobiologii, Immunologii i Medycyny Laboratoryjnej Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie	10
■ Wykład wprowadzający prof. dr hab. n. med. Andrzej Horban, Konsultant krajowy w dziedzinie chorób zakaźnych, Kierownik Kliniki Chorób Zakaźnych dla Dorosłych Wydziału Lekarskiego Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego	11
■ Waldemar Kraska, Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia	13
■ Maciej Miłkowski, Podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia	13
■ dr Anna Marzec-Bogusławska, Dyrektor Krajowego Centrum ds. AIDS	13
■ Arkadiusz Grądkowski, Prezes Ogólnopolskiej Izby Gospodarczej Wyrobnów Medycznych POLMED	14
■ prof. dr hab. med. Robert Flisiak, Prezes Polskiego Towarzystwa Epidemiologów i Lekarzy Chorób Zakaźnych; Kierownik Kliniki Chorób Zakaźnych i Hepatologii Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku	14
■ prof. dr hab. Miłosz Parczewski, Specjalista w dziedzinie chorób zakaźnych, Kierownik Kliniki PUM na Oddziale Obserwacyjno – Zakaźnym, Chorób Tropikalnych i Nabytych Niedoborów Immunologicznych Szpitala Wojewódzkiego w Szczecinie, Prezes Polskiego Towarzystwa Naukowego AIDS	15
■ dr hab. n. med. Iwona Paradowska-Stankiewicz, Konsultant krajowa w dziedzinie epidemiologii, Kierownik Pracowni Epidemiologii Chorób Zwalczanych Drogą Szczepień, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego PZH – Państwowy Instytut Badawczy	15
■ prof. dr hab. n. med. Krzysztof Tomasiewicz, Wiceprezes Polskiego Towarzystwa Epidemiologów i Lekarzy Chorób Zakaźnych; Kierownik Katedry i Kliniki Chorób Zakaźnych Uniwersytetu Medycznego w Lublinie	16
■ dr n. med. Rafał Staszewski, Zastępca Prezesa ds. finansowania badań w Agencji Badań Medycznych	16
■ dr n. med. Paweł Grzesiowski, Ekspert Naczelnej Rady Lekarskiej ds. zagrożeń epidemicznych; Dyrektor Centrum Medycyny Zapobiegawczej i Rehabilitacji w Warszawie	17
■ prof. dr hab. n. med. Marcin Czech, Prezes Polskiego Towarzystwa Farmakoekonomicznego, Kierownik Zakładu Farmakoekonomiki oraz Zespołu ds. Kontroli Zakażeń Szpitalnych w Instytucie Matki i Dziecka w Warszawie, Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia w latach 2017–2019	17
■ dr n. społ. Magdalena Ankiersztejn-Bartczak, Prezes Zarządu Fundacji Edukacji Społecznej	18
■ prof. dr hab. n. med. Jarosław Pinkas, Dyrektor Szkoły Zdrowia Publicznego Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego, Konsultant Krajowy w dziedzinie zdrowia publicznego	18
■ dr Marek Posobkiewicz, Dyrektor Biura Służby Zdrowia w Służbie Więziennej	18

ROUNDTABLE II Profilaktyka i leczenie chorób zakaźnych.

Jak przygotować się do kolejnych epidemii?	19
■ Wykład wprowadzający prof. dr hab. n. med. Krzysztof Tomasiewicz, Hepatolog, Wiceprezes Polskiego Towarzystwa Epidemiologów i Lekarzy Chorób Zakaźnych	19
■ Wykład wprowadzający prof. dr hab. n. med. Jarosław Pinkas, Konsultant Krajowy w dziedzinie zdrowia publicznego, Główny Inspektor Sanitarny w latach 2018–2020	21
■ dr hab. n. med. Ernest Kuchar, Kierownik Kliniki Pediatrii z Oddziałem Obserwacyjnym na Warszawskim Uniwersytecie Medycznym	22
■ Waldemar Kraska, Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia	23
■ prof. dr hab. Miłosz Parczewski, Specjalista w dziedzinie chorób zakaźnych, Kierownik Kliniki PUM na Oddziale Obserwacyjno – Zakaźnym, Chorób Tropikalnych i Nabytych Niedoborów Immunologicznych Szpitala Wojewódzkiego w Szczecinie	23
■ dr Anna Marzec-Bogusławska, Dyrektor Krajowego Centrum ds. AIDS	23
■ dr n. społ. Magdalena Ankiersztejn-Bartczak, Prezes Zarządu Fundacji Edukacji Społecznej	24
■ prof. dr hab. n. med. Marcin Czech, Prezes Polskiego Towarzystwa Farmakoeconomicznego, Kierownik Zakładu Farmakoeconomiki oraz Zespołu ds. Kontroli Zakażeń Szpitalnych w Instytucie Matki i Dziecka w Warszawie, Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia w latach 2017–2019	24
■ prof. dr hab. med. Robert Flisiak, Prezes Polskiego Towarzystwa Epidemiologów i Lekarzy Chorób Zakaźnych; Kierownik Kliniki Chorób Zakaźnych i Hepatologii Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku	25
■ dr n. med. Paweł Grzesiowski, Ekspert Naczelnej Rady Lekarskiej ds. zagrożeń epidemicznych	25
■ dr n. med. Piotr Winciunas, Naczelny Lekarz Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, Generalny Radca Prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej, Zakład Prawa Medycznego i Orzecznictwa Lekarskiego – Szkola Zdrowia Publicznego Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego w Warszawie	26
■ dr hab. inż. Marcin Sieńczyk, Kierownik katedry Chemii Organicznej i Medycznej na Politechnice Wrocławskiej	27
■ Anna Kordecka, Zastępca Dyrektora Wydziału Świadczeń Opieki Zdrowotnej, Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji	27
■ dr n. med. Rafał Staszewski, Zastępca Prezesa ds. finansowania badań w Agencji Badań Medycznych ...	27
WNIOSKI	28
REKOMENDACJE	28



WSTĘP

Małgorzata Bogusz

Prezes Instytutu Rozwoju Spraw Społecznych

W imieniu Instytutu Rozwoju Spraw Społecznych mam zaszczyt i przyjemność serdecznie powitać Państwa na kolejnym już, piątym wydarzeniu z cyklu debat eksperckich pod tytułem „Healthcare Policy Summit”, poświęconych najpilniejszym priorytetom w obszarze ochrony zdrowia. Spotykamy się w gronie tak wybitnych ekspertów, aby rozmawiać na temat **najważniejszych wyzwań, które stoją przed polskim systemem ochrony zdrowia, ale również dotykamy obszarów związanych z funkcjonowaniem systemu ochrony zdrowia z perspektywy Unii Europejskiej**. Reprezentuję Europejski Komitet Ekonomiczno-Społeczny, tj. ciało doradcze UE. Naszym zadaniem jest opiniowanie głównych aktów prawnych, które wytwarzają organy Unii Europejskiej oraz wskazywanie najważniejszych punktów odniesienia ze strony środowisk przedsiębiorców, związków zawodowych oraz społeczeństwa obywatelskiego, czyli NGO zwłaszcza w kontekście chorób zakaźnych.



Mój mandat w Europejskim Komitecie Ekonomiczno-Społecznym przypadł na październik 2020 roku, czyli na czas, kiedy cały świat mierzył się z pandemią COVID-19. Przez pierwsze dwa lata Komitet funkcjonował zdalnie, jednak mimo to nasze aktywności były dynamiczne i przynosiły efekty w postaci różnych opinii, przede wszystkim tych dotyczących ochrony zdrowia. Byłam sprawozdawczynią Europejskiego Planu Walki z Rakiem, gdzie elementy związane z pandemią COVID-19 były z jednymi z najbardziej istotnych i dotyczyły rozwiązań, jak przeciwdziałać kolejnej pandemii lub chorobom nowotworowym, które powstaną w wyniku COVID-19. Dyskutowaliśmy również nt. konsekwencji dotyczących wpływu pandemii na inne obszary ochrony zdrowia, na kwestie związane z chorobami rzadkimi oraz kardiologicznymi, ale również wyzwania związane z kryzysem migracyjnym wynikającym z wojny w Ukrainie, w wyniku której około 10 i pół miliona obywateli ukraińskich przekroczyło polską granicę. Przybycie tak dużej liczby uchodźców stworzyło dodatkowe wyzwania dla polskiej opieki zdrowotnej, tym bardziej, że częstość występowania wielu chorób zakaźnych jest w Ukrainie znacznie wyższa niż krajach Unii Europejskiej. W obliczu tych bezprecedensowych wyzwań potrzebna była również konkretna reakcja ze strony Unii Europejskiej. Na początku jednak trzeba zaznaczyć, że polityka ochrony zdrowia jest domeną poszczególnych państw członkowskich, dlatego też Komisja Europejska oraz inne instytucje miały dosyć ograniczone kompetencje, polegające raczej na koordynacji, niż ogólnym narzucaniu zasad.

Po wybuchu pandemii w marcu 2020 roku unijni przywódcy uzgodnili **cztery priorytety wyznaczające kierunki unijnych działań kryzysowych**. Pierwszym z nich było **ograniczenie ekspansji wirusa**. Kolejne priorytety to **zapewnienie dostępu do sprzętu medycznego, badań nad lekami, szczepionkami oraz wspieranie miejsc pracy oraz gospodarki**. Udało się stworzyć unikalny **mechanizm wspólnych zakupów**, nie istniejącej jeszcze wtedy szczepionki oraz niezbędnych środków ochronnych, w tym maseczek i respiratora. **Uruchomiono także kampanię masowych szczepień, dzięki której w ciągu 18 miesięcy aż 86% dorosłych mieszkańców Unii Europejskiej zostało w pełni zaszczepionych przeciwko COVID-19.**

Dodatkowo, aby jeszcze bardziej **skutecznie zwalczać choroby zakaźne Unia Europejska powołała wyspecjalizowaną agendę Europejskie Centrum ds. Zapobiegania i Kontroli Chorób (ECDC)**. W październiku 2022 r. postowie do Parlamentu Europejskiego zatwierdzili przedłożony mandat ECDC, skutkiem czego otrzymała ona większą rolę we **wspieraniu państw członkowskich w zapobieganiu zagrożeniom wynikającym z chorób zakaźnych i ich kontroli**. Ma to szczególne znaczenie, jeżeli chodzi o kwestie związane z **kryzysem migracyjnym wynikającym z wojny w Ukrainie**. Dyrektorka ECDC Andrea Ramon powiedziała, że przedłużenie mandatu ECDC to znaczący krok w kierunku bardziej bezpiecznej, lepiej przygotowanej i bardziej odpornej Europy. Agencja została obdarzona dużym zaufaniem oraz odpowiedzialnością.

Główne priorytety, które pojawiły się ze strony Komisji Europejskiej w 2020 roku, dotyczyły również **wsparcia i uelastycznienia zasad pomocy publicznej, co mogło umożliwić rządowi bardziej elastyczne działanie w zakresie prewencji**. Najlepszym przykładem takich działań jest stworzony Instrument na rzecz Odbudowy i Zwiększania Odporności (RRF), zwany też Planem Marshalla dla Europy, którego ucieleśnieniem na poziomie poszczególnych krajów, w tym w Polsce jest Krajowy Plan Odbudowy.

Jeden z ojców europejskiej integracji Jean Monnet powiedział kiedyś, że Europa będzie wykuwać się w kryzysach i będzie stanowić sumę rozwiązań przyjętych w ich trakcie. Trudno się z tym nie zgodzić, bo paradoksalnie zarówno **w pandemicznym, jak i kryzysie migracyjnym, Unia Europejska zrobiła bardzo duży krok ku wypracowaniu nowych modeli współpracy, jeszcze bliższy integracji państw członkowskich, jeżeli chodzi o kwestie związane z ochroną zdrowia.**

Oprócz kwestii związanych z adresowaniem problemów wynikających z pandemii COVID-19, w tym czasie powstały bardzo ważne inicjatywy, m.in. **Europejski Plan Walki z Rakiem**, który wytyczył drogę dla poszczególnych państw członkowskich w tym, w jaki sposób mierzyć się z konsekwencjami chorób nowotworowych, w jaki sposób rozwiązywać nierówności w dostępie do leczenia, diagnostyki ww. chorób, ale też w jaki sposób można im zapobiegać. Jednym z elementów podejmowanych w Europejskim Planie Walki z Rakiem były kwestie związane z nierównościami w poszczególnych krajach członkowskich, zwłaszcza Europy Środkowo-Wschodniej pod kątem **przeciwdziałania zakażeniom i zwalczania nowotworów raka szyjki macicy**. Mowa o **szczepieniach i nierównościach w dostępie do szczepień przeciwko HPV**. W 2021 roku, kiedy Europejski Plan Walki z Rakiem zaczynał obowiązywać, Polska była jednym z tych krajów, w których dostęp do szczepień przeciw HPV był uznawany za najniższy. **Obecnie dzięki decyzji Ministerstwa Zdrowia od 1 czerwca 2023 r. dostępny będzie darmowy, powszechny i dobrowolny program szczepień przeciw HPV, zarówno wśród chłopców, jak i dziewczynek, w wieku 12 i 13 lat. Jest to wielkie osiągnięcie.** W tym miejscu chcę podziękować Ministerstwu Zdrowia za podjęcie tej ważnej decyzji.

WPROWADZENIE

dr n. med. Jakub Gierczyński

MBA, Ekspert systemu ochrony zdrowia

Natalia Miller

Dyrektor Instytutu Rozwoju
Spraw Społecznych



Choroby zakaźne stają się jednym z największych wyzwań cywilizacyjnych, poprzez co wymagają priorytetowego traktowania. Najbardziej dramatycznym przykładem wzrostu zagrożenia chorobami zakaźnymi była pandemia COVID-19, która wg. danych Ministerstwa Zdrowia, w okresie 3 lat (od marca 2020 r. do marca 2023 r.) skutkowałą w Polsce ok. 6,5 mln zakażonych osób, z których, aż 119,3 tys. zmarło. Dzięki wykonaniu ok. 58 mln szczepień, dramatyczny trend zgonów został znacząco zahamowany.

Sytuacja epidemiologiczna chorób zakaźnych i pasożytniczych o szczególnym znaczeniu dla zdrowia publicznego jest szczegółowo analizowana. Dane liczbowe o zarejestrowanych zachorowaniach na wszystkie objęte nadzorem w Polsce choroby zakaźne publikowane są regularnie przez Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego-Państwowy Zakład Higieny, z których wynika, że **wzrosła liczba chorych na choroby zakaźne w 2022 r. vs. 2021 r.** na salmonellozy (2022 r. – 8,3 tys. vs. 5,5 tys. chorych w 2021 r.), inne bakteryjne zakażenia jelitowe (23 tys. vs. 11,9 tys.), wirusowe i inne określone zakażenia jelitowe (23,4 tys. vs. 14,4 tys.), gruźlicę (3,7 tys. vs. 3,4 tys.), kiłę (1,1 tys. vs. 0,7 tys.), chlamydiaza (0,3 tys. vs. 0,2 tys.), wirusowe zapalenie wątroby typu A (1,5 tys. vs. 1,0 tys.), wirusowe zapalenie wątroby typu B (1,5 tys. vs. 1,0 tys.), wirusowe zapalenie wątroby typu C (1,2 tys. vs. 0,9 tys.), nowo wykryte zakażenia HIV (1,0 tys. vs. 0,9 tys.), chorobę wywołaną przez Streptococcus pneumoniae (0,9 tys. vs. 0,6 tys.). **Liczba chorych na choroby zakaźne w 2022 r. vs. 2021 r. zmalała** w przypadku ospy wietrznej (57,7 tys. vs. 71,6 tys.) oraz grypy i podejrzeń zachorowań na grypę (2,9 mln vs. 3,1 mln).

Leczenie antyretrowiralne (ARV) osób zakażonych HIV i chorych na AIDS prowadzone jest od 2001 r. w ramach krajowego programu polityki zdrowotnej pt. **Leczenie antyretrowirusowe osób żyjących z wirusem HIV w Polsce** przekłada się na sprawną diagnostykę w sieci punktów konsultacyjno-diagnostycznych oraz skuteczne leczenie ok. 18,6 tys. chorych żyjących z wirusem HIV. HCV (Hepatitis C Virus), czyli wirus wywołujący zapalenie wątroby typu C (WZW typu C) to ciągle jedna z najniebezpieczniejszych chorób zakaźnych XXI wieku. Ze względu na brak możliwości zapobiegania chorobie na drodze szczepień (nie została jeszcze wynaleziona szczepionka na HCV) oraz poważne konsekwencje długoletniego zakażenia (marskość wątroby, rak wątrobowokomórkowy), **WZW typu C stanowi poważne wyzwanie dla zdrowia publicznego i jedyną metodą zapobiegania rozprzestrzenianiu się wirusa jest diagnostyka oraz leczenie.** WZW typu C do 2015 roku w większości przypadków stanowiło wyrok dla pacjentów. Brak świadomości choroby, szczepionek a przede wszystkim brak refundacji skutecznych metod leczenia przez wiele lat powodowały, że pacjenci zapadali na marskość wątroby oraz raka wątrobowokomórkowego, co prowadziło ich do śmierci. **Dzięki refundacji nowoczesnych terapii pangenotypowych przez ostatnie 7 lat wyleczono prawie 30 tysięcy pacjentów, a poprzez to zlikwidowana najważniejsze ogniska wirusa.** Leczenie pangenotypowe jest krótkie (8-12 tygodni) i skuteczne w ok. 100%. Terapia w tabletkach ma łatwy schemat podawania, więc leczenie odbywa się w domu. Terapie charakteryzują się bardzo dobrym profilem bezpieczeństwa, przez co diagnostyka i monitorowanie pacjenta nie jest długotrwałe i kosztowne. Dlatego też, terapie pangenotypowe są wysoko efektywne kosztowo. Problem HCV nie został jednak rozwiązany do końca. **Do realizacji celu, jaki przed państwami postawiła WHO, czyli eliminację wirusa do 2030 roku, potrzebna jest niezbędna diagnostyka.** Powinien to być screening grup ryzyka, dzięki którym po kolei, krok po korku osiągnięty zostanie screening populacyjny i dzięki terapii eradykacja wirusa z populacji. Bardzo dobrym rozwiązaniem było wprowadzenie do budżetu powierzonego POZ badań anty HCV, ale nie jest on realizowany. Lekarze POZ obawiają się, że testując zbyt dużą liczbę pacjentów, nie otrzymają zapłaty z NFZ. Dlatego też **budżet powierzony na badania HCV powinien być zwiększony.**

W chorobach zakaźnych kluczową rolę odgrywa szybka diagnostyka. W zakresie zakaźnych chorób układu oddechowego rośnie rola nowych technologii molekularnych w nadzorze epidemiologicznym oraz ich wpływ na usprawnienie diagnostyki zakaźnych chorób oddechowych. Podkreślana jest **rola szybkiej diagnostyki prowadzonej w systemie Point-Of-Care w decentralizacji testowania w kierunku chorób oddechowych, która jest efektywną klinicznie i ekonomicznie alternatywą dla testów PCR. Stosowanie**

szybkiej diagnostyki molekularnej oraz kasetkowej jest skutecznym sposobem radzenia sobie z rosnącym problemem antybiotykooporności, szczególnie w populacji pediatrycznej. Wykorzystanie szybkiej diagnostyki molekularnej oraz kasetkowej do różnicowania chorób zakaźnych na przykładzie COVID oraz grypy (ID NOW/Panbio Flu/COVID combo) warunkuje skuteczne leczenie i nadzór nad pacjentem możliwy po skutecznej diagnozie. Stwierdzono udowodniony wpływ szybkiej diagnostyki molekularnej oraz testów kasetkowych na obniżenie wydatków płatnika publicznego oraz ograniczenie kosztów bezpośrednich i pośrednich powszechnie występujących chorób zakaźnych. Kryzys migracyjny wzmocnił miejsce szybkiej i skutecznej diagnostyki w ograniczeniu rozprzestrzeniania się takich chorób, jak HIV i HCV. Kasetkowe testy do samokontroli HIV są bardzo ważnym narzędziem, wobec obecnych zagrożeń spowodowanych rosnącą liczbą przypadków zakażeń HIV. Rosnie również rola i znaczenie programów screeningowych, z wykorzystaniem szybkich testów kasetkowych, w celu diagnostyki chorób zakaźnych, takich jak HCV i HBV. Szybka diagnostyka kasetkowa i wczesne wdrożenie leczenia HIV i HCV jest kluczowe z perspektywy chorych oraz społeczeństwa.

Szczepienia chronią ludzi przed poważnymi i zagrażającymi życiu chorobami zakaźnymi, takimi jak: grypa, błonica, tężec, krztusiec, odra, świnka, różyczka, choroba meningokokowa, inwazyjna choroba pneumokokowa i poliomyelitis. Program Szczepień Ochronnych (PSO), jest opracowywany każdego roku przez Główny Inspektorat Sanitarny. Zawiera wykaz obowiązkowych i zalecanych szczepień oraz zasady ich przeprowadzania. Wysoki poziom zaszczepienia umożliwia osiągnięcie odporności populacyjnej, co pozwala wzmocnić bezpieczeństwo epidemiologiczne. W ostatnich latach obserwowany jest jednak spadek liczby dzieci otrzymujących szczepienia ochronne przeciw chorobom ujętym w kalendarzu szczepień obowiązkowych, takim jak odra, różyczka i świnka. Niestety, pomimo dostępnych szczepionek, na grypę szczepi się co roku tylko ok. 5% populacji Polski (ok. 1,6 mln Polaków), w tym tylko 10% osób w grupie wieku powyżej 65 lat (średnia dla krajów OECD w tej grupie wiekowej wynosi ok. 40%), które są najbardziej narażone na powikłania, hospitalizacje i zgon, których może być ok. kilkuset rocznie. European Centre for Disease Prevention and Control informuje, że wg. stanu na marzec 2023 r., szczepienie pełne przeciwko COVID-19 wykonało 60% populacji Polski vs. 73% populacji EU/EFTA, szczepienie przypominające (pierwszym boosterem) wykonało 33% populacji Polski vs. 55% populacji EU/EFTA, a szczepienie przypominające drugim boosterem wykonało 8% populacji Polski vs. 14% populacji EU/EFTA. Pokazuje to jak ważne jest promowanie idei szczepień ochronnych przez całe życie człowieka. Należy rozszerzyć program szczepień ochronnych o dobrowolne i darmowe szczepienia w cyklu całego życia, obejmując nimi osoby dorosłe. **Od 1 czerwca 2023 r. w Polsce rozpoczyna się program powszechnych, dobrowolnych i bezpłatnych szczepień przeciwko wirusowi HPV dzieci w wieku 12 i 13 lat.**

W Polsce ok. 5% pacjentów hospitalizowanych ulega zakażeniom szpitalnym, daje to roczną liczbę zakażeń szpitalnych na poziomie ok. 400 tys. Zakażenia szpitalne powodują powikłania prowadzące często do niepełnosprawności, są przyczyną wydłużenia pobytu w szpitalu i zwiększają koszty świadczonych usług. **Efektywne systemy kontroli zakażeń** mogą zmniejszać ryzyko ich wystąpienia od 55% do 70%. **Antybiotykooporność jest coraz częstszym i coraz bardziej odczuwalnym zagrożeniem dla pacjentów**, a zakres tego zjawiska spowodował, że jest jednym z podstawowych niebezpieczeństw dla zdrowia publicznego na całym świecie. Opcje terapeutyczne ulegają wyczerpaniu, wzrasta śmiertelność z powodu zakażeń wywołanych przez oporne drobnoustroje. W tym kontekście kluczowe jest: rozpowszechnianie i zwiększenie wiedzy nt. antybiotykooporności; wspieranie i gromadzenie odpowiedniej wiedzy i danych poprzez odpowiednie systemy monitorowania i badań; ograniczanie liczby i zapobieganie zakażeniom poprzez odpowiednie procedury sanitarne, higieniczne i profilaktyczne; racjonalizacja stosowania antybiotyków w medycynie i weterynarii; stworzenie odpowiednich zasobów sprzyjających inwestycjom uwzględniającym potrzeby wszystkich krajów w zakresie opracowywania nowych leków, narzędzi diagnostycznych, szczepień i innych.

Bardzo istotnym aspektem chorób zakaźnych jest ich wpływ na życie społeczne i ekonomię. Poprzez skalę zakażeń przekładająca się na epidemię (np. grypa) lub pandemię (np. COVID-19) choroby zakaźne paraliżują funkcjonowanie krajów, wpływając na wszystkie sektory życia społecznego i gospodarczego. Tak naprawdę trudno oszacować całkowite koszty bezpośrednie i pośrednie poszczególnych chorób zakaźnych. Wg. estymacji coroczne epidemie grypy mogą przekładać się w Polsce na miliard złotych strat, a pandemia COVID-19 na setki miliardów lub biliony złotych. Tylko w 2021 r. z powodu pandemii COVID-19 działalność zawiesiło ok. 300 tys. polskich przedsiębiorstw, wzrosła inflacja i spadł Produkt Krajowy Brutto. Do tego dochodzą niepoliczalne straty w postaci zgonów, cierpienia, długu zdrowotnego, zaburzeń psychicznych oraz wielomiesięcznej izolacji obywateli, która przekłada się na brak dostępu do edukacji dzieci i młodzieży i kontaktów międzyludzkich warunkujących normalny rozwój psychologiczny. Do tego dochodzi bardzo ważny aspekt odpowiedzialności za swoje zdrowie oraz zdrowie innych, wyrażony poprzez respektowanie zasad epidemiologicznych (maseczki, dystans), czy zaszczepienie się.

Właśnie poprzez wielowymiarowe aspekty społeczne **choroby zakaźne są traktowane priorytetowo w Polsce**, zgodnie artykułem 68 Konstytucji RP (Pkt. 4. Władze publiczne są obowiązane do zwalczania chorób epidemicznych) oraz Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z 2018 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych (Pkt 6. Zwiększenie skuteczności zapobiegania chorobom zakaźnym i zakażeniom, w tym przeciwdziałanie skutkom nieprawidłowej antybiotykoterapii) Specjalizacja z zakresu chorób zakaźnych znalazła się na opublikowanej pod koniec grudnia 2022 r. liście **priorytetowych dziedzin medycyny**.

Pandemia COVID-19 dowiodła, że współpraca krajów Unii Europejskiej ma pierwszorzędne znaczenie dla ochrony ludzkiego zdrowia. Zarówno w czasie pandemii, jak również w okresach, kiedy nie zmagamy się z sytuacjami kryzysowymi i możemy zająć się podstawowymi kwestiami związanymi z opieką zdrowotną, inwestować w solidne systemy opieki i szkolić pracowników służby zdrowia. **Europejska Unia Zdrowotna** ma na celu ochronę zdrowia Europejczyków oraz wspólne reagowanie na międzynarodowe kryzysy zdrowotne. Najważniejsze inicjatywy Unii Europejskiej w zakresie chorób zakaźnych (i nie tylko) to: gotowość na wypadek sytuacji kryzysowej; rozporządzenie w sprawie poważnych transgranicznych zagrożeń zdrowia, przyjęte przez Radę 24 października 2022 r.; nowe kompetencje Europejskiego Centrum ds. Zapobiegania i Kontroli Chorób (ECCD) i Europejskiej Agencji Leków (EMA) oraz Urząd ds. Gotowości i Reagowania na Stany Zagrożenia Zdrowia (HERA). **Gotowość na wypadek sytuacji kryzysowej**, to solidne ramy prawne mające na celu poprawę zdolności UE w kluczowych obszarach zapobiegania, gotowości, nadzoru, oceny ryzyka, wczesnego ostrzegania i reagowania. **Udoskonalone Europejskie Centrum ds. Zapobiegania i Kontroli Chorób (ECCE)** nie tylko będzie wydawało zalecenia dla państw członkowskich dotyczące gotowości na wypadek zagrożeń dla zdrowia, ale będzie również gospodarzem nowej sieci laboratoriów referencyjnych UE ds. doskonałości oraz utworzy unijną grupę zadaniową ds. szybkich interwencji w dziedzinie zdrowia w przypadku epidemii choroby. **Rozporządzenie w sprawie poważnych transgranicznych zagrożeń zdrowia**, przyjęte przez Radę 24 października 2022 r., gwarantuje UE planowanie gotowości i bardziej zintegrowany system nadzoru; poprawę zdolności w zakresie dokładnej oceny ryzyka i ukierunkowanego reagowania; solidny mechanizm wspólnych zamówień medycznych środków przeciwdziałania oraz możliwość przyjęcia wspólnych środków na poziomie UE w celu przeciwdziałania transgranicznym zagrożeniom zdrowia w przyszłości. Powołany przez Komisję **Urząd ds. Gotowości i Reagowania na Stany Zagrożenia Zdrowia (HERA)** zajmuje się opracowywaniem, produkowaniem i kupowaniem medycznych środków przeciwdziałania na wypadek kryzysów zdrowotnych oraz w ich trakcie. Cele urzędu HERA to lepsza koordynacja bezpieczeństwa zdrowotnego w UE przed kryzysem i w jego trakcie; współpraca państw członkowskich z przemysłem i zainteresowanymi stronami; opracowanie, produkcja, zakup, magazynowanie i sprawiedliwa dystrybucja medycznych środków przeciwdziałania oraz wzmocnienie globalnych struktur reagowania kryzysowego w sytuacjach zagrożenia zdrowia. Do tego należy dodać inicjatywę pt. **Europejska przestrzeń danych dotyczących zdrowia**, która jest jednym z głównych elementów Europejskiej Unii Zdrowotnej i kamieniem milowym w transformacji cyfrowej UE. Ma ona na celu poprawę świadczenia opieki zdrowotnej w całej wspólnotie europejskiej przez umożliwienie Europejczykom kontroli nad ich danymi dotyczącymi zdrowia w kraju pochodzenia lub w innych krajach Unii. **W 2022 r. Komisja opublikowała swoje pierwsze sprawozdanie dotyczące stanu gotowości w zakresie zdrowia.** W sprawozdaniu zwrócono uwagę na postępy poczynione w zakresie reagowania od początku pandemii COVID-19. Zidentyfikowano również nowe wyzwania stojące przed organami ds. zdrowia publicznego i nakreślono konkretne działania, które Komisja podejmie, aby im sprostać. Należą do nich: rozwój medycznych środków zaradczych; ocena zagrożeń i zbieranie danych wywiadowczych; odporne łańcuchy dostaw i moce produkcyjne oraz międzynarodowa koordynacja i współpraca. Opublikowana strategia pt. **„Globalna strategia zdrowotna Unii Europejskiej 2022–2030”** stanowi ramy dla polityki zdrowotnej Unii do 2030 r. pozycjonując zdrowie jako filar polityki zewnętrznej UE, sektor krytyczny pod względem geopolitycznym i kluczowy dla strategicznej autonomii UE. Strategia ma ukierunkować działania UE tak, by zapewnić jej uzyskanie gotowości na potencjalne zagrożenia i umożliwić odpowiednie tempo reagowania. W strategii przedstawiono trzy, wzajemnie powiązane priorytety: podniesienie zdrowia i dobrostanu obywateli na przestrzeni całego życia; wzmocnienie systemów i zapewnienie powszechnego dostępu do opieki zdrowotnej oraz zapobieganie i zwalczanie zagrożeń dla zdrowia, w tym pandemii, przy zastosowaniu podejścia „Jedno zdrowie”. Celem strategii jest **ochrona obywateli przed zagrożeniami bezpieczeństwa zdrowotnego, takimi jak zagrożenia biologiczne (pandemia, antybiotykooporność).** Działania mające przeciwdziałać tym zagrożeniom, to: bardziej sprawiedliwy **dostęp do szczepionek i terapii medycznych** poprzez wzmocnienie lokalnych systemów farmaceutycznych i zdolności produkcyjnych; wiążące, **międzynarodowe zasady postępowania** w przypadku wybuchu ognisk pandemii; silniejszy nadzór nad badaniami i większe zaangażowanie w **wykrywanie patogenów** podejście, które uwzględni wszystkie powiązania między środowiskiem, zdrowiem zwierząt i roślin, a zdrowiem ludzi („podejście jednego zdrowia”). Strategia zakłada również wsparcie globalnego zarządzania kwestiami zdrowia przez **wzmocnienie, w tym finansowe** Światowej Organizacji Zdrowia, pogłębienie współpracy z G7, G20 oraz z innymi partnerami globalnymi i regionalnymi.

ROUNDTABLE I

Choroby zakaźne a zdrowie publiczne. Jak zapewnić skuteczną diagnostykę?

Wykład wprowadzający

prof. dr hab. n. med. Barbara Bożena Dołęgowska

Konsultant krajowa w dziedzinie diagnostyki laboratoryjnej,
Kierownik Katedry Mikrobiologii, Immunologii i Medycyny Laboratoryjnej
Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie

Skuteczna diagnostyka to diagnostyka mikrobiologiczna, czyli laboratoria mikrobiologiczne, ale nie tylko. Zajmują się one głównie diagnostyką, bakteriologiczną i mykologiczną, w odniesieniu do grzybic układucych. **W stosunkowo niewielu laboratoriach mikrobiologicznych istnieje możliwość wykonywania rutynowych badań w kierunku rozpoznania chorób wirusologicznych.** W większości przypadków są to badania immunochemiczne, które ze względu na ich realizację przy użyciu analizatorów, znajdujących się najczęściej w laboratoriach ogólnych, są możliwe do wykonania w ramach w linii diagnostycznych. Niemniej jednak diagnostyka mikrobiologiczna, tj. diagnozowanie zakażeń wywołanych różnymi drobnoustrojami, bakteriami, wirusami, grzybami i pierwotniakami, a także uczestniczenie w rozwiązywaniu wielu problemów, zarówno terapeutycznych, jak i epidemiologicznych, to jest to, co stanowi wyzwanie dla szeroko pojętej diagnostyki laboratoryjnej. **Identyfikacja czynnika zakaźnego, jego wyizolowanie, ocena wrażliwości na antybiotyki w przypadku bakterii oraz ocena mechanizmów lekooporności to obowiązujące procedury w laboratoriach mikrobiologicznych.** Wykonywane są różnego rodzaju testy, które pozwalają na szybkie wykrycie antygenów drobnoustrojów. To znacznie przyspiesza diagnostykę. Obecnie laboratoria mikrobiologiczne wyglądają zupełnie inaczej, niż kilkanaście lat temu. Poza metodami klasycznymi, które zarówno w formie manualnej, jak i zautomatyzowanej są znaczącą częścią diagnostyki mikrobiologicznej, laboratoria, które obsługują duże szpitale, szpitale wojewódzkie czy kliniczne są wyposażone w nowoczesne analizatory, spektrometry mas pozwalające na wykonanie badań genetycznych czy molekularnych. **Metody immunologiczne najczęściej są realizowane w laboratoriach ogólnych,** co pozwala na wykonanie badań mikrobiologicznych jednocześnie z tej samej próbki materiału pobranego od pacjenta jednocześnie z badaniami np. biochemicznymi, co znacznie skraca diagnozowanie. Laboratoria mikrobiologiczne to kilka typów laboratoriów. **Funkcjonują one na ogół w laboratoriach szpitalnych.** Obsługują zarówno pacjentów w szpitalu jednym bądź większej liczbie, w zależności od liczby łóżek, często także pacjentów ambulatoryjnych, którzy są leczeni w przychodniach przyszpitalnych.

Druga kategoria to **laboratoria szerokoprofilowe** są to zdecydowanie większe zespoły szpitalne, zespoły szpitali klinicznych oraz duże szpitale wojewódzkie. **To najczęściej samodzielne pracownie mikrobiologiczne, samodzielne laboratoria mikrobiologiczne lub pracownie, które są połączone w duże struktury zakładu diagnostyki laboratoryjnej.** Funkcjonują również laboratoria oraz pracownie referencyjne oraz punkty konsultacyjne w przypadku problemów z identyfikacją drobnoustrojów w celu potwierdzenia rozpoznania oraz potwierdzenia mechanizmów lekooporności. To miejsca, do których zwracają się pracownicy i diagności z laboratoriów szpitalnych. Są to głównie pracownie w laboratoriach wieloprofilowych, jednostkach, naukowo-badawczych, uczelniach medycznych oraz w instytutach PAN. Diagnostyka mikrobiologiczna to także wąsko specjalizujące się laboratoria, które realizują badania dla pacjentów w konkretnych jednostkach ochrony zdrowia, zajmują się diagnostyką gruźlicy, grzybic skóry czy diagnostyki chorób przenoszonych drogą płciową.

Bardzo istotną kwestią związaną ze skuteczną diagnostyką laboratoryjną jest jakość badań laboratoryjnych, także mikrobiologicznych. Jest to wymóg procedury, które diagności posługują się podczas swojej pracy. To procedury, które są stworzone i realizowane na podstawie wytycznych m.in. rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie standardów jakości dla laboratoriów mikrobiologicznych i diagnostycznych. Obecnie ww. rozporządzenie zostało rozszerzone już na wszystkie, rodzaje laboratoriów diagnostycznych. Ważna jest też aktualizacja procedur obowiązujących w laboratoriach na podstawie bieżących rekomendacji i diagnostyki zakażeń, które powstają w zespołach ekspertów oraz przez towarzystwa naukowe. Jakość to również kontrole wewnątrz laboratoryjne, które są realizowane w każdym laboratorium diagnostycznym, także

mikrobiologicznym oraz kontrole zewnętrzne, które odbywają się pod nadzorem Centralnego Ośrodka Badań i Jakości w Diagnostyce Mikrobiologicznej. Diagnostyka zakażeń, to diagnostyka, którą realizują diagności pracujący w laboratoriach mikrobiologicznych, ale **w znacznej części diagnostyka wirusologiczna opiera się o metody immunochemiczne, a także molekularne, które są dostępne i wykorzystywane w laboratoriach ogólnych.** Często są to badania przesiewowe, które w przypadku wyniku dodatniego wymagają przekazania materiału biologicznego do laboratorium referencyjnego w celu potwierdzenia wyniku, względnie jego zmiany. Badanie to wykonywane jest metodami molekularnym. **Badania molekularne są niezbędne i ważne dla prawidłowego rozpoznania czynnika infekcyjnego** a także dalszego procedowania oraz określenia jego charakterystyki. Są one dostępne w wielu, szczególnie tych dużych, wysoko specjalistycznych laboratoriach ogólnych oraz mikrobiologicznych. **Laboratoria ogólne przygotowane są na wsparcie laboratoriów mikrobiologicznych w diagnostyce chorób zakaźnych.** Jeśli chodzi o diagnostykę wirusologiczną, szczególnie o zakażenia pierwotniakami, istnieje szereg możliwości metodycznych w celu realizacji tych infekcji, również w zakresie badań molekularnych. **W Polsce mamy około sześciuset laboratoriów mikrobiologicznych oraz kilka tysięcy laboratoriów o profilu ogólnym.** Diagnostyka laboratoryjna jest gotowa na wykonywanie badań mikrobiologicznych. Badania laboratoryjne są wykonywane na zlecenie lekarza, który zajmuje się pacjentem lub na zlecenie samego pacjenta. Metody, którymi dysponujemy są adekwatne warto się jednak zastanowić, czy czy potencjał zawarty zarówno w wyposażeniu, jak i w personelu laboratoriów, będzie wykorzystywany.

Wykład wprowadzający

prof. dr hab. n. med. Andrzej Horban

Konsultant krajowy w dziedzinie chorób zakaźnych, Kierownik Kliniki Chorób Zakaźnych dla Dorosłych Wydziału Lekarskiego Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

Mamy klasyczne choroby zakaźne. Jeśli pacjent choruje na dur brzuszny, to się go rozpoznaje na podstawie objawów klinicznych i nie trzeba wykonywać różnych badań, które do niczego nie prowadzą. Należy zebrać wywiad epidemiologiczny, zrobić badanie podmiotowe, najlepiej badanie przedmiotowe. Często lekarze nie zlecają badań. Konieczne jest ustalenie nazwy choroby czy bakterii. Czekanie na wyniki badań jest niestychanie szkodliwe dla pacjenta. Potrzebne jest monitorowanie stanu chorego. **Dobra diagnostyka laboratoryjna powinna być zorganizowana jak najbliżej łóżka pacjenta.**



Epidemie dzielą się na: epidemie, duże epidemie, epidemie nadzwyczajne i katastrofalne. **Fakt, że będą kolejne epidemie jest oczywisty. Należy stworzyć taki system ochrony zdrowia, który będzie działał, zarówno w warunkach epidemii, jak i w okresie wolnym od infekcji.** Wiadomo, że liczba lekarzy jest zdecydowanie za mała, co stanowi problem. Jednakże istnieje również kwestia szkolenia lekarzy pierwszego kontaktu. Jeśli stworzymy model lekarza medycyny rodzinnej, który ma zajmować się pediatrią, ginekologią i geriatrią, to nie będzie w stanie dobrze wykonywać swojej pracy. Dlaczego więc płacić za coś, co nie przyniesie żadnych korzyści? Dlaczego nie możemy wykorzystać systemu ubezpieczeń społecznych, w którym firmy komercyjne wymagają od swoich pracowników przebadania i ustawienia do odpowiedniej grupy dyspanseryjnej, aby skutecznie leczyć 80% podstawowych chorób? Nasz system kształcenia lekarzy został postawiony na głowie, ponieważ ktoś wpadł na pomysł, aby szkolić lekarzy wąsko specjalizujących się przez pięć lat. Trzeba tutaj powrócić do roli lekarzy ogólnych praktykujących. Lekarz z dziedziny interny, pediatrii czy chirurgii, powinien być wystarczająco wykształcony, by poradzić sobie z każdym pacjentem. Jeśli jednak pojawiają się wątpliwości, lekarz powinien skierować pacjenta do specjalisty. Nie ma potrzeby tworzenia specjalistów w dziedzinie hipertensjologii, czy endokrynologii itd.

W przypadku COVID-19 choroby współistniejące nie są przeciwwskazaniem, lecz wręcz odwrotnie – wskazaniem do szczepień przeciwko COVID-19. Wykazano też, że trzecia dawka szczepionki istotnie zwiększa odporność przeciwko wirusowi SARS-CoV-2, zapewniając lepszą ochronę. Wykazały to badania sfinansowane przez Agencję Badań Medycznych. W jednym z nich analizowano śmiertelność w grupie 1 975 pacjentów z 2 138 hospitalizowanych z powodu COVID – 19 (1 131 mężczyzn i 844 kobiety) w Wojewódzkim Szpitalu Zakaźnym w Warszawie. Mediana wieku pacjentów wyniosła 63 lata, IQR: 50-74. 202 (10.22%) pacjentów zmarło podczas hospitalizacji, wypisano 1 773. Z powodu braku 26,03% danych z badania wykluczono zmienną: % zajęcia tkanki płucnej w HRCT. Z analiz wynika, że śmiertelność wśród objętych badaniami pacjentów warszawskiego Szpitala Zakaźnego z chorobą COVID-19 średnio wynosiła 12,1 %. Była ona jednak zdecydowanie większa wśród pacjentów z chorobami współistniejącymi. Wykazano, że zespół otępienny zwiększał ryzyko zgonu ponad pięciokrotnie, udar mózgu i niewydolność serca – ponad czterokrotnie, zaburzenia rytmu serca, zawał serca i cukrzyca (z powikłaniami) – ponad trzykrotnie. Inne choroby, takie jak choroba naczyń obwodowych, leczenie immunosupresyjne, choroba nowotworowa (guz łity bez przerzutów) oraz nadciśnienie tętnicze dwukrotnie zwiększyły ryzyko zgonu na skutek rozwinięcia się COVID-19. Nadciśnienie tętnicze powoduje uszkodzenie naczyń krwionośnych, zwłaszcza tych drobnych. Fenomenem takiej choroby jak COVID-19 jest to, że powodujący ją wirus rozwija się w komórkach śródbłonna wyściełającego wszystkie naczynia krwionośne. A gdy śródbłonek ten jest już uszkodzony przez chorobę, w tym wypadku – nadciśnienie, to zakażenie powoduje nasilenie tych niekorzystnych zmian. Podobnie jest w przypadku cukrzycy, w której nadmiar glukozy we krwi również uszkadza śródbłonek naczyń. W ocenie zespołu badawczego osoby z wymienionymi powyżej chorobami stanowią grupę wysokiego ryzyka zgonu w przebiegu COVID-19, a co za tym idzie powinny być dotożone wszelkie starania w celu podania wszystkich należnych dawek szczepienia przeciw COVID-19. Wyniki badań pokazują, że trzecia dawka szczepionki znakomicie zwiększa odsetek osób z bardzo wysokim poziomem przeciwciał S-RBD przeciw SARS Cov-2, co wskazuje na większą ochronę przed zachorowaniem i ciężkim przebiegiem COVID-19. Drugie badanie prowadzone jest w ramach trwającego wciąż projektu „Ocena skuteczności i bezpieczeństwa szczepienia przeciw SARS-CoV-2 wśród pracowników ochrony zdrowia”. Objęto nim grupę 110 osób.

Rekomendowana jest zmiana modelu opieki zdrowotnej w zakresie diagnostyki i leczenia chorób zakaźnych w Polsce. Mówiąc o systemie szpitalnym, należy zauważyć, że w Polsce mamy ok. 200 tys. łóżek szpitalnych, a tylko 20 tys. z nich jest wyposażonych w instalację tlenową. Oznacza to, że większość łóżek szpitalnych to łóżka sanatoryjne. Istnieje sieć szpitali, ale niestety nie funkcjonuje ona właściwie. W latach 70-tych Edward Gierek wprowadził reformę wzorowaną na systemie francuskim, zakładając w każdym z 49 województw Szpital Wojewódzki, który miał zajmować się kompleksową opieką medyczną. Dzięki temu mieliśmy wtedy możliwość posiadania 50 lub 100 nowoczesnych tomografów lub PET, a szpitale znajdowały się w odległości 50 km od siebie, co ułatwiało transport chorych w razie potrzeby. Niestety, obecnie system szpitali rejonowych i powiatowych jest w rozsypce, a większość z nich nie spełnia swojego zadania, nawet jeśli chodzi o obsługę pacjentów w normalnych okolicznościach. Szpitale są przygotowane na hospitalizowanie osób z tzw. chorobami zakaźnymi przenoszonymi drogą kropelkową. Przykładowo, wirus Ebola stawia przed nami zupełnie nowe wyzwania i konieczność dostosowania naszej infrastruktury do innych dróg przenoszenia, z którymi do tej pory nie mieliśmy do czynienia. Obecny kierunek reformy systemu ochrony zdrowia, jak wskazuje większość raportów, to tzw. „resilience system”. Są to takie **systemy, które są wydolne, gdzie infrastruktura, model opieki i kadry (medyczne i pomocnicze) są w stanie lepiej zabezpieczyć społeczeństwo w sytuacjach pandemii.**

Waldemar Kraska

Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia

Od początku pandemii COVID-19 mierzyliśmy się z dostępnością testów, ile i komu ich powinniśmy wykonywać. Szeroka diagnostyka w procesie pandemii jest bardzo ważna. W procesie leczenia powinien być łatwy dostęp do testów chorób oddechowych oraz zakaźnych – HCV, HIV, które są refundowane. Jest to dodatkowe narzędzie dla lekarza, aby rozpoznać daną jednostkę chorobową, szczególnie teraz w okresie, kiedy jest dużo infekcji. **Testy diagnostyczne, które obecnie są dostępne sprawdzają się i są coraz bardziej dokładne.** Pacjenci wielokrotnie korzystają z testów, które są dostępne w aptekach. Samo wykonanie testu nie znaczy, że wynik jest adekwatny, bo czasem pobranie materiału jest bardzo ważne, co też jest nie takie proste. Myślę, że **obecnie diagnostyka jest na tyle dostępna i wystarczająca, aby walczyć z pandemią.**



Należy przesunąć leczenie pacjenta z poradni specjalistycznej do POZ. Nie w każdym przypadku pacjent musi być wysyłany do poradni. Wielokrotnie lekarz POZ, mając narzędzia diagnostyczne może tego chorego prowadzić. Obecnie przesuwamy budżet na poszerzoną diagnostykę w POZ. Inną kwestią jest interpretacja ww. badań, dlatego też konsultanci poszczególnych dziedzin opracowują **wytyczne**, w jaki sposób lekarz rodzinny ma interpretować ww. badania i zasięgać informacji specjalisty.

Maciej Miłkowski

Podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia

W przypadku chorób zakaźnych trzeba dokładnie analizować zasadność finansowania terapii. Ze strony POZ nie było uwag, iż **budżet przeznaczony na testowanie w kierunku HCV jest niewystarczający.** Decyzja kierunkowa w sprawie wykonywania testów w kierunku HIV w POZ została podjęta, ostatecznie to rozwiązanie nie jest jeszcze wprowadzone, ale zawsze będziemy się starali iść w tym kierunku. Do tej pory zawsze byliśmy blokowani przez konieczność renegotiacji stawki kapitałowej do każdego badania. **Jeśli coraz więcej będziemy rozszerzać ilość badań, to oczywiście ten budżet będzie wzrastał.** To dla nas bardzo istotne, aby pacjent nie błądził po systemie oraz nie był diagnozowany na wyższych poziomach referencyjnych.



dr Anna Marzec-Bogustawska

Dyrektor Krajowego Centrum ds. AIDS

W Polsce od końca lat 90. działa systematycznie rozwijana sieć punktów konsultacyjno-diagnostycznych, w których bezpłatnie, anonimowo i bez skierowania można wykonać test w kierunku HIV. Wspomniane punkty stanowią piękny przykład współpracy pomiędzy stroną rządową a organizacjami pozarządowymi, prowadzone są według określonych, jednolitych standardów. Działalność punktów jest skierowana do określonej populacji, do osób, które charakteryzują się najwyższym poziomem ryzykownych zachowań. Przed pandemią liczba osób, które je odwiedzały systematycznie wzrastała, dochodząc do 42 tysięcy rocznie. Niestety okres lock down spowodował obniżenie liczby pacjentów, jednak powoli wraca już ona do poziomu sprzed pandemii. Liczba zakażeń HIV wykrytych w punktach oscyluje wokół 500 rocznie. Działalność tych punktów jest możliwa dzięki finansowaniu przez Ministra Zdrowia. W ubiegłym roku Minister alokował dodatkowe środki w związku z napływem uchodźców. **Od zeszłego roku właśnie dzięki tym środkom istnieje możliwość wykonania w PKD także testów w kierunku HCV i kiły.** Naszym celem było poszerzenie oferty testowania w punktach konsultacyjnych i diagnostycznych. Bardzo liczymy na zacieśnienie współpracy z Centralnym Zarządem Służby Więziennej, ponieważ Minister Zdrowia przyjął moduł Programu leczenia, w którym jest również część poświęcona testowaniu w kierunku HCV. Pracujemy nad tym, żeby ten program zaczął funkcjonować.



Arkadiusz Grądkowski

Prezes Ogólnopolskiej Izby Gospodarczej
Wyrobów Medycznych POLMED

Działania ministerstwa są bezsprzecznie dobre i bardzo zauważalne przez wszystkich pacjentów oraz przez branżę. **Mamy bardzo duży rozwój technologii. Przykładem jest diagnostyka molekularna, gdzie możemy wykonywać badania w gabinecie lekarskim na takim poziomie, jak badania wykonywane w laboratorium.** Odnosnie COVID-19, jako państwo nie finansujemy testów PCR, natomiast finansujemy testy antygenowe. Czy pokrywają one różne rodzaje choroby? Posiadamy bardzo jakościowe produkty, które dają dobre wyniki, potwierdzone w badaniach klinicznych.



prof. dr hab. med. Robert Flisiak

Prezes Polskiego Towarzystwa Epidemiologów i Lekarzy
Chorób Zakaźnych; Kierownik Kliniki Chorób Zakaźnych
i Hepatologii Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

Obecnie możemy się cieszyć, że pandemia nam się cofa, ale pamiętajmy, że za kilka lat pandemia wróci. W 2022 r. przeznaczono 230 milionów złotych na testy combo o niepotwierdzonej wartości, niezbadane pod względem czułości oraz swoistości. Zwracam uwagę, że warto zastanowić się nad wydatkowaniem tych pieniędzy na inne cele. **W przypadku HCV, aby przetestować 3 miliony osób rocznie i dzięki temu wyleczyć 13 tysięcy pacjentów potrzebujemy 30 milionów zł. rocznie na finansowanie takiego programu przesiewowego. Jeżeli wydalibyśmy te pieniądze w siedem lat, wtedy pozbylibyśmy się mniej więcej połowy nowotworów wątroby.** Nie wydalibyśmy pieniędzy na leczenie, przeszczepienia wątroby oraz spełnilibyśmy kryteria Światowej Organizacji Zdrowia (WHO), które zostały nałożone na kraje członkowskie, które zakładają, że do 2030 roku wyeliminujemy wirusa HCV z populacji Polski. W sytuacji, kiedy od lat **wniosujemy o zintensyfikowanie programu profilaktyki HCV jako de facto profilaktyki onkologicznej.** Tymczasem otrzymaliśmy budżet powierzony. Od lat zabiegamy o to, żeby **testowanie anty-HCV było dostępne w warunkach POZ.** W ciągu pierwszych 5 miesięcy funkcjonowania budżetu powierzonego przetestowano około 15 tysięcy osób, co odpowiadało 3 tys. osób miesięcznie. Aby wykonać zalecenia Światowej Organizacji Zdrowia, powinniśmy testować 3 miliony osób rocznie, co nie jest nieosiągalne, czego dowiodła pandemia. 3 miliony testów rocznie, to są dwa testy dziennie na każdy POZ. W związku z tym 50 tysięcy, nawet jeżeli w ramach budżetu powierzonego uda się nam przetestować, jest 60 razy mniej niż powinniśmy testować. Więc traktuję ten **budżet powierzony jako zaczątek, ale nie działanie docelowe, czyli program badań przesiewowych w kierunku HCV w skali kraju.** To powinien być program, który będzie ukierunkowany. Nie chciałbym powiedzieć, że to jest działanie pozorowane, ale jest to działanie na bardzo małą skalę.



Dodatkowym problemem w budżecie powierzonym jest wymuszanie przez NFZ testowania w laboratorium. Badanie powinno być wykonywane testem szybkim, wykonanym jeszcze w poczekalni, tak aby w przypadku wyniku dodatniego lekarz mógł jeszcze na tej samej wizycie podjąć decyzję o dalszym postępowaniu i skierować chorego do specjalisty w celu kontynuacji diagnostyki i ewentualnego szybkiego rozpoczęcia leczenia. Wbrew opiniom urzędników Ministerstwa Zdrowia i NFZ, wynikającym z niezrozumienia istoty zakażenia HCV, nie ma potrzeby tworzenia rozbudowanego systemu rejestracji wyników tych badań na etapie POZ. Rejestracja zakażonych HCV jest wskazana dopiero po ustaleniu rozpoznania i podjęcia kwalifikacji do leczenia, a więc na etapie opieki specjalistycznej.

Jeżeli chodzi o diagnostykę i leczenie zakażeń HCV wśród osadzonych w więzieniach, to niestety Polska jest nie tylko w „ogonie” Europy, ale odstaje i to poważnie, od krajów naszego regionu takich jak Czechy czy Litwa. Pojawiła się nadzieja na poprawę tej sytuacji dzięki rozporządzeniu Pana Ministra Miłkowskiego. Niestety na chwilę obecną nie jest on realizowany z powodu braku działań ze strony więziennej służby zdrowia i niezrozumienia istoty problemu w Ministerstwie Spraw Wewnętrznych.

prof. dr hab. Miłosz Parczewski

Specjalista w dziedzinie chorób zakaźnych,
Kierownik Kliniki PUM na Oddziale Obserwacyjno –
Zakaźnym, Chorób Tropikalnych i Nabytych Niedoborów
Immunologicznych Szpitala Wojewódzkiego w Szczecinie,
Prezes Polskiego Towarzystwa Naukowego AIDS



Obecnie jesteśmy w sytuacji, że będziemy mieli istotnie więcej przypadków gruźlicy, mamy specjalistyczne laboratorium „Pracownia Diagnostyki Prątką Gruźlicy”, gdzie diagnostyka przesiewowa powinna być łatwo dostępna oraz gdzie mamy możliwość rozpoznania wstępnej diagnostyki tej choroby. Laboratoria testujące w kierunku chorób przenoszonych drogą płciową, to nie jest diagnostyka specjalistyczna, trzeba z nią wrócić do POZ, tak aby była szeroko dostępna. W kontekście nowych zagrożeń epidemiologicznych, migracji, wojny oraz wyjazdów Polaków w różne kraje **potrzebna jest diagnostyka chorób zakaźnych** (ang. emerging infectious diseases). Są również choroby tzw. o wysokiej konsekwencji (high consequence infectious diseases, HCID), m. in. Ebola. W Polsce **brakuje cały czas ścieżki postępowania** w momencie, kiedy pojawia się nowa choroba, czy nowe wirusy. Takie ścieżki są na przykład w Wielkiej Brytanii. **Szybkie testy antygenowe, które różnicują** grypę, RSV i COVID są potrzebne, ponieważ na tej podstawie podejmuje się **szybkie decyzje terapeutyczne**. W przypadku testów na COVID w ciągu 2-3 lat wydarzyła się na naszych oczach ewolucja. Dla zakażeń HIV trwało to aż 18 lat. W 1985 roku pojawiły się pierwsze testy serologiczne, w 2003 roku – testy molekularne. Na naszych oczach dokonuje się postęp świata. Test poczwórny, który różnicuje grypę A, B, COVID i RSV jest dostępny w aptece i kosztuje 19,50 zł. **Szybka diagnostyka kluczowych infekcji powinna być przeprowadzona przez lekarzy rodzinnych. Szybkie testy na HIV, na HCV, a następnie szybkie skierowanie pod opiekę lekarza, to jest to co mogłoby rozwiązać sytuację epidemiologiczną, przynajmniej w zakresie tych dwóch wirusów w Polsce.**

dr hab. n. med.

Iwona Paradowska-Stankiewicz

Konsultant krajowa w dziedzinie epidemiologii,
Kierownik Pracowni Epidemiologii Chorób
Zwalczanych Drogą Szczepień,
Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego PZH –
Państwowy Instytut Badawczy



W ramach działań epidemiologicznych **kluczowym elementem są działania, które doprowadzą do odpowiedniego postępowania na poziomie diagnostycznym i klinicznym**. Z perspektywy epidemiologii jednym z kluczowych elementów jest prowadzenie nadzoru epidemiologicznego, które bez badań laboratoryjnych właściwie jest niepełnym i nie pozwalającym do końca stwierdzić, jak możemy prognozować określone zachorowania.

Nadzór epidemiologiczny równoległe z danymi epidemiologicznymi jest i musi być uzupełniany badaniami laboratoryjnymi. W ramach nadzoru są określone światowe rekomendacje, które pozwalają na ocenę sytuacji epidemiologicznej w zakresie określonych krążących patogenów, stwierdzające, czy to są zakażenia nasze rodzime, czy to są np. zakażenia przywiezione z innych krajów. Powinniśmy dysponować wiedzą, która pozwoliłaby nam na dokładną informację, jaką wymieniamy się z Unią Europejską, czy ze Światową Organizacją Zdrowia, nadzorującą programy eliminacji odry, różyczki czy polio. Tego rodzaju badania pozwalają nam na identyfikację, na poziomie molekularnym, na poziomie genetycznym określonych cech patogenu i jednocześnie stwierdzenia z jakim patogenem mamy do czynienia.

Warto również wspomnieć o tym, że w ramach działań epidemiologicznych mamy często do czynienia z sytuacją zgłaszania rejestracji chorób na podstawie głównie objawów klinicznych. Natomiast z perspektywy epidemiologicznej oraz nadzoru, **kluczowym elementem jest tak zwana definicja określonej choroby**, która często (nie uwzględniając elementów klinicznych), opiera się albo na linku epidemiologicznym, albo tak jak jest to w przypadku inwazyjnych chorób bakteryjnych, wyłącznie na **badaniach laboratoryjnych**.

Mamy ogromny problem z boreliozą, ponieważ wśród tysięcy przypadków, które są zgłaszane do nadzoru, identyfikujemy zdecydowanie dużą większą liczbę takich zgłoszeń, które właściwie nie powinny się znaleźć, ponieważ badania są przeprowadzane nieprawidłowo. Obowiązuje określony schemat diagnostyczny, dwuetapowy, który nie jest realizowany. To co obecnie obserwujemy z perspektywy boreliozy, to fakt, że jest to duży worek, do którego wkładane są nie tylko przypadki tej choroby, ale i dużo innych chorób, które nie powinny się tam znaleźć.

Statystyki nie odzwierciedlają prawdziwego problemu jakim jest HCV. To już pokazały badania, które kilka lat temu były wykonywane w PZH-PIB. **Można stwierdzić, że jest to “cichy zabójca”,** gdzie w określonej fazie choroby, kiedy praktycznie często już jest dosyć późno, stan pacjenta jest zaawansowany, dopiero te objawy się pojawiają lub pacjent jest diagnozowany. **Wiedza nt. pacjentów w poradni POZ jest kluczowa, programy badań pozwoliłyby na wykrycie tej choroby na wczesnym etapie.**

prof. dr hab. n. med. Krzysztof Tomaszewicz

Wiceprezes Polskiego Towarzystwa Epidemiologów i Lekarzy Chorób Zakaźnych; Kierownik Katedry i Kliniki Chorób Zakaźnych Uniwersytetu Medycznego w Lublinie



Programy przesiewowe łączy z badaniami służącymi do identyfikacji różnych objawów u pacjentów chorych. Choroby zakaźne, to nie tylko HCV i HIV, ale bardzo dużo różnych innych problemów. **Wykrywanie HCV, czy HIV powinno odbywać się na zasadzie programów przesiewowych,** a więc poszukiwania zakażeń. W momencie, kiedy pojawią się objawy jest za późno. Diagnozujemy chorego człowieka, a chcemy zdiagnozować pacjentów dużo wcześniej. Udział POZ jest absolutnie nie do przecenienia, dlatego, że **lekarze rodzinni, którzy znają swoich pacjentów muszą im zrobić testy.** Przykład COVID-19 pokazuje nam, że można wydać dużo pieniędzy na działania, które np. w Niemczech nie przyniosły poprawy sytuacji.

Jeśli chodzi o HCV, to pieniądze trzeba wydać na testy, aby móc leczyć pacjentów skuteczną terapią pangenotypową. Czym innym jest diagnostyka sepsy, a czym innym jest poszukiwanie, czy ktoś jest zakażony HCV, czy nie. Trzeba opracować plan działania. Mówiąc o **diagnostyce w chorobach zakaźnych, musimy sobie wyznaczyć priorytety.**

dr n. med. Rafał Staszewski

Zastępca Prezesa ds. finansowania badań w Agencji Badań Medycznych

Możemy zapewnić dostęp do diagnostyki w formie nieobowiązkowej. Będziemy dyskutować, czy screening w zakresie HCV powinien być powszechny, tylko w grupach ryzyka, czy powinien zostać włączony do praktyki szpitalnej, tak jak to zrobiono we Włoszech. Włochy są tym krajem, który ma jeden z najwyższych odsetek osób z HCV. Półroczne badanie pokazało, że warto iść w tym kierunku.

Agencja Badań Medycznych zyskuje obecnie w tej chwili nowe uprawnienia dotyczące obszaru edukacyjnego. **Niedługo opublikujemy strategię, w której również chcemy zwrócić uwagę na aspekt budowania kompetencji, wiedzy związanej z profilaktyką zdrowotną nie tylko w środowisku medycznym, ale przede wszystkim wśród pacjentów.** Polacy mają jeden z najniższych wskaźników *health literacy* w Europie i warto o tym też pamiętać.



dr n. med. Paweł Grzesiowski

Ekspert Naczelnej Rady Lekarskiej ds. zagrożeń epidemicznych; Dyrektor Centrum Medycyny Zapobiegawczej i Rehabilitacji w Warszawie



Z punktu widzenia medycznego **diagnostyka w chorobach zakaźnych ma dwa cele**. Pierwszy to cel indywidualny – chodzi o wykrycie infekcji u konkretnego pacjenta. W tym celu wykonujemy **badania przesiewowe, które powinny być w miarę czułe oraz wychwycić grupę, jaką należy zbadać**. Obecnie do dyspozycji są testy do samotestowania, w kierunku wirusa HIV. Następuje zmiana podejścia, gdyż nie tylko laboratorium może wykryć zakażenie, ale sam pacjent lub partner może zbadać siebie lub kogoś ze swojego otoczenia. Ww. dane powinny być dostępne w systemie. Nie zakładajmy niestusznie, że pacjent, który ma dodatni test nie będzie chciał się leczyć. W momencie, kiedy pacjent dowie się, że wynik testu potwierdza chorobę, to jeśli będzie miał gdzie się zgłosić, to to zrobi. **Drugi etap to wysokospecjalistyczna diagnostyka, tj. testy kolejnej generacji potwierdzające rozpoznanie**. Bez tego nie można leczyć nowoczesnie. Prosty przykład: pacjent, który kaszle, może mieć RSV, gruźlicę i może mieć również zapalenie płuc. Wiemy, że każdą z tych chorób leczy się inaczej, przy czym RSV nie leczy się antybiotykiem. **Musimy zwrócić uwagę na fakt, że diagnostyka to nie jest tylko wydatek, to jest inwestycja, aby nie było tak dużo lekoopornych bakterii, oraz rzadziej stosowali antybiotyki**. Drugi aspekt to diagnostyka, która używana jest dla celów publicznych, czyli decyzji np. o szczepieniach, wprowadzeniu czy refundacji nowych leków czy innych interwencjach na poziomie ogólnokrajowym, której w Polsce praktycznie nie ma. W tym zakresie ważne są indywidualne badania przesiewowe, ale zalicza się do tego również monitorowanie ścieków, pozyskiwanie informacji z różnych baz danych o różnych chorych. **Obecnie mamy problem, bo nie możemy podjąć decyzji na racjonalnych podstawach, czy wprowadzać szczepionkę taką czy inną, bo nie mamy danych o konkretnych chorobach, które są wywoływane przez patogeny, którym możemy zapobiec**. Diagnostyka dla celów publicznych jest nie mniej ważna, jak dla celów indywidualnych.

prof. dr hab. n. med. Marcin Czech

Prezes Polskiego Towarzystwa Farmakoekonomicznego, Kierownik Zakładu Farmakoekonomiki oraz Zespołu ds. Kontroli Zakażeń Szpitalnych w Instytucie Matki i Dziecka w Warszawie, Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia w latach 2017–2019



Z punktu widzenia specjalisty chorób zakaźnych w Instytucie Matki i Dziecka **chcielibyśmy mieć dużo testów antygenowych, ale również molekularnych**, żeby wiedzieć, że jeśli na oddziale onkologicznym ktoś kaszle, to na co choruje. Może to być ten typ diagnostyki, który nam najbardziej będzie służył. Ze strony ekonomiki zdrowia należy popatrzeć na wszystkie testy pod kątem ich czułości, swoistości oraz miejsca w systemie. **Należy określić priorytety zdrowotne i spróbować poukładać ten system w taki sposób, aby jak najlepiej działał**. Pula pieniędzy w budżecie jest ograniczona. Należy włączyć Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, aby zajmowała stanowisko i dzięki temu przyczyni się do systematyzacji wiedzy w zakresie publikacji, dowodów klinicznych oraz charakterystyki testów. Należy spojrzeć strategicznie w oparciu o EBM, kosztową efektywność oraz opłacalność procedur.

dr n. społ. Magdalena Ankiersztein-Bartczak

Prezes Zarządu Fundacji Edukacji Społecznej



Podstawą jest edukacja zdrowotna i promocja zdrowia. Jeśli ludzie będą posiadali podstawową wiedzę o chorobach zakaźnych, sami będą mieli świadomość, po jakich zachowaniach powinni się zbadać. Niektóre choroby zakaźne, jak grypa, nie wymagają masowego testowania, bardziej szczepienia i opieki osób z cięższym przebiegiem choroby. HCV i HIV to wirusy, których szybsze wykrycie oraz włączenie leczenia, pozwala ograniczyć transmisję przenoszenia. Leczenie jest w tym przypadku także profilaktyką. Niestety ciągle są to choroby, w których zbyt mało osób się bada, dlatego powinien być jak najszerszy dostęp do testów do samodzielnego wykonania, również w domu. W Polsce jest zbyt mało miejsc gdzie można zbadać się w kierunku chorób przenoszonych drogą płciową i wiele osób ma oporu, by rozmawiać o nich nawet z lekarzem. Dlatego dostęp do testów powinien być jak najszerszy. Jeżeli ludzie będą **wyedukowani**, to będą wiedzieli, kiedy mają zrobić test i nie trzeba będzie ich do tego namawiać. Są takie choroby jak grypa, które same przechodzą, nie musimy w ich kierunku wykonywać testów u wszystkich. Inne choroby zostają na zawsze i są zakaźne. Wiemy, że leczenie jest również profilaktyką. W przypadku **HIV i HCV leczenie jest niezbędne**, tak, aby te osoby, które powinny być włączone do leczenia, jak najszybciej leczyć, ponieważ to zatrzymuje epidemię. W związku z powyższym powinny być prowadzone łatwe testy w kierunku HIV i HCV oraz innych chorób przenoszonych drogą płciową. **Testy domowe** są też testem w kierunku chorób przenoszonych drogą płciową, które w Polsce naprawdę są mało dostępne. Wspomniane choroby, przenoszą się drogą kontaktów seksualnych i dostęp do nich powinien być jak najłatwiejszy, ponieważ nie wszyscy niekoniecznie chcą opowiadać o swoim życiu seksualnym.

prof. dr hab. n. med. Jarosław Pinkas

Dyrektor Szkoły Zdrowia Publicznego Centrum
Medyczne Kształcenia Podyplomowego,
Konsultant Krajowy w dziedzinie zdrowia publicznego



Kluczowa jest **świadomość, rozumienie przekazów zdrowotnych (ang. health literacy) oraz badania diagnostyczne, bez których nie można podjąć decyzji terapeutycznych**. Wszystko co robimy musi być oparte na rzetelnych, wiarygodnych danych pozyskanych z polskiej populacji. Dość istotnie różnimy się od różnych narodów, gdyż mamy inne zapatrywania na swoje zdrowie oraz społeczne uwarunkowania. Od stosunkowo niedawna mamy nowych profesjonalistów medycznych. To są farmaceuci-aptekarze, którzy zaczęli szczepić. To jest ogromna liczba bardzo zaufanych, doskonale wykształconych ludzi. **Kolejnym etapem są testy, które również mogą być wykonywane w aptekach. Nie powinno to budzić żadnych kontrowersji ze strony diagnostów laboratoryjnych.**

dr Marek Posobkiewicz

Dyrektor Biura Służby Zdrowia w Służbie Więziennej



Powinniśmy pamiętać o diagnostyce indywidualnej oraz diagnostyce dla potrzeb epidemiologicznych, w przypadku podejmowania strategicznych i racjonalnych decyzji. Zarówno pod względem epidemiologicznym, jak pod względem diagnostycznym wykonany test nie jest gwarancją tego, że dana osoba będzie nadal zdrowa. Pomijam oczywiście specyfikę danego testu, jego swoistość, dokładność może być różna. Ale jeżeli komuś wykonamy test, to nie znaczy, że on nie ulegnie zakażeniu za dzień, dwa, czy tydzień. Czyli chcąc być pewnym, że pacjent będzie zdrowy, to musielibyśmy codziennie testować wszystkich na wszystkie choroby. **Najważniejsze to szukanie racjonalnych rozwiązań pod kątem diagnostyki chorób zakaźnych.**

ROUNDTABLE II

Profilaktyka i leczenie chorób zakaźnych. Jak przygotować się do kolejnych epidemii?

Wykład wprowadzający

prof. dr hab. n. med.
Krzysztof Tomaszewicz

Hepatolog, Wiceprezes Polskiego Towarzystwa
Epidemiologów i Lekarzy Chorób Zakaźnych

W debacie publicznej nie powinniśmy skupiać się wyłącznie na kilku chorobach, ponieważ **obecnie mamy do czynienia z wieloma wyzwaniami w obszarze chorób zakaźnych.**

Chciałbym nakreślić **kluczowe problemy w zakresie chorób zakaźnych**, z którymi będziemy musieli się zmierzyć w przyszłości lub już się z nimi borykamy.

Pierwszym z nich to epidemia, wiemy, jak się rozwija, ale nie spodziewajmy się, że nagle zniknie. Epidemie kierują się pewnymi zasadami, których nie jesteśmy w stanie przewidzieć. **Ponadto mamy do czynienia z wirusem SARS-CoV-2, który się ciągle zmienia.** Musimy przygotować się na to, co nas czeka. Choć każda choroba zakaźna stwarza unikalny zestaw problemów, istnieje wiele powtarzających się wyzwań, które pojawiają się podczas końcowej fazy, podczas której wysiłki są zintensyfikowane i ukierunkowane na lokalną i globalną eliminację patogenu [Klepac et al. Epidemic 2015].

Drugim problemem jest kwestia long-COVID, o której mówimy zbyt mało. Nie jest to choroba zakaźna, ale jej następstwo. Powikłania po COVID-19 nie są ograniczone do ciężkich przypadków COVID-19. Nie wiadomo, czy osoby te doświadczyły ogólnie dłuższej replikacji wirusa, dłuższej replikacji wirusa w niektórych tkankach lub, czy niektóre osoby miały istniejące wcześniej schorzenia, które stały się klinicznie istotne po zakażeniu SARS-CoV-2. Nie wiadomo również, czy te osoby mają różne mechanizmy odpowiedzi immunologicznej na SARS-CoV-2 [Sette et al. Cell 2021]. **Wymagana jest edukacja społeczeństwa na temat konsekwencji COVID-19.** Nie możemy zapominać o ludziach, którzy cierpią na skutek tej choroby.

Trzeci problem to kwestia antybiotykooporności. Koinfekcja bakteryjna jest stosunkowo rzadka u hospitalizowanych pacjentów z COVID-19. Większość tych pacjentów może nie wymagać empirycznego leczenia przeciwbakteryjnego [Langner et al. Clin Microbiol Infect 2020]. W okresie pandemii wiele antybiotyków było wypisywanych bez kontroli. **Dobór odpowiedniego leku w pewnych grupach pacjentów jest niezwykle trudny, dlatego potrzebujemy szybkiej diagnostyki mikrobiologicznej** [Calderón-Parra et al. PLOS ONE 2021]. **W badaniach przeprowadzonych za granicą widzimy, że ponad 70% pacjentów otrzymuje niepotrzebnie antybiotyki podczas infekcji.** W Wielkiej Brytanii w grupie 36 145 pacjentów 37% przepisano antybiotyków przed przyjęciem do szpitala, a 85% pacjentów otrzymało jeden lub więcej antybiotyków w szpitalu. Jednak tylko u 1 107 pacjentów potwierdzono zakażenie bakteryjne związane z COVID-19, przy czym większość wystąpiła więcej, niż 48 godzin po przyjęciu. Przepisywanie antybiotyków było najwyższe we wczesnym okresie pandemii, zanim poznano naturę COVID-19 [Kuehn BM, JAMA 2021]. Z punktu widzenia farmakoekonomiki warto przyjrzeć się, dlaczego tak dużo pieniędzy wydajemy na antybiotyki? Dlaczego musimy płacić za przepisywanie dziesiątego opakowania antybiotyku pacjentowi z boreliozą, której u niego nie stwierdzono?

Kolejnym wyzwaniem jest kwestia uchodźców z Ukrainy. Nie chodzi tylko o zmiany w epidemiologii, ale o faktyczne problemy, które mogą pojawić się w przyszłości. Struktura uchodźców, którzy przybyli do Polski, jest dość specyficzna, a choroby, które te osoby przywiozły ze sobą, nie są tylko chorobami zakaźnymi, ale stanowią zagrożenie. W Ukrainie jest ponad 34% **gruźlicy lekoopornej**. Częstość występowania gruźlicy wśród populacji pediatrycznej wzrasta. W 2015 r. nastąpił wzrost o 8% liczby zachorowań na gruźlicę dzieci (826, w tym 33 niemowląt do 1. roku życia i 379 dzieci do 4. roku życia) w porównaniu z rokiem poprzednim. W 2019 r. zachorowania na gruźlicę na Ukrainie odnotowano na poziomie



77 przypadków/100 000 mieszkańców. Odsetek przypadków MDR-TB wynosił 27% dla nowych zachorowań i 43% dla nawrotów. W 2017 r. wskaźnik sukcesu terapeutycznego w przypadku gruźlicy MDR-TB wyniósł 51%, podczas gdy wskaźnik gruźlicy ekstensywnie lekoopornej (XDR-TB) wyniósł 34%. Szacuje się, że rzeczywista zapadalność na gruźlicę wynosi 94 przypadki na 100 tys. ludności, przy czym około 25,0% przypadków pozostaje niezdiagnozowanych. Europejski Region WHO ma najniższe wskaźniki zachorowań na gruźlicę na świecie. W ciągu ostatnich dziesięciu lat roczna stopa spadku liczby nowych przypadków gruźlicy wyniosła 4,3%. Ponadto, musimy pamiętać o chorobach zakaźnych, takich jak **polio i odra**, które mogą wrócić do Polski. Ukraina została sklasyfikowana przez WHO jako kraj wysokiego ryzyka polio w 2010 roku. W latach 2014-2017 na Ukrainie wykryto ogniska polio. Epidemia odry, która rozpoczęła się w 2016 roku i trwa nadal. Wg. WHO Ukraina zgłosiła 56 802 przypadków odry między 1 stycznia a 5 listopada 2019 r. [Cojocar E, et al. Risk Manag Healthc Policy. 2022]. **Dlatego tak ważne jest właściwe rozpoznanie tych chorych oraz ich skuteczne leczenie.**

Szczepienia ochronne są niezwykle ważne, a w Polsce realizacja tych szczepień zaczyna w ostatnich latach niepokojąco spadać. Zakres szczepień ochronnych, zarówno tych obowiązkowych, jak i dobrowolnych, jest bardzo szeroki: wirusowe zapalenie wątroby typu A i B, grypa, profilaktyka odry, świnki i różyczki, **błonica**, profilaktyka tężca u pacjentów dorosłych, szczepienie przeciwko Haemophilus influenzae typu B, krztusiec, szczepienie przeciwko HPV, inwazyjna choroba meningokokowa, szczepienia przeciwko pneumokokom, aż po szczepienia u osób wyjeżdżających w podróż. Musimy ponownie zwrócić uwagę na profilaktykę i szczepienia przeciwko pneumokokom, ponieważ te choroby nie tylko stwarzają zagrożenie dla zdrowia, ale również generują duże koszty. Należy również pamiętać o pacjentach onkologicznych oraz chorych w obszarach gastroenterologii, diabetologii czy dermatologii. Pacjenci ci są szczególnie narażeni na infekcje, które mają zupełnie inny przebieg, niż u zdrowych osób. Dlatego szczepienia przeciwko grypie są dla nich szczególnie ważne, a niestety realizacja szczepień w Polsce jest bardzo niska. Musimy zastanowić się, jak promować szczepienia przeciwko grypie i przeciwdziałać ruchom antyszczepionkowym. **Powikłania poszczególnych chorób zakaźnych generują ogromne koszty. Ważna jest świadomość i profilaktyka, która może zapobiec wielu chorobom i ich powikłaniom.**

Choroby zakaźne w dobie epidemii/pandemii w kontekście systemowym. Udokumentowano niewydolność systemu szpitali/oddziałów zakaźnych w sytuacji dużej liczby chorych, co prowadziło do konieczności uruchamiania dodatkowych oddziałów dla chorych. Wyzwaniem jest leczenie zakażonych z dominującym problemem niezakaźnym, a kadra i miejsce leczenia przebiega kosztem innych specjalności. Gdzie i kto ma leczyć choroby zakaźne w dobie post-COVID-19? To na pewno **sieć Poradni Chorób Zakaźnych**, w których **konieczna jest lepsza dostępność (kadra) i finansowanie badań diagnostycznych oraz świadczeń**. Równoległe powinien funkcjonować system konsultacyjny dla innych oddziałów/poradni, przy unikaniu niepotrzebnego kierowania pacjentów przez lekarzy POZ (typowy przykład borelioza Ist). **Oddziały zakaźne powinny funkcjonować z możliwością wyodrębnienia stref dla pacjentów z chorobami o wysokiej zaraźliwości.** W zakresie zarządzania/koordynacji istniejącymi oddziałami zakaźnymi nie ma potrzeby tworzenia oddziałów przez poszczególne podmioty założycielskie. Konieczne jest zdefiniowanie zakresu działania oddziałów zakaźnych (niektóre choroby mogą być leczone w oddziałach wewnętrznych, w **konsultacji specjalisty chorób zakaźnych** zakontraktowanego w danym szpitalu). W „oczekiwaniu na kolejną epidemię pojawia się **konieczność koordynacji na poziomie krajowym i międzynarodowym**, w tym zwiększenie roli komitetów eksperckich, NIZP-PZH oraz WHO.

Jako podsumowanie, chciałbym przypomnieć Państwu „Sześć kroków do wzmocnienia odporności USA na pandemię” [Daszak et al. Health Affairs 2021]. Jest to: powołanie Komitetu Sterującego (Rady Ekspertów); **Wzmocnienie i zmodernizowanie systemu opieki zdrowotnej i zdrowia publicznego**; Odnowienie statusu Globalnego Lidera i Partnera ds. Zdrowia Publicznego; Wzmocnienie opartego na nauce podejścia do polityki zdrowia publicznego; Alokowanie dedykowanych funduszy i niezależność polityczna Komitetu Sterującego zajmującego się pandemią oraz wsparcie idei „Jedno Zdrowie” („One Health”) i wysiłki na rzecz eliminacji lub osłabienia czynników napędzających pandemię.

Wykład wprowadzający

prof. dr hab. n. med. Jarosław Pinkas

Konsultant Krajowy w dziedzinie zdrowia publicznego, Główny Inspektor Sanitarny w latach 2018–2020

Zacznę od cytatu Richarda Bransona: „*Jeśli chcesz czegoś dokonać, same chęci nie wystarczą. Trzeba dobrze się przygotować, wierzyć w swoje możliwości, pomagać sobie nawzajem i nigdy się nie poddawać.*”

Już w 2019 r. na liście **dziesięciu największych zagrożeń dla zdrowia publicznego** według Światowej Organizacji Zdrowia znalazły się **trzy zagrożenia dotyczące chorób zakaźnych i szczepień: Ebola, globalna epidemia grypy oraz spadek zaufania do szczepień.**

Pandemia COVID-19, która pojawiła się w 2020 roku **całkowicie zmieniła naszą rzeczywistość**. 31 grudnia 2019–Miejska Komisja Zdrowia w Wuhan (prowincja Hubei, Chiny), poinformowała Światową Organizację Zdrowia (WHO) o wykryciu przypadków zapalenia płuc o nieznannej etiologii, powiązanych z targiem owoców morza. 20 stycznia 2020 – potwierdzono transmisję nowego koronawirusa z człowieka na człowieka. 24 stycznia 2020 – odnotowano pierwszy przypadek zakażenia nowym koronawirusem w Europie (Bordeaux, Francja). 30 stycznia 2020–Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) ogłosiła stan zagrożenia zdrowia publicznego o zasięgu międzynarodowym. 13 lutego 2020–Według oceny Europejskiego Centrum ds. Zapobiegania i Kontroli Chorób (ECDC) ryzyko zakażenia się SARS-CoV-2 dla populacji UE/EOG i Wielkiej Brytanii w Europie uznano za niskie. 11 marca 2020 – Światowa Organizacja Zdrowia uznała COVID-19 za pandemię. 8 grudnia 2020–Margaret Keenan, 91 kobieta z UK była pierwszą osobą na świecie, która otrzymała szczepionkę przeciw COVID-19 (Pfizer/BioNTech) w ramach programu szczepień. 27 grudnia 2020 – naczelną pielęgniarką z CSK MSWiA w Warszawie jako pierwsza osoba w Polsce została zaszczepiona przeciw COVID-19.

Jakie wnioski wyciągnęliśmy z pandemii? Nowe technologie oraz wiedza miały nas ochronić, okazało się jednak, że zostaliśmy całkowicie zaskoczeni. **Pandemia to złożony problem, wymagający zaangażowania naukowców i specjalistów w tej dziedzinie, którzy starają się wpłynąć na zachowania ludzi.** Nie znamy jeszcze wszystkich tajemnic wirusa, natomiast pandemia nadal trwa i trzeba wyciągnąć wnioski z tego, co się wydarzyło. Globalny świat **wymaga jednolitego postępowania, opartego na profesjonalizmie i współpracy międzynarodowej.** W ciągu kilku miesięcy od marca do grudnia 2020 roku powstało wiele publikacji dotyczących SARS-CoV-2. Niestety, większość z nich prowadzi do nieprawdziwych wniosków. W związku z tym należy podejść z krytycyzmem do prezentowanych wyników badań. Kluczową kwestią, oprócz globalizacji, jest **budowanie silnej struktury naukowo-operacyjnej, która powinna być skupiona wokół jednej instytucji.** Jeśli udałoby się w Polsce połączyć Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego-PZH z innymi, które funkcjonują w krajach europejskich, jak np. Instytut Pasteura we Francji, czy Instytut im. Roberta Kocha w Niemczech, to powstanie organizacja, która będzie niezwykle funkcjonalna. **Państwowa Inspekcja Sanitarna** to kadry, informatyzacja, diagnostyka, a także cykliczny przegląd procedur. Potrzebny jest cykliczny przegląd procedur – ale i umiejętność elastycznego działania oraz szybkiego podejmowania decyzji w oparciu o bieżącą wiedzę. Wszystkie te elementy powinny być **systematycznie adaptowane do zmieniających się warunków technicznych i diagnostycznych, aby umożliwić podejmowanie decyzji na podstawie bieżącej wiedzy.** Niezbędne jest współdziałanie, bo świat jest globalną wioską. Dlatego m. in. tak ważny jest otwarty dostęp (Open Access) do cyfrowej wersji publikacji naukowych dotyczących koronawirusa SARS-CoV-2. **Kluczową rolę odgrywa personel medyczny** – powinien znać procedury i mieć dostęp do środków ochrony osobistej. Podstawą jest **komunikacja, czyli jak umiejętnie przekonywać społeczeństwo** do szczepień, noszenia maseczek, utrzymywania dystansu, itp. Warto zaznaczyć, że pandemia była zdominowana przez politykę. Jak możemy skutecznie przekonywać ludzi do szczepień? Często obawy związane z bezpieczeństwem i skutkami ubocznymi są głównym powodem odmów. Na szczęście profesjonalni pracownicy medyczni są zaszczepieni i mogą być wiarygodnym źródłem informacji. W sieci można znaleźć wiele fałszywych informacji, które mogą wprowadzać ludzi w błąd. Niestety, często promuje się tam również teorie spiskowe, a nawet niebezpieczne zachowania, co może wpłynąć na zdrowie i życie ludzi. **W obecnej sytuacji istotnym wyzwaniem jest zwiększenie zaufania do zawodów medycznych oraz przekonanie ludzi do bezpieczeństwa szczepień.** Aby to osiągnąć, musimy **umiejętnie komunikować i edukować społeczeństwo.** Aktualnie prowadzimy duży projekt badawczy w celu zwiększenia zaufania do szczepień, którego liderem jest Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego (CMKP). Współpracujemy



z wieloma renomowanymi uczelniami, tj. SWPS, Uniwersytet Medyczny w Warszawie, Uniwersytet im. Leona Koźmińskiego, badamy internet, aby wychwycić fałszywe informacje oraz odpowiednio na nie zareagować. Ważne jest, abyśmy wszyscy zdawali sobie sprawę z zagrożenia, jakie niesie ze sobą dezinformacja w internecie i abyśmy starali się edukować samych siebie oraz innych. Tylko w ten sposób możemy **przeciwdziałać szkodliwym działaniom i chronić zdrowie i życie naszej społeczności**. Czy możemy mówić o zmierzchu autorytetów? Ważne jest, aby lekarze i pielęgniarki byli dobrze zmotywowani, aby przekazywali wiedzę w sposób zrozumiały i przystępny dla pacjentów. W dzisiejszych czasach nie można także ignorować roli mediów społecznościowych w budowaniu relacji na rzecz zdrowia publicznego. Trzeba być w nich obecnym oraz działać z hejtem. **Zdrowie publiczne to nasz wspólny wysiłek**, ponieważ to właśnie od nas zależy, czy nasze **społeczeństwo będzie zdrowe i prosperujące**. Na koniec, **kluczowa jest nieustanna potrzeba dialogu i podejmowania zorganizowanego wysiłku wszystkich środowisk na rzecz zdrowia publicznego**.

Po co są **szczepienia HPV w Polsce** i co oznacza ten skrót? HPV to onkogenny wirus, to 1,6 tys. kobiet z rakiem szyjki macicy, które tracą życie rocznie, które mają swoje rodziny. W Polsce najważniejsza jest kobieta i to o nią mamy obowiązek dbać za wszelką cenę. Szczepionka będzie budziła wiele kontrowersji, problemy etyczne, moralne jak wczesna czy późna inicjacja seksualna. Dzięki tej szczepionce będziemy mieli rozwiązany problem nowotworów głowy i szyi, czy urogenitalnych, o czym kompletnie zapominamy. Takie rozwiązanie jest stosowane w wielu krajach na świecie. W Szwecji ok 70 proc. nowotworów głowy i szyi to nowotwory HPV-zależne. Nie ma dobrych polskich badań, ale mam przekonanie, że jest ich około 50 proc. Jeżeli nie będziemy szczepić, tych nowotworów będzie coraz więcej. **Powinniśmy przeprowadzić racjonalny proces szczepień, abyśmy odnotowali sukces** Australii, gdzie nie stwierdza się nowotworów raka szyjki macicy oraz szyi i głowy. Wszyscy profesjonaliści medyczni powinni być przykładem i szczepić swoje dzieci przeciw HPV, tak aby budować koalicję na rzecz ww. szczepień.

dr hab. n. med. Ernest Kuchar

Kierownik Kliniki Pediatrii z Oddziałem Obserwacyjnym na Warszawskim Uniwersytecie Medycznym



W przypadku szczepień ochronnych, wszyscy oczekujemy sukcesu, ale jest to trudne do osiągnięcia, ponieważ **szczepienia są tylko jednym z elementów profilaktyki, to świetny przykład interwencji w zakresie zdrowia publicznego, a ich dostępność powinna być maksymalnie ułatwiona**. Choroby zakaźne są istotne dla społeczeństwa, ponieważ przenoszą się między ludźmi, a z ograniczenia ich przenoszenia korzystają osoby, które bezpośrednio nie chorują, bo nie mają nikogo, od kogo mogliby się zarazić. Właśnie dlatego **szybka diagnostyka, leczenie i profilaktyka są tak ważne**. Należy zdawać sobie sprawę, że coś nam zagraża, a większość ludzi w Polsce wydaje się być niepoprawnymi optymistami, którzy uważają, że na pewno nie zachorują lub zachorują łagodnie. Faktem jest, że **potrzebujemy zmiany myślenia, aby zrozumieć, jak ważne są szczepienia ochronne**.

Cieszy fakt, że **mamy dostępne szczepienia przeciwko HPV, które od 1 czerwca 2023 roku będą refundowane publicznie dla dziewczynek i chłopców**. Ważne jest w jaki sposób zamierzamy przeprowadzić proces szczepień. Czy będą to wiadomości tekstowe SMS z przypomnieniem do osób zapisanych na szczepienia? Kto będzie odpowiedzialny za edukację społeczną w tym zakresie? Czy lekarze rodzinni również zostaną zaangażowani w ten proces i czy będą mieli odpowiednie wsparcie finansowe? **Jeśli nie zagwarantujemy odpowiednich warunków, lekarze rodzinni mogą nie być zainteresowani prowadzeniem szczepień ochronnych**. Może to skutkować tym, że proces szczepień nie przebiegnie z taką skutecznością, jakbyśmy tego oczekiwali. Fakt, jak działamy w systemie, ma duże znaczenie dla tego, jakie wyniki osiągniemy. Należy przewidzieć wszystkie problemy i podejść do nich w odpowiedni sposób.

Waldemar Kraska

Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia

Szczepienia są ważne i my, jako lekarze, powinniśmy przede wszystkim sami się zaszczepić oraz zachęcać innych. Niestety, zdarza się, że pacjenci słyszą od lekarzy, że nie powinni się szczepić ze względu na ich choroby. Taka sytuacja nie jest nie do zaakceptowania. Wszyscy musimy stanąć przed dużym wyzwaniem. Jeśli my sami ich nie promujemy i nie pokazujemy ich ważności, to nasi pacjenci nie będą do nich przekonani. W moim powiecie prowadzona jest **akcja promująca szczepienia**. Wysyłane są wiadomości do rodziców dzieci, aby zachęcić do szczepień zarówno chłopców, jak i dziewczynki. Wierzę, że ta akcja przyniesie pozytywne efekty. **Nie powinniśmy wprowadzać przymusu szczepień, ponieważ Polacy reagują na to zazwyczaj negatywnie.** Na Węgrzech wprowadzono dobrowolne szczepienia i osiągnięto stopniowe zwiększenie liczby zaszczepionych dzieci. **Musimy przekonywać ludzi do korzyści płynących ze szczepień i działać jako wzór do naśladowania. To od nas, lekarzy zależy, aby przekonać społeczeństwo do tego, że szczepienia są ważne.**



prof. dr hab. Miłosz Parczewski

Specjalista w dziedzinie chorób zakaźnych,
Kierownik Kliniki PUM na Oddziale Obserwacyjno –
Zakaźnym, Chorób Tropikalnych i Nabytych Niedoborów
Immunologicznych Szpitala Wojewódzkiego w Szczecinie

Warto podkreślić, że choroba w wyniku zakażenia się wirusem HPV, jest wynikiem kontaktu "skóra do skóry", a niekoniecznie związana jest z aktywnością seksualną. Ważny jest fakt, że dysponujemy 9-walentną szczepionką, która może również zapobiec rozwojowi brodawczaka ludzkiego w krtani.

Jako prezes Polskiego Towarzystwa Naukowego AIDS chcę podkreślić, że skuteczność leczenia HIV w Polsce wynosi aż 95-99%, pod warunkiem, że pacjent przestrzega zaleceń lekarskich i przyjmuje odpowiednie leki. **Dlatego tak ważne jest zdiagnozowanie choroby w jak najwcześniejszym stadium, aby móc skutecznie ją leczyć. Pomiędzy zdrowiem publicznym a zdrowiem osobistym istnieje bardzo ważne połączenie.** Zdrowie osobiste pozwala uniknąć progresji choroby do AIDS oraz zapobiega transmisji wirusa, co ostatecznie przekłada się na korzyści dla całej populacji. W Polsce mamy około 18,5 tys. leczonych pacjentów, co w porównaniu do innych krajów Europy nie jest dużą liczbą. W Ukrainie jest ok 130 tys. chorych, każdego roku liczba ta zwiększa się o ok. 3 tys. chorych. Opóźnienie diagnostyki chorób, takich jak gruźlica, HIV, czy HCV może mieć negatywny wpływ na zdrowie publiczne oraz prowadzić do większej transmisji ww. chorób w populacji, co może prowadzić do zakażenia większej liczby osób.



dr Anna Marzec-Bogusławska

Dyrektor Krajowego Centrum ds. AIDS

Zgodnie z danymi z dnia 10 marca 2023 r. mamy 18 571 chorych objętych programem bezpłatnego leczenia antyretrowirusowego. Jest to program polityki zdrowotnej Ministra Zdrowia, który **odnotował pozytywne wyniki.** Dobrym rozwiązaniem systemowym, który się sprawdził była możliwość włączenia do terapii 3 tys. osób z Ukrainy. Ta możliwość powoduje ograniczenie rozprzestrzeniania się zakażeń. Kolejne istotne rozwiązania to **szeroka dostępność leczenia antyretrowirusowego oraz brak konieczności oczekiwania na włączenie do programu, możliwość korzystania z całego wachlarza leków dostępnych w Europie.** Program wpisuje się w zasady humanizacji medycyny, co oznacza, że **pacjent jest w centrum uwagi i opieki.**



dr n. społ. Magdalena Ankiersztej-Bartczak

Prezes Zarządu Fundacji Edukacji Społecznej

Jestem zadowolona, że **szczepienia przeciwko HPV stają się rzeczywistością**. Dziesięć lat temu Fundacja Edukacji Społecznej we współpracy z Państwową Inspekcją Sanitarną wdrażała program edukacyjny w dziesięciu województwach. Dzięki temu mieliśmy okazję odwiedzić każde z nich i przekazać niezbędną wiedzę na temat szczepień przeciwko HPV. Było to jednak trudne, ponieważ wówczas temat ten był wśród młodzieży i nauczycieli kontrowersyjny i budzący opór. Niemniej jednak udało nam się przeprowadzić ten program, a nauczyciele otrzymali cenne materiały edukacyjne. Dzisiaj, w dobie ciągłych ataków na tematy związane z seksualnością młodych ludzi oraz w obliczu braku organizacji pozarządowych w szkołach, wdrożenie programu będzie jeszcze trudniejsze. Wydaje mi się, że teraz **potrzebujemy jeszcze silniejszej edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia**, o którą walczyliśmy od lat. Bez tej wiedzy, nasze argumenty będą szybko podważane przez antyszczepionkowców i inne ruchy, które są przeciwne edukacji związanej ze zdrowiem, szczególnie zdrowiem reprodukcyjnym.

W dziedzinie HIV od lat prowadzona jest zróżnicowana profilaktyka, zwana *combination prevention*. Obecnie musimy skoncentrować nasze działania na kluczowych grupach społecznych. Istnieją skuteczne metody, takie jak **przedekspozycyjna profilaktyka zakażenia HIV** (ang. Pre-exposure Prophylaxis – PrEP), która niestety **nie jest finansowana z budżetu państwa**. To powoduje, że kolejne grupy społeczne zakażają się wirusem, a liczba nowych przypadków co roku rośnie. Gdybyśmy leczymy wszystkich, którzy są zakażeni, moglibyśmy zahamować wzrost liczby nowych przypadków. Przykład HIV pokazuje, że **nie można oszczędzać na profilaktyce i leczeniu chorób zakaźnych**. Ukraina będzie miała wpływ na wzrost liczby nowych przypadków, ale brak działań profilaktycznych w kluczowych grupach społecznych jest równie ważny. Dlatego **konieczna jest edukacja**.



prof. dr hab. n. med. Marcin Czech

Prezes Polskiego Towarzystwa Farmakoekonomicznego,
Kierownik Zakładu Farmakoekonomiki oraz Zespołu
ds. Kontroli Zakażeń Szpitalnych w Instytucie Matki
i Dziecka w Warszawie, Podsekretarz Stanu
w Ministerstwie Zdrowia w latach 2017–2019

Na początku dzisiejszej sesji padło pytanie, gdzie szukać sukcesu lub wzorca sukcesu. Moim zdaniem odpowiedź jest dość prosta – musimy poszukać poza granicami naszego kraju. **Przykładem może być sukces szczepień ochronnych przeciwko chorobom, o których dzisiaj dyskutowaliśmy**. Różne kraje osiągają w tej dziedzinie różne wyniki, **ale ważne jest, że nauki te są całkowicie transferowane do polskiego systemu**. Oczywiście, należy wprowadzać pewne korekty i dostosowania, ale warto przytoczyć konkretne przykłady. Jeśli chodzi o HPV, warto przyjrzeć się przykładom Australii i Skandynawii. Szczepienia przeciwko HPV tam nie są obowiązkowe, ale dzięki świadomości społecznej na temat chorób i ich powikłań, takich jak rak szyjki macicy czy nowotwory głowy i szyi, liczba zachorowań i zgonów jest znacznie mniejsza niż w Polsce. Możemy przeczytać w literaturze, że problem raka szyjki macicy w Australii praktycznie został rozwiązany. Podobnie skandynawowie, którzy odwiedzają Polskę, są zaskoczeni liczbą zachorowań na tego typu choroby. Dyskutując o grypie i szczepieniach przeciw niej, ważne jest, abyśmy skupili się na wyszczepialności w tym sezonie. Należy przyznać, że sytuacja była lepsza w poprzednim roku, ale Brytyjczycy poradzi sobie z tym poprzez wprowadzenie szczepień w szkołach oraz szczepienie młodego pokolenia. Moglibyśmy zaczerpnąć z ich doświadczenia i wprowadzić podobną akcję szczepień w Polsce, co pozwoliłoby nam lepiej sobie radzić z grypką. W zakresie COVID-19, jako epidemiolog początkowo miałem nadzieję na rozwój odporności stadnej. Niestety, w Europie nie osiągnęliśmy jeszcze tego celu, ale warto zwrócić uwagę na kraje takie, jak Malta, czy Islandia, które osiągnęły najwyższy poziom szczepień. Oczywiście, te kraje są mniejsze i łatwiej im zorganizować takie działania, ale warto się od nich uczyć. Niemniej jednak, w niektórych obszarach nasze wyniki są konkurencyjne. Jestem dumny z naszego **systemu opieki nad osobami zakażonymi wirusem HIV i AIDS**. Myślę, że możemy być wzorem dla innych krajów i przyczynić się do poprawy jakości opieki nad pacjentami z tymi chorobami. Każdej jednostce chorobowej przypisuje się różne wyzwania, ale istnieją pewne rozwiązania, które możemy przyswoić i dostosować do naszych potrzeb. Wierzę, że jako specjaliści zdrowia publicznego **musimy budować i wzmacniać zdrowie publiczne w Polsce**. Mam nadzieję, że nasze starania doprowadzą do osiągnięcia tak **wysokich standardów**, jakie widzimy w innych krajach.



prof. dr hab. med. Robert Flisiak

Prezes Polskiego Towarzystwa Epidemiologów i Lekarzy Chorób Zakaźnych; Kierownik Kliniki Chorób Zakaźnych i Hepatologii Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku



Rozpoczynając dyskusję na temat sukcesu, warto wspomnieć, że w 2015 roku Polska stała się liderem w skali światowej w dziedzinie programu leczenia zakażeń HCV. Nasz program był uważany za najlepszy na świecie, a zazdrościli nam go kraje takie jak Wielka Brytania, Stany Zjednoczone, czy Niemcy. Niestety, od tego czasu sytuacja uległa zmianie, a my zeszliśmy na dalszą pozycję. Przyczyną tego stanu rzeczy jest **brak programów przesiewowych**. Warto podkreślić, że diagnozowanie pacjentów zakażonych w stadium F2, F3 jest niezwykle ważne. Niestety, w Polsce zdarza się często, że rozpoznaje się zakażenia HCV u chorych z marskością wątroby, co jest prawdziwą tragedią. Co więcej, choroba ta dotyka stosunkowo młode osoby. Większość naszych pacjentów, którzy są poddawani terapii, to ludzie w wieku od 30 do 50 lat, którzy są w pełni sił, ale niestety już z zaawansowaną chorobą.

Obawiam się, że **wkładanie HCV, HIV i gruźlicy do jednego worka jest niewłaściwe, ponieważ te choroby mają zupełnie różne rokowania i perspektywy**. W przypadku bardzo wczesnego wykrycia zakażenia HCV, pacjent praktycznie pozbywa się problemu, gdyż jeśli rozpocznie się leczenie, to bez marskości nie ma praktycznie ryzyka, że choroba się pogorszy nawet po wyleczeniu. Natomiast jeśli rozpoczniemy leczenie pacjenta w stadium marskości, a obecnie ci pacjenci stanowią 30% wszystkich leczonych, a chorzy z marskością są diagnozowani dopiero na tym etapie, nie uda nam się pozbyć ryzyka rozwoju raka wątroby. Niestety, **obecny program badań przesiewowych w kierunku HCV na poziomie POZ jest niewystarczający** i stanowi tylko mały krok w dobrym kierunku. Kolejna kwestia, to fakt, że obecnie nie mamy praktycznie problemu z opornością lekową, nie mamy też problemu z okresem leczenia. 50% pacjentów leczonych jest przez dwa miesiące i po tych dwóch miesiącach eliminuje się zakażenie, jeżeli są leczeni we wczesnym stadium, problem jest rozwiązany.

Jeśli chodzi o **diagnostykę i leczenie zakażeń HCV u osadzonych** w więzieniach, jest to temat bardzo wrażliwy. Więzienia są miejscem, gdzie zidentyfikowano największy odsetek osób zakażonych HCV, dlatego poszukuje się tam sposobów na poprawienie sytuacji. Dzięki wysiłkowi ludzi dobrej woli, w tym pana ministra Macieja Miłkowskiego, powstało rozporządzenie ministra oraz rekomendacje Polskiej Grupy Ekspertów HCV, które jednoznacznie wskazują, że osadzeni powinni być testowani i leczeni w pierwszej kolejności. Zawnioskowaliśmy o stworzenie uproszczonego programu lekowego leczenia HCV w więzieniach, ponieważ nie ma powodu, dla którego więźniowie mieliby być leczeni gorzej, niż reszta populacji. Przystosowaliśmy i zmodyfikowaliśmy program tak, aby był on uproszczony i dostosowany do potrzeb więźniów. Niestety, napotykamy na brak zainteresowania, co jest bardzo przykre. Jeśli chodzi o program diagnostyki i leczenia zakażeń HCV wśród osadzonych obecnie jestem pesymistą.

dr n. med. Paweł Grzesiowski

Ekspert Naczelnej Rady Lekarskiej ds. zagrożeń epidemicznych



Chciałbym wrócić do tematu szczepienia przeciwko HPV. **Należy pamiętać, że do podjęcia skutecznych działań mamy tylko dwa miesiące, ponieważ jeśli szczepionka zostanie wprowadzona 1 czerwca 2023 r., a program szczepień nie zostanie odpowiednio zaplanowany, to cały program może się nie powieść**. Dlatego ważne jest, abyśmy mieli świadomość, że szczepionka będzie dostępna, jednakże istnieje ryzyko, że inicjatywa ta nie odniesie sukcesu, gdyż może okazać się, że nie będzie chętnych do zaszczepienia się. Przyglądając się wcześniejszym badaniom i dyskusjom na temat postaw Polaków wobec szczepień, można zauważyć, że nie ma jednego wzorca zachowań. **Około połowa populacji dba o swoje zdrowie i podejmuje racjonalne działania profilaktyczne, w tym przypadku oznacza to, że połowa jest przekonana o słuszności szczepień i tym ludziom należy zapewnić odpowiedni dostęp do szczepionki**. Natomiast druga duża grupa to obserwatorzy, którzy zazwyczaj reagują, gdy coś ich przestraszy lub ktoś z najbliższego otoczenia zainspiruje ich do podjęcia jakiegoś działania. Niestety, duża część osób z tej grupy łatwo poddaje się antyszczepionkowemu poglądom. **Zatem w sumie około 30–40% Polaków może zdecydować się nie zaszczepić swoich dzieci**

przeciwko HPV. Warto pamiętać, że szczepienie dotyczy grupy wiekowej 12–13 latków, którzy w Polsce nie mają jeszcze teoretycznie prawa decydować o swoim zdrowiu, więc decyzję tę podejmą ich rodzice. Jeśli zdarzy się sytuacja, w której rodzic nie chce zaszczepić swojego dziecka, a dziecko będzie chciało się zaszczepić, to pozostaje tylko droga do sądu rodzinnego, który będzie musiał rozstrzygnąć taką sytuację. **Musimy zwrócić uwagę na potrzebę edukacji o szczepieniach przeciwko HPV w obu grupach wiekowych, skierowanej zarówno do rodziców, jak i do młodych ludzi wchodzących w dorosłość.** Najlepiej osiągnąć to poprzez adresowanie tej potrzeby w szkołach podstawowych, gdzie młodzież jest najłatwiej dostępna. Warto pamiętać, że polskie prawo pozwala na szczepienie dziecka powyżej 6 roku życia bez obecności rodzica, pod warunkiem uzyskania jego pisemnej zgody. Z tego względu, można zastosować programy szczepień realizowane w szkołach lub innych placówkach, w których dzieci się znajdują. Ostatnią sprawą do zapamiętania jest fakt, że dzisiejsi nastolatki, w tym 12–13 latkowie, są bardzo świadomi. W przypadku, gdy nie dotrzemy do tej grupy wiekowej, nawet jeśli rodzice chcieliby zaszczepić swoje dzieci, nie możemy zrobić tego wbrew woli dziecka. Dlatego bardzo ważne jest trafienie z programem edukacyjnym na temat szczepień do tej grupy wiekowej, inaczej cała inicjatywa będzie kompletnie bezowocna.

Jak zapobiec kolejnym epidemiom? Po pierwsze musimy wyciągnąć wnioski z tego, co wydarzyło się w Polsce przez ostatnie trzy lata. Wcześniej mieliśmy już epidemie grypy H1N1 i inne wydarzenia, które również wymagały reakcji. Warto przeanalizować, co się udało, a co nie i dopiero na tej podstawie budować kolejne koncepcje. **W Polsce brakuje ośrodka, który zajmowałby się stałą analizą danych epidemiologicznych w sposób zorganizowany i wielopoziomowy, monitorując oraz przewidując zagrożenia.** Zwykle działamy interwencyjnie, reagując tylko na bieżące wydarzenia, ale brakuje nam ośrodka, który monitorowałby środowisko, gdyż zdrowie ludzi, zwierząt, rolnictwa i ekosystemu jest ściśle powiązane. Dlatego, jeśli zauważymy, że szczepy odzwierzcące zaczynają mutować, a różne choroby odzwierzcące zaczynają się mocno rozprzestrzeniać, musimy zainwestować w monitoring, aby nie być zaskoczonymi kolejnym wirusem, bakterią lub grzybem, które mogą szybko się przeskoczyć z jednego gatunku na drugi. Budowanie w Polsce gotowości do walki z kolejnymi epidemiami nie może opierać się jedynie na mechanizmie pospolitego ruszenia, tak jak dotychczas, ale wymaga zorganizowanej, zaplanowanej, skoordynowanej i wielodyscyplinarnej interwencji.

dr n. med. Piotr Winciunas

Naczelnny Lekarz Zakładu Ubezpieczeń Społecznych,
Generalny Radca Prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej,
Zakład Prawa Medycznego i Orzecznictwa Lekarskiego
– Szkoła Zdrowia Publicznego Centrum Medycznego
Kształcenia Podyplomowego w Warszawie



Jako największy ubezpieczyciel społeczny, ZUS cieszy się z każdego postępu w medycynie, ponieważ pozwala to zmniejszyć koszty wypłat z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych związanych z chorobami i niezdolnością do pracy, takimi, jak zwolnienia lekarskie, czy renty. Choć choroby zakaźne nie stanowią znaczącej części ogólnych kosztów wypłat z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych, w 2021 r. wydaliśmy ok. 44,4 mld złotych na wszystkie świadczenia związane z niezdolnością do pracy w z powodu wszystkich grup chorobowych (A00-Z99). W zakresie chorób zakaźnych na te świadczenia wydano 847 mln zł w 2021 r. Odnotowano wzrost wydatków o 216 mln zł. w porównaniu do 2020 r., w którym ZUS wydatkował ok. 631 mln zł. **Najwięcej w zakresie chorób zakaźnych wydano na świadczenia tytułem niezdolności do pracy z powodu COVID-19** – w 2021 r. była to kwota 771 mln zł, a w 2020 r. 519 mln zł. Następne w kolejności były wydatki związane z **przewlekłym wirusowym zapaleniem wątroby** – ok. 24 miliony zł. w 2021 r., a w 2020 r. – 25,7 mln zł. Następstwa **gruźlicy** kosztowały ZUS ok. 21,3 mln zł. w 2021 r. i ok. 22,3 mln zł w 2020 r. **Grypa i jej powikłania** kosztowały ok. 15,1 mln zł. w 2021 r. i ok. 48,8 mln zł w 2020 r. **HIV i jego następstwa** kosztowały ok. 11,8 mln zł. w 2021 r. i ok. 11,2 mln zł w 2020 r. Oczywiście najwięcej dni absencji chorobowej generował COVID-19 – aż 4,8 mln dni w 2022 r., 5,3 mln dni w 2021 r. i 4,8 mln dni w 2020 r.

Warto rozważyć wprowadzenie testów z zakresu HCV w ramach medycyny pracy. Obecnie wykonywane badanie spoczynkowe EKG niewiele wnosi, ponieważ aby rozpoznać chorobę wieńcową, konieczne jest patrząc na koszty przewlekłych chorób wirusowych wątroby, których ubezpieczenie społeczne ponosi koszty w wysokości 23 milionów złotych. Przeprowadzenie testów z zakresu HCV w ramach medycyny pracy byłoby warte rozważenia, ponieważ jest to do zrealizowania, a może pozwolić na ograniczenie kosztów związanych z leczeniem przewlekłych chorób wirusowych.

dr hab. inż. Marcin Sieńczyk

Kierownik katedry Chemii Organicznej i Medycznej na Politechnice Wrocławskiej

Program dotyczący wirusa HPV może przynieść pozytywne efekty, pod warunkiem, że zostanie przeprowadzona skuteczna edukacja. Jest to jednak trudne zadanie, ponieważ konieczne jest edukowanie nie tylko dzieci i ich rodziców, ale także starszych osób, które będą w stanie przekazywać tę informację dalej. Starsze rodzeństwo młodszych dzieci również może mieć duży wpływ na świadomość i postawy wobec wirusa HPV. **W kontekście przygotowań do przyszłych pandemii, konieczne jest wsparcie ze strony odpowiednich instytucji.** Bardzo spodobał mi się pomysł stworzenia w Polsce Instytutu Pasteura. Kilka lat temu, zgłosiliśmy podobną propozycję do jednej z instytucji finansujących badania w Polsce, w celu utworzenia zespołu szybkiego reagowania, składającego się z kilku jednostek zajmujących się projektowaniem substancji o właściwościach przeciwwirusowych i przeciwwązkających. Niestety, nasz pomysł został zignorowany z powodu przekonania, że globalna pandemia to tylko hipoteza. Dwa lata później nadszedł COVID-19. Obawiam się, że szkodliwe boty sabotują nasze starania na różnych etapach, począwszy od naukowych prac, a kończąc na opracowywaniu systemowych, ogólnokrajowych rozwiązań. Bez względu na to, czy to chodzi o HPV, HCV, czy inną potencjalną pandemię, pojawienie się botów stanowi realne zagrożenie. Aby przeciwdziałać temu zjawisku, powinniśmy rozważyć wykorzystanie tych botów do przekazywania pozytywnych informacji na temat takich inicjatyw.



Anna Kordecka

Zastępca Dyrektora Wydziału Świadczeń Opieki Zdrowotnej, Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji;

Z perspektywy AOTMiT istnieją **dwa kluczowe czynniki do rozważenia, czyli efektywność kosztowa oraz dostępność do badań, zarówno tych dotyczących technologii diagnostycznych, jak i terapii.** W kontekście farmakoterapii COVID-19, chciałabym zwrócić uwagę na jedną kwestię. Pierwsze badania, które analizowaliśmy, były niskiej jakości. Następnie zaczęły pojawiać się dowody naukowe o wyższym poziomie wiarygodności. Ostatecznie te terapie, które zostały zaakceptowane, miały badania przeprowadzone podczas dominacji wariantu delta. Jednak obecnie, w obliczu dominacji innych wariantów, które powodują mniej ciężki przebieg choroby, warto zastanowić się, czy ta efektywność kosztowa jest w obecnej sytuacji epidemicznej wciąż porównywalna. To podstawowe pytanie, które należy sobie postawić, aby ocenić, czy finansowanie tych technologii jest nadal uzasadnione i czy korzyści zdrowotne są podobne. Interpretacja wyników w kontekście aktualnej sytuacji epidemii jest bardzo ważna. Podobnie jest w przypadku testów diagnostycznych, ich trafności oraz rozpowszechnienia wirusa w populacji.



dr n. med. Rafał Staszewski

Zastępca Prezesa ds. finansowania badań w Agencji Badań Medycznych

Bez wątpienia, badania naukowe są nie tylko impulsem dla rozwoju działalności klinicznej, ale również stanowią pewien bufor, który pozwala nam lepiej przygotować się na kolejne pandemie. Uważam, że jest to niezwykle istotne. Jako agencja, regularnie uruchamiamy konkursy grantowe, a **bardzo zależy nam na tym, aby obszar związany z chorobami zakaźnymi był reprezentowany.** Przejrzałem dotychczasowe projekty, które otrzymały finansowanie w tym zakresie i niestety jest to stosunkowo mała liczba projektów. **Mamy tylko dwa projekty związane z chorobami zakaźnymi, w tym jeden niekomercyjny projekt badawczy oraz cztery projekty nt. nowych technologii mRNA, w tym również związane ze szczepionkami.** Wyróżniamy je z uwagi na ich wyjątkowość i potencjalną wartość. Warto jednak zaznaczyć, że w zakresie nowych technologii mRNA mamy więcej projektów. **Zachęcamy zakaźników do uczestnictwa w kolejnych konkursach,** które będziemy organizować, aby w sposób systematyczny rozwijać naszą działalność.



WNIOSKI

1. Choroby zakaźne stają się jednym z największych wyzwań cywilizacyjnych.
2. Wysoki poziom zaszczepienia umożliwia osiągnięcie odporności populacyjnej, co pozwala wzmocnić bezpieczeństwo epidemiologiczne.
3. Dostęp do skutecznych terapii w chorobach zakaźnych jest konieczny z perspektywy chorego i społeczeństwa.
4. W chorobach zakaźnych kluczową rolę odgrywa szybka diagnostyka – w tym badania przesiewowe na poziomie krajowym i regionalnym.
5. System opieki zdrowotnej w zakresie chorób zakaźnych wymaga optymalizacji i dofinansowania w kierunku wzrostu jego wydolności.

REKOMENDACJE

1. Rekomendowane jest priorytetowe traktowanie chorób zakaźnych w Polsce – przez adekwatne finansowanie świadczeń i technologii medycznych, rozwój kadr medycznych i pomocniczych oraz infrastruktury – od poradni po oddziały szpitalne.
2. Rekomendowane jest uporządkowanie, wycena i poprawa dostępu do badań diagnostycznych w chorobach zakaźnych.
3. Rekomendowane jest wprowadzenie badań przesiewowych w kierunku HCV na terenie całego kraju.
4. Rekomendowane jest kompleksowe podejście do wzrostu edukacji, świadomości i znaczenia szczepień ochronnych w skutecznej profilaktyce chorób zakaźnych.
5. Rekomendowane jest wzmocnienie zdrowia publicznego i epidemiologii, w tym koordynacyjnej roli Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – PZH, Głównej Inspekcji Sanitarnej i Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego.