

PROBLEMY PIERWSZEGO PLANU: MAPY I HCV



A BERNADETA
WASZKIELEWICZ

Od 2009 roku związana z gazetą „Służba Zdrowia”, m.in. współautorka książek poświęconych ruchowi i ludziom NSZZ „Solidarność”

MAPY POTRZEB ZDROWOTNYCH POWSTAWAŁY JUŻ WIELE RAZY, W KOŃCU TRZEBA DO NICH PODEJŚĆ POWAŻNIE – PRZEKONYWALI EKSPERCI NIZP – **PZH** PODCZAS SZCZYTU ZDROWIE 2015. OPISYWALI TEŻ WYNIKI BADAŃ NAD ZAKAŻONYMI HCV I PROGRAM, KTÓRY MA CHOROBIĘ ZAPOBIEGAĆ.

Tymi dwoma głośnymi problemami **Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny** zajmuje się bowiem dzisiaj zarówno z własnej woli, jak i z pewnego przymusu. Po części odnosi sukcesy, po części – zmagą się z oporem ludzi czy władz.

POWRÓT DO MAP

W kwietniu 2015 roku weszło w życie rozporządzenie ministra zdrowia dotyczące regionalnych oraz Ogólnopolskiej Mapy Potrzeb Zdrowotnych. Mają się one składać z analiz demograficznej i epidemiologicznej oraz stanu i wykorzystywania zasobów, a także z prognoz potrzeb zdrowotnych. Pierwsza mapa, dotycząca leczenia szpitalnego, ma pojawić się w 2016 r. Do tego czasu trudno będzie Polsce ubiegać się o dotacje unijne na ochronę zdrowia, ponieważ UE wymaga, by wnioski miały potwierdzenie właśnie w danych z map. Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych wskazuje, że za przygotowanie map regionalnych są odpowiedzialni wojewodowie. Za tworzenie projektu map, czyli jednolitego ich modelu, NIZP – **PZH**. Instytut na podstawie regionalnych opracowań ma też stworzyć Ogólnopolską Mapę Potrzeb Zdrowotnych, co ma nastąpić dopiero po roku 2018. Obecnie prace nad mapami

koordynuje Ministerstwo Zdrowia. – Instytut przygotował kompleksowe mapy potrzeb zdrowotnych już na przełomie lat 2013 i 2014, wymagała tego Komisja Europejska – przypomnieli prof. Mirosław J. Wysocki, konsultant krajowy w dziedzinie zdrowia publicznego. Dotyczyły one najważniejszych społecznie chorób, jak m.in. choroby układu krążenia, nowotwory złośliwe i choroby psychiczne. To, co teraz robi się w ministerstwie, opiera się na algorytmach matematycznych i do tej metody nie jesteśmy przekonani – stwierdził Wysocki.

– Żaden kraj, żaden budżet, jeśli nie ma sprawnego systemu zapobiegania chorobom i promocji zdrowia, nie jest w stanie pokrywać rosnących kosztów terapii starzejącej się ludności – zaznaczył. Krzysztof Kuszewski, kierownik Zakładu Organizacji i Ekonomiki Ochrony Zdrowia NIZP – **PZH**, przypomniał prace nad „Policy paper dla ochrony zdrowia na lata 2014 – 2020 Krajowe Strategiczne Ramy”. Właśnie ten dokument realizować miał zobowiązania Polski, od których spełnienia uzależnione jest uruchomienie funduszy UE. To m.in. diagnoza sytuacji zdrowotnej w Polsce, przedstawiona w postaci graficznej.

– Proponujemy budować mapy od dołu, od powiatowego szpitala, przez wojewódzki, specjalistyczny – mówił Kuszewski, który zajmował się m.in. przedstawieniem

danych o tym, jaki sprzęt medyczny dostępny jest w szpitalach w poszczególnych województwach. Ubolewał, że w Polsce nie ma wymogów, w jakim szpitalu, jaki sprzęt powinien być zapewniony.

– Wskaźniki są potrzebne do porównania się z innymi, czy u nas jest lepiej czy gorzej. Do określenia stopnia modernizacji szpitala, założeń budżetów samorządowych, realizacji równego dostępu ludzi do świadczeń i jakości świadczeń. Także do opracowania map potrzeb zdrowotnych. My takie próby czyniliśmy w Instytucie – zaznaczył. Jego zdaniem do tej chwili jednak ministrowie nie chcieli z owych map korzystać, tak

jak nie chcieli wyznaczać standardów do spełnienia. – Teraz mapa jest receptą na wszystko. Mieliśmy dostać 23 mld euro z Unii, warunkiem było przygotowanie map. Pieniądze trzeba wykorzystać do 2020 roku. Napracowaliśmy się, napisaliśmy policy paper i sprawa stoi, mówię to z żalem. Teraz są robione nowe mapy – dodał.

– Już w latach 90. zrobiliśmy system, który pozwalał na generowanie map, trendów, zasobów i tak dalej. Oferowaliśmy wielu ministrom, nikt nie był zainteresowany – wtórował Paweł Goryński z PZH. Przygotowują mapy na podstawie statystyk publicznych, zdarzeń zdrowotnych i danych o wykonywanych świadczeniach. – Mapy pokazują nam elementy sytuacji zdrowotnej czy infrastruktury, jednowymiarowo. Dopiero kiedy pokazaliśmy je złożone w bloki, zainteresowały one decydentów. Bo to wielowymiarowe ukazanie sytuacji zdrowotnej, świadczeń i infrastruktury. Mamy mediany i można porównywać wskaźniki – dodał. Andrzej Koronkiewicz, były dyrektor Mazowieckiej Kasy Chorych, przypomniał doświadczenia tej instytucji, która już 15 lat temu korzystała z danych i statystyk medycznych do opracowania programów terapeutycznych. Na przykład dotyczących zmniejszenia umieralności niemowląt i matek na swoim terenie. Wyznaczono m.in. obligatoryjne badania, przeznaczono na niego środki. Wskaźniki umieralności spadły. – Wystarczyło dokonać analizy danych i ukierunkować odpowiednio pieniądze – wspominał. – Mamy pierwsze doświadczenia. W mapach potrzeb zdrowotnych chodzi o to, by środki finansowe były kierowane tam, gdzie rzeczywiście występuje jakaś potrzeba zdrowotna wynikająca ze struktury demograficznej, wskaźników, epidemiologii czy braku stosownej bazy i kadry specjalistów – tłumaczył.



▶ Sławomir Radiukiewicz, Andrzej Koronkiewicz, Krzysztof Kuszewski, prof. Mirosław Wysocki, Paweł Goryński

NIE MA SZCZEPIONKI, JEST PROFILAKTYKA

– Zakażenie wątroby wirusem typu C to jedna z tych chorób zakaźnych, która nadal stanowi kolosalny problem, między innymi dlatego że nie ma na to szczepionki – powiedział prof. Wysocki podczas kolejnego panelu NIZP – PZH, poświęconego czynnikom ryzyka i zapobiegania zakażeniom HCV w Polsce.

Szczepionkę trudno stworzyć, ponieważ wirus cechuje dużą jego zmienność. Co jakiś czas przybywa nowy genotyp, teraz jest ich siedem. Planowano, że szczepionka powstanie najwcześniej w 2030 roku. Ale zdaniem prof. Kazimierza Madalińskiego, kierownika Pracowni Immunopatologii Zakażeń Hepatotropowych Zakładu Wirusologii w NIZP – PZH, trzeba przesunąć tę datę o następnych 20 lat.

– Do tego dochodzi smutny fakt, że 80 proc. zakażeń to myśmy wyprodukowali, służba zdrowia. Ludzie byli zakażeni ileś lat temu w szpitalach, przychodniach. Wirus był nieznanym, nie przestrzegano procedur. Teraz mówi się o zagrożeniu w gabinetach tatuaży czy u fryzjera, ale one są marginalne – dodał prof. Wysocki. Badania tzw. logistyki szpitalnej prowadzone w Lublinie wykazują, że jedną z procedur, podczas której można zakażać pacjenta jest nieprawidłowo wykonywana gastroscopia i podobne zabiegi.

Według danych prof. Andrzeja Zielińskiego z Zakładu Epidemiologii, zakażenie jest aktywne u około 230 tysięcy osób w Polsce. Problem w tym, że 80 proc. osób zakażonych jest nierozpoznanych. – Do leczenia trafia około 20 procent. Rocznie mamy 2500 do 3500 nowych rozpoznań. Leczonych zaś powinno być czterokrotnie więcej osób. Gdybyśmy wykryli wszystkich, to prawdopodobnie system by ich nie strawił – oceniał. Wymienił też czynniki ryzyka, w które trzeba uderzać, by zmniejszyć zachorowalność. Najwyższym



► Prof. Andrzej Zieliński, Anita Gębska-Kuczerowska, prof. Rafał Gierczyński, Iwona Paradowska-Stankiewicz, prof. Mirosław Wysocki

są zabiegi chirurgiczne duże, choć zapewne do zakażeń dochodzi nie tyle podczas samej operacji, co podczas związanych z nią i z chorobą wielu małych zabiegów łączących się z iniekcją. Kolejny czynnik ryzyka, to właśnie owe małe zabiegi. Potem narkotyki podawane dożylnie. Dopiero po nich zabiegi kosmetyczne, u fryzjera, tatuaże, kolczykowanie itp. Zakażenia podczas seksu są rzadkie i związane raczej z aktami brutalnymi. Grupą ryzyka nie są już też dzisiaj dawcy krwi, ale są osoby dializowane i kobiety w ciąży, właśnie z powodu wielu zabiegów wymagających nakłuwania itp.

Iwona Paradowska-Stankiewicz, konsultant krajowy w dziedzinie epidemiologii, podkreślała, że trzeba przestrzegać dezynfekcji, sterylizacji i uświadamiać ludzi, jakie są zagrożenia. – Trzeba zastępować sprzęty wielorazowego użytku tymi jednorazowymi. Szczególnie u stomatologów i w elementach sprzętu dializy – mówiła. – Niewielki błąd ludzki może kosztować zdrowie i życie wielu osób, które zostały zakażone.

NIZP – PZH realizuje program w zakresie zapobiegania zakażeniom HCV, finansowany w 80 proc. ze środków Szwajcarsko-Polskiego Programu Współpracy i w 15 proc. przez Ministerstwo Zdrowia. – Nasze badania pokazały, że mniej niż 40 proc. osób kojarzy skrót HCV. Jeszcze mniej kojarzy go z wirusową chorobą wątroby. Wiele jest przekonanych, że można się przeciwko tej chorobie zaszczepić, choć nie można. Co więcej, kojarzą tę chorobę z pewnymi grupami, zakażeni do niedawna byli stygmatyzowani, choć zakażenie nie następowało z ich winy – mówił prof. Rafał Gierczyński, p.o. dyrektora Instytutu. Polska, jak zaznaczył, ma postępy w leczeniu tej choroby, ale mniejsze w zapobieganiu jej. Tym więc zajmuje się ich program, realizowany wspólnie z Uniwersytetem Medycznym w Lublinie, Instytutem Psychiatrii i Neurologii w Warszawie i Główną Inspekcją

Sanitarną. Program składa się z pięciu modułów. Jeden dotyczy poprawy diagnostyki HCV i rozpoznania czynników ryzyka. Zbadano w jego ramach ponad 20 tys. osób i oszacowano, ilu jest chorych. Instytut odkrył, że wśród członków rodzin osób zakażonych, które zresztą wcześniej o tym nie wiedziały, nie było wcale więcej zarażonych niż w innych grupach. – Czyli narażenie w rodzinach nie jest drastycznie większe. To ważne, by móc walczyć z niesprawiedliwą dla tych chorych stygmatyzacją – uważa dyrektor. Drugi moduł programu jest skierowany do osób przyjmujących narkotyki w formie iniekcji. – Z

nałogu narkotykowego można wyjść, a HCV to już trzeba wyleczyć. Nasz program stara się przekonać, by uważać, aby się nie zarazić wirusem – mówił prof. Gierczyński. Trzeci moduł skierowany jest do kobiet w ciąży i nastawiony na wykrywanie zakażeń wśród matek. Czwarty ma ocenić przestrzeganie standardów zabiegowych w ochronie zdrowia i poprawić sytuację. A piąty zajmuje się edukacją środowisk medycznych oraz grup, które dziś są marginalnym czynnikiem ryzyka, ale mogą stać się większym, np. z powodu rosnącej popularności tatuaży i piercingu. Liczba takich zabiegów grożących zakażeniem krwiopochodnym rośnie. – Czasami w gabinetach stosują narzędzia jednorazowe, a czasami nie, bo decydują oszczędności. Działamy prewencyjnie zanim dojdzie do dużego zagrożenia – mówił dyrektor.

– Wyzwanie jest duże. Zakładaliśmy przeszkolenie 4 tys. osób, z czego większość to osoby zajmujące się tatuażem, kosmetyczki, fryzjerzy i tak dalej. Trudno do nich dotrzeć z informacją o potrzebie szkoleń – dodała Anita Gębska-Kuczerowska, która realizuje ten moduł. Zauważyła jeszcze jeden problem: można przeciąć łańcuch ryzyka zakażeń w społeczeństwie, ale w dobie globalizacji i dużej migracji do innych krajów, jest to problem nadal nie dający się rozwiązać. – Trzeba czasu, by zmienić ludzkie postawy. Projekty takie jak ten, dają na to dużą szansę – uważa.

– Mamy jeszcze szósty moduł, nie ujęty w programie, ale tak go roboczo nazywamy. To społeczna kampania informacyjna, pracujemy nad nią – zapowiedział prof. Gierczyński. – Chcemy przekonać ludzi, by unikać ryzyka, ale nie bać się badać. Wczesne wykrycie pozwala lepiej kierować swoim życiem, by uniknąć zaostrzenia objawów i dysfunkcji wątroby. Warto wiedzieć, warto się nie bać – przekonywał. ■