



# ASPEKTY SYSTEMOWE I EKONOMICZNE WZW TYPU C W POLSCE Z PERSPEKTYWY ZDROWIA PUBLICZNEGO

Praca zbiorowa pod redakcją:

Prof. dr hab. n. med. Mirosław J. Wysocki

Dr n. med. Jakub Gierczyński, MBA

Dr n. med. Anita Gębska-Kuczerowska

Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego  
- Państwowy Zakład Higieny

Warszawa 2017

NARODOWY INSTYTUT ZDROWIA PUBLICZNEGO  
- PAŃSTWOWY ZAKŁAD HIGIENY

Aspekty systemowe i ekonomiczne  
WZW typu C w Polsce  
z perspektywy zdrowia publicznego

© Copyright by Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego  
- Państwowy Zakład Higieny, 2017

ISBN 978-83-89379-69-6

Publikacja finansowana ze środków Projektu KIK/35  
„Zapobieganie zakażeniom HCV”,  
współfinansowanego przez Szwajcarię  
w ramach szwajcarskiego programu współpracy  
z nowymi krajami Unii Europejskiej oraz Ministra Zdrowia

**Redakcja techniczna:**  
Mgr Karolina Zakrzewska

**Sekretariat monografii:**  
Mgr Anna Rutyna  
Mgr Aneta Trochonowicz

**Kierownictwo Projektu KIK/35**  
**Zapobieganie zakażeniom HCV:**  
Mgr Anna Matek  
Mgr Rafał Patoła

**Projekt okładki:**  
Mgr Rafał Patoła i Eura7 Sp. z o.o.

**Opracowanie graficzne i skład:**  
Anna Maciejewska i Maciej Ostoja-Lniski

**Wydawca:**  
Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego  
- Państwowy Zakład Higieny  
ul. Chocimska 24, 00-791 Warszawa  
tel. 22 54 21 229  
www.pzh.gov.pl

**Druk i oprawa:**  
TOTEM.COM.PL  
ul. Jacewska 89, 88-100 Inowrocław

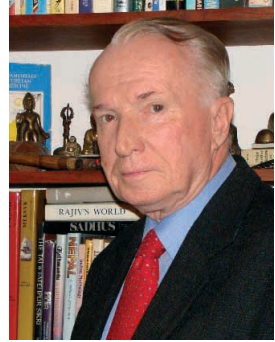
# SPIS TREŚCI

<b>Przedmowa</b>	
MIROŚLAW J. WYSOCKI .....	7
<b>1. Najlepsze praktyki i kluczowe wnioski z realizacji Projektu z perspektywy szwajcarskiej .....</b>	<b>9</b>
ERIKA PLACELLA	
1.1. Format konferencji/wydarzenia zamykającego .....	12
1.2. Spostrzeżenia, najlepsze praktyki, trudności i zalecenia .....	15
1.3. Najlepsze praktyki, wyzwania i zalecenia według projektów .....	20
1.4. Zalecenia .....	26
<b>2. Projekt KIK/35 <i>Zapobieganie zakażeniom HCV</i>: od badań naukowych do edukacji społeczeństwa i rekomendacji działań strategicznych .....</b>	<b>29</b>
RAFAŁ GIERCZYŃSKI	
2.1. Projekt KIK/35 <i>Zapobieganie zakażeniom HCV</i> .....	31
2.2. Najważniejsze działania i rezultaty uzyskane w wyniku realizacji poszczególnych Projektów merytorycznych Projektu KIK/35 .....	32
2.3. Informacyjna kampania społeczna, przeprowadzona w ramach Projektu KIK/35 <i>Zapobieganie zakażeniom HCV</i> .....	38
2.4. Obszary wrażliwe i elementy ryzyka w przypadku prozdrowotnych kampanii społecznych, kierowanych do społeczeństwa w Polsce, stwierdzone w toku realizacji kampanii <i>HCV Jestem świadom</i> .....	41
<b>3. Rola Państwowej Inspekcji Sanitarnej w zapobieganiu zakażeniom krwiopochodnym .....</b>	<b>50</b>
ALEKSANDRA CZYRZNIKOWSKA, IZABELA KUCHARSKA, MAREK POSOBKIEWICZ	
3.1. Uwarunkowania funkcjonowania Państwowej Inspekcji Sanitarnej .....	51
3.2. Nadzór nad sytuacją epidemiologiczną w zakresie zakażeń HCV w Polsce .....	52
3.3. Działalność nadzorowa i kontrolno-represyjna organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej .....	53

3.4. Działalność edukacyjno-profilaktyczna Państwowej Inspekcji Sanitarnej w kontekście przeciwdziałania chorobom przenoszonym drogą krwi .....	55
3.5. Bezpieczeństwo zabiegów wykonywanych z przerwaniem ciągłości tkanek (w sektorze medycznym i pozamedycznym) jako priorytet działania Państwowej Inspekcji Sanitarnej .....	57
<b>4. Ryzyko zakażeń krwiopochodnych z perspektywy zdrowia publicznego - raport z badania .....</b>	<b>65</b>
ANITA GĘBSKA-KUCZEROWSKA, MIROŚLAW J. WYSOCKI, IWONA PARADOWSKA-STANKIEWICZ, MAGDALENA STEC, GRZEGORZ JUSZCZYK	
4.1. Ryzyko zakażeń krwiopochodnych z perspektywy zdrowia publicznego - wyniki oraz ich omówienie .....	66
<b>5. Zgłaszalność zakażeń HCV w ramach rutynowego nadzoru epidemiologicznego jako narzędzie monitorowania epidemiologii HCV w Polsce .....</b>	<b>101</b>
MAGDALENA ROSIŃSKA, MAŁGORZATA STĘPIEŃ	
5.1. Ewolucja systemu nadzoru epidemiologicznego nad wirusowym zapaleniem wątroby typu C (WZW C) w Polsce .....	103
5.2. Dodatkowe źródła danych .....	108
5.3. Występowanie WZW C w Polsce - trendy i charakterystyka demograficzna .....	108
5.4. Wykrywalność WZW C - nowe rozpoznania a rozpowszechnienie w populacji .....	112
<b>6. Rola Pielęgniarek Epidemiologicznych w prewencji WZW Typu C w Polsce .....</b>	<b>116</b>
MIROŚLAWA MALARA, GRZEGORZ ZIÓLKOWSKI, MAŁGORZATA SOBANIA, MAŁGORZATA GIEMZA, RITA PAWLETKO, EDYTA SYNOWIEC	
<b>7. Aktualne problemy nadzoru nad warunkami higieniczno-sanitarnymi w podmiotach wykonujących działalność z naruszeniem ciągłości tkanek .....</b>	<b>129</b>
ALEKSANDRA CZYRZNIKOWSKA, IZABELA KUCHARSKA, MAREK POSOBKIEWICZ	
7.1. Podstawa działań zapobiegających szerzeniu się zakażeń HCV .....	130
7.2. Wybrane problemy w obszarze zakażeń krwiopochodnych .....	131
<b>8. Sytuacja chorych na WZW C w Polsce na tle Unii Europejskiej .....</b>	<b>144</b>
BARBARA PEPKE	
8.1. Rola organizacji społecznych w kształtowaniu polityki zdrowotnej .....	144
8.2. Aspekt społeczny zakażenia HCV .....	146
8.3. Postęp w diagnozowaniu i leczeniu WZW C .....	148
8.4. Dostęp do opieki nad pacjentami z WZW C w Polsce i w Europie .....	149
8.5. Diagnozowanie zakażeń HCV w Polsce .....	160
8.6. Opieka nad pacjentem z późnymi następstwami zakażenia HCV .....	160

<b>9. Terapia zakażeń HCV w Polsce wczoraj, dziś i jutro .....</b>	<b>164</b>
ROBERT FLISIAK	
9.1. Czynniki warunkujące skuteczność leczenia .....	165
9.2. Leki stosowane w Polsce w przeszłości .....	166
9.3. Leki aktualnie stosowane w Polsce .....	167
9.4. Dostępność terapii w Polsce .....	170
9.5. Przyszłość terapii zakażeń HCV w Polsce .....	170
<b>10. Historia Polskiej Grupy Ekspertów HCV .....</b>	<b>174</b>
WALDEMAR HALOTA	
10.1. Historia badań nad HCV w Polsce .....	175
10.2. Polska Grupa Ekspertów HCV (PGE HCV) .....	176
10.3. Projekt Narodowego Programu Zwalczenia HCV .....	177
10.4. Ważniejsze działania edukacyjno-szkoleniowe .....	178
10.5. Badania przesiewowe w kierunku HCV .....	179
10.6. Ogólnopolski Rejestr Zakażonych HCV .....	180
10.7. Diagnostowanie zakażeń HCV .....	180
10.8. Perspektywy eradykacji HCV w Polsce .....	181
10.9. Rekomendacje i standardy terapeutyczne .....	181
<b>11. Wirusowe zapalenie wątroby typu C z perspektywy Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (AOTMiT) .....</b>	<b>185</b>
WOJCIECH WYSOCZAŃSKI	
11.1. Programy Lekowe .....	187
11.2. Udział AOTMiT w procesie refundacyjnym .....	192
11.3. Programy Polityki Zdrowotnej i Programy Zdrowotne .....	198
11.4. Sugestie dla planujących nowe Programy Zdrowotne i Programy Polityki Zdrowotnej .....	200
<b>12. Aspekty Systemowe WZW C w Polsce z perspektywy danych wykorzystanych w mapach potrzeb zdrowotnych .....</b>	<b>211</b>
BARBARA WIĘCKOWSKA, BEATA KOŃ, MARIUSZ ZIĘBA	
12.1. Wirusowe zapalenie wątroby w Mapach Potrzeb Zdrowotnych .....	212
12.2. Szacowanie wskaźników epidemiologicznych - WZW C .....	214
12.3. Leczenie szpitalne wirusowego zapalenia wątroby typu C .....	217
<b>13. Wirusowe zapalenie wątroby typu C finansowanie i rozliczanie świadczeń przez Narodowy Fundusz Zdrowia w ramach umów o udzielanie świadczeń .....</b>	<b>231</b>
KRYSTYNA WODEJKO, WOJCIECH ZAWALSKI	
13.1. Zapadalność .....	232
13.2. Liczba osób leczonych z powodu przewlekłego WZW, dla których świadczenia rozliczono w ramach umów ambulatoryjnej opieki specjalistycznej i leczenia szpitalnego .....	233

13.3. Wartość rozliczonych świadczeń .....	237
13.4. Programy lekowe .....	242
13.5. Program lekowy: leczenie przewlekłego WZW C terapią bezinterferonową .....	246
13.6. Program lekowy: leczenie przewlekłego WZW C z zastosowaniem interferonu .....	247
13.7. Listy oczekujących na leczenie w programach lekowych .....	248
<b>14. Przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby jako przyczyna niezdolności do pracy na podstawie badań statystycznych Zakładu Ubezpieczeń Społecznych .....</b>	<b>253</b>
EWA KARCZEWICZ	
14.1. Wydatki na świadczenia z ubezpieczeń społecznych związane z niezdolnością do pracy .....	253
14.2. Przyczyny czasowej niezdolności do pracy - absencja chorobowa .....	257
14.3. Krótkoterminowa niezdolność do pracy - orzeczenia uprawniające do świadczenia rehabilitacyjnego .....	260
14.4. Przyczyny długotrwałej niezdolności do pracy w orzeczeniach pierwszorazowych, wydawanych przez lekarzy orzeczników dla celów rentowych .....	262
<b>15. Chorobowość hospitalizowana mieszkańców Polski z powodu wirusowego zapalenia wątroby typu C .....</b>	<b>268</b>
BOGDAN WOJTYNIAK, PAWEŁ GORYŃSKI, JAKUB STOKWISZEWSKI	
15.1. Materiał i metody .....	268
15.2. Chorobowość hospitalizowana mieszkańców Polski z powodu WZW C .....	269
<b>Podsumowanie .....</b>	<b>277</b>
JAKUB GIERCZYŃSKI, ANITA GĘBSKA-KUCZEROWSKA, MIROSLAW J. WYSOCKI	
<b>Wykaz skrótów i pojęć obcojęzycznych .....</b>	<b>285</b>
<b>Indeks Autorów .....</b>	<b>289</b>



## PRZEDMOWA

W dniach 6 i 7 lutego 2017 r. w Narodowym Instytucie Zdrowia Publicznego - Państwowym Zakładzie Higieny w Warszawie odbyła się konferencja zamykająca Szwajcarsko-Polski Projekt KIK/35 *Zapobieganie zakażeniom HCV*. W trakcie konferencji została zaprezentowana monografia pt. *Projekt KIK/35 - Zapobieganie zakażeniom HCV, jako przykład zintegrowanych działań w zdrowiu publicznym na rzecz ograniczenia zakażeń krwiopochodnych w Polsce*. Niniejsza monografia pt. *Aspekty systemowe i ekonomiczne WZW typu C w Polsce z perspektywy zdrowia publicznego* została zrealizowana w ramach Szwajcarsko-Polskiego Projektu KIK/35, jako uzupełnienie i kontynuacja pierwszej monografii. Do udziału w niniejszym opracowaniu zostali zaproszeni kluczowi interesariusze systemowi, którzy zgodnie z zasadami zdrowia publicznego odgrywają istotną rolę na etapie edukacji, profilaktyki, monitoringu epidemiologicznego, zapobiegania, diagnostyki, leczenia, rehabilitacji, opieki społecznej, tworzenia polityki zdrowotnej oraz reprezentują pacjenta, jako podmiot wszystkich działań systemowych. Zaproszenie do udziału w monografii wystosowane przez Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego - PZH zostało przyjęte przez Szwajcarską Agencję ds. Rozwoju i Współpracy, Ministerstwo Zdrowia, Narodowy Fundusz Zdrowia, Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, Głównego Inspektora Sanitarnego, Zakład Ubezpieczeń Społecznych, Koalicję Hepatologiczną, Polską Grupę Ekspertów oraz Polskie Stowarzyszenie Pielęgniarek Epidemiologicznych. Należy podkreślić, że autorzy rozdziałów mieli pełną niezależność w przygotowaniu treści rozdziałów z zakresu swoich działań i badań związanych z WZW typu C. Pomimo bardzo krótkiego czasu na przygotowania kontrybucji naukowej efekt jest imponujący. Każdy z rozdziałów dostarcza aktualnych i wiarygodnych danych, często publikowanych po raz pierwszy.

Wirusowe zapalenie wątroby (WZW) jest obecnie jednym z najważniejszych wyzwań dla zdrowia publicznego w Polsce i na świecie. Światowa Organizacja Zdrowia zaleca rządów krajów europejskich dostosowanie krajowych strategii

WZW do strategii i rekomendowanych planów działania oraz wzmocnienie krajowych systemów zdrowia publicznego w zakresie prewencji, monitorowania i eliminacji zakażeń, budowania świadomości społecznej, diagnostyki, dostępu do skutecznej terapii oraz analizowania wskaźników systemowych i ekonomicznych. Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego - PZH od wielu lat pełni ważną rolę w przygotowaniu danych do planowania polityki zdrowotnej. Są to przede wszystkim działania w zakresie Narodowych Programów Zdrowia (NPZ), cykliczne raporty na temat stanu zdrowia ludności Polski, monitoring epidemiologiczny oraz inne opracowania z zakresu zdrowia publicznego. Zdrowia publicznego, które w myśl swoich założeń reprezentuje całościowe podejście do ochrony oraz promowania zdrowia jednostki i społeczeństwa. Wspiera aktywności wszystkich interesariuszy systemowych oparte na skoordynowanym działaniu w zakresie promocji zdrowia, działań zapobiegawczych skoordynowanych z szeroką gamą świadczeń leczniczych, rehabilitacyjnych oraz związanych z długoterminową opieką medyczną. Efekty na szczeblu narodowym i regionalnym uzyskuje się poprzez wdrażanie podstawowych funkcji zdrowia publicznego, a zwłaszcza przez kształtowanie nawyków zdrowego stylu życia, realizację programów promocji zdrowia, zapobieganie zakaźnym i niezakaźnym chorobom o znaczeniu społecznym, kontrolę czynników ekologicznych, tworzenie sprzyjających zdrowiu warunków społeczno-ekonomicznych oraz zapewnienie powszechnego i równego dostępu do opieki medycznej. Podstawowym warunkiem sukcesu jest jednak zawsze koordynacja i kompleksowość działania wszystkich interesariuszy systemowych.

Pragnę wyrazić szczególne podziękowania wszystkim autorom rozdziałów za przedstawienie najważniejszych i aktualnych danych oraz refleksji dotyczących problemu zdrowotnego, jakim jest zapalenie wątroby typu C w kontekście zdrowia publicznego. Dziękuję również Rządowi Szwajcarii, reprezentowanemu przez Szwajcarsko-Polski Program Współpracy i Szwajcarską Agencję ds. Rozwoju i Współpracy oraz Ministrowi Zdrowia RP za inspiracje do prac naukowych i sfinansowanie wydawnictwa.

Zapraszam Państwa do lektury niniejszej monografii oraz dalszych dyskusji i prac prowadzących do optymalizacji rozwiązań systemowych w zakresie WZW typu C, jako jednego z większych wyzwań dla zdrowia publicznego w Polsce.

*Prof. dr hab. n. med. Mirosław J. Wysocki*

Dyrektor Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego  
- Państwowego Zakładu Higieny,  
Konsultant Krajowy w dziedzinie Zdrowia Publicznego



# NAJLEPSZE PRAKTYKI I KLUCZOWE WNIOSKI Z REALIZACJI PROJEKTU Z PERSPEKTYWY SZWAJCARSKIEJ

Erika Placella

Doradca ds. Zdrowia dla regionu Europy Wschodniej i Azji Centralnej  
Szwajcarska Agencja ds. Rozwoju i Współpracy

Wirusowe zapalenie wątroby<sup>1</sup> stanowi problem zdrowia publicznego na skalę globalną, dotykający co roku miliony osób oraz powodujący wysoką zachorowalność i śmiertelność. Szacuje się, że 170 milionów osób na całym świecie jest zakażonych wirusem zapalenia wątroby typu C (HCV) w sposób przewlekły<sup>2</sup>. Liczby te znacznie przekraczają liczbę osób zakażonych wirusem HIV, którą szacuje się na 34 miliony. Większość osób zakażonych wirusem HCV jest nieświadomych swojej przewlekłej infekcji. Są narażeni na wysokie ryzyko ciężkiej przewlekłej choroby wątroby oraz mogą nieświadomie przenieść zakażenie na inne osoby. Szacuje się, że każdego roku ponad 350 000 osób umiera z powodu chorób wątroby związanych z wirusem HCV.

Wirus HCV jest głównie przenoszony przez kontakt z zakażoną krwią. Do głównych dróg zakażenia w Polsce zaliczamy: transfuzje krwi zakażonej wirusem HCV, zabiegi medyczne przeprowadzane bez zachowania właściwych standardów, a także dzielenie się igłami i strzykawkami wśród użytkowników narkotyków dożylnych (ang. Injecting Drug Users, IDU). Nie istnieje szczepionka przeciwko wirusowi HCV, jednakże istnieją efektywne kosztowo środki, takie jak bezpieczne procedury medyczne, które mogą znacząco ograniczyć ryzyko zakażenia. Zakażenie HCV jest uleczalne. Jednakże dostęp do leczenia w wielu miejscach na świecie jest ograniczony, w tym w Polsce. Wirusowe zapalenie wątroby stanowi duże obciążenie dla systemu opieki zdrowotnej z uwagi na wysokie koszty leczenia niewydolności wątroby oraz przewlekłej choroby wątroby, a także innych powikłań.

---

<sup>1</sup> Zapalenie wątroby spowodowane przez jeden z 5 wirusów zapalenia wątroby określanych jako typ A, B, C, D i E.

<sup>2</sup> [http://www.who.int/csr/disease/hepatitis/GHP\\_Framework\\_En.pdf?ua=1](http://www.who.int/csr/disease/hepatitis/GHP_Framework_En.pdf?ua=1), [data dostępu 15.02.2017].

Podobnie jak w innych krajach Europy szerzenie się zakażeń wirusem HCV jest w Polsce poważnym problemem zdrowia publicznego. Istnieje jednak niewiele dowodów pozwalających na pełne oszacowanie obciążenia chorobowego w kraju. Najbardziej kompleksowym, lecz wciąż nie do końca wiarygodnym<sup>3</sup> źródłem danych jest krajowy system nadzoru sanitarno-epidemiologicznego. Ponadto dostępne badania nad częstością występowania również wskazują na to, iż wciąż brakuje solidnej podstawy epidemiologicznej do zapobiegania zakażeniom. Co więcej według ekspertów panuje słabe zrozumienie i świadomość na temat choroby w społeczeństwie, wśród pracowników służby zdrowia i innych grupach zawodowych w sektorach narażonych na duże ryzyko transmisji zakażeń krwiopochodnych, takich jak tatuażysty, kosmetyczki i fryzjerzy. W związku z tym **dane szacunkowe dotyczące częstości występowania HCV oraz kluczowych czynników ryzyka są bardzo niepewne i niekompletne**, przez co potrzeba było więcej **dowodów**, aby zapewnić odpowiednią bazę dla **Narodowej Strategii Zapobiegania i Zwalczania HCV (2015-2020)**.

Spośród programów przedstawionych w ramach Celu Zdrowotnego 1 **Szwajcarsko-Polskiego Programu Współpracy**, mających na celu promocję zdrowego trybu życia i zapobiegania chorobom zakaźnym, program zapobiegania zakażeniom HCV został wybrany jako ten, który miał uzyskać wsparcie. Okres wdrażania trwał od kwietnia 2012 r. do marca 2017 r., a zasięg jego był ogólnokrajowy.

Głównym celem programu było **zapewnienie solidnych danych ilościowych i jakościowych opartych na faktach, na potrzeby planowania długoterminowej strategii zapobiegania zakażeniom HCV w Polsce**, poprzez ocenę sytuacji epidemiologicznej, ocenę ryzyka związanego z zakażeniami w placówkach opieki zdrowotnej oraz w sektorach o powiększonym ryzyku dla transmisji zakażeń krwiopochodnych, a także poprzez przygotowanie założeń rutynowych badań diagnostycznych, zwłaszcza wśród użytkowników substancji psychoaktywnych. Ponadto wdrożono działania w zakresie społecznego uświadomienia, w zakresie problemu zakażeń HCV i zasad zapobiegania tym zakażeniom, ze szczególnym uwzględnieniem pracowników medycznych.

Program podzielono na **5 powiązanych ze sobą projektów**:

- Projekt 1:** Usprawnienie diagnostyki HCV, oszacowanie występowania HCV w populacji ogólnej oraz analiza czynników związanych z występowaniem HCV
- Projekt 2:** Opracowanie i weryfikacja programu zapobiegania HCV wśród użytkowników narkotyków dożylnych (IDU) i ocena potrzeb w zakresie profilaktyki HCV w tej grupie
- Projekt 3:** Pilotażowy program badania kobiet w ciąży w kierunku zakażeń HCV

---

<sup>3</sup> obciążenie, dane częściowe, powielanie

- Projekt 4:** Jakościowa ocena ryzyka zakażenia HCV w świetle stosowanych procedur medycznych w wybranych zakładach opieki zdrowotnej
- Projekt 5:** Edukacja pracowników wybranych zawodów zwiększonego ryzyka transmisji zakażeń krwiopochodnych i ogółu społeczeństwa w zakresie prewencji (HCV, HBV, HIV)

W kwestii **wyboru** powyższych **projektów** należy wspomnieć, że dominującą drogą przenoszenia zakażeń HCV w Polsce są wciąż zabiegi medyczne przeprowadzane bez zachowania właściwych standardów. Użytkowników narkotyków dożylnych oraz kobiety w ciąży (transmisja wertykalna) uznano za odpowiednio drugą i trzecią grupę ryzyka.

Łączny **budżet** programu wynosił 4 669 907 CHF, z czego 3 969 421 CHF (85%) stanowi dofinansowanie ze Szwajcarii, natomiast 700 486 CHF (15%) pochodzi z budżetu polskiego Ministerstwa Zdrowia.

Główną **Instytucją Realizującą** jest Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny (projekty 1, 3, 5), a **instytucjami partnerskimi** są Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie (projekt 2), Uniwersytet Medyczny w Lublinie (projekt 4), a także Główny Inspektorat Sanitarny w Warszawie (projekty 5 i 4).

Po dwóch latach wdrażania w lutym 2015 r. krajowy, niezależny ekspert przeprowadził **Przegląd Śródokresowy**. W Przeglądzie Śródokresowym uczestniczyła doradczyni ds. Zdrowia dla regionu Europy Wschodniej i Azji Centralnej ze Szwajcarskiej Agencji ds. Rozwoju i Współpracy (SDC), skupiając swoją ocenę na istotności programu, jego potencjalnym wpływie na instytucje medyczne oraz populację, a także na kształtowaniu najlepszych praktyk w celu ich rozpowszechnienia w Polsce oraz w innych środowiskach, gdzie Agencja SDC wspiera podobne programy.

Program został ukończony, do końca marca 2017 r. **Konferencja** końcowa zorganizowana przez Instytucję Realizującą oraz instytucje partnerskie miała miejsce **6 i 7 lutego 2017 r.** w Warszawie. W związku z przygotowaniem tego wydarzenia organizatorzy otrzymali wytyczne sugerujące układ, format i program konferencji w celu ujęcia najlepszych praktyk i umożliwienia debaty.

Uwzględniono większość zaleceń Agencji SDC zawartych w **wytycznych**, a w szczególności nacisk na najlepsze praktyki oraz kolejne etapy programu wykraczające poza wsparcie ze Szwajcarii.

**Celem** niniejszego listu-raportu podsumowującego jest

- sformułowanie założeń (skierowanych do Agencji SDC i/lub organizatorów) w zakresie organizacji podobnych konferencji/wydarzeń zamykających,
- poszerzenie zakresu kompendium najlepszych praktyk z kwestiami i wnioskami opracowanymi podczas konferencji,

- sporządzenie końcowego raportu łączącego wszystkie zalecenia na życzenie Instytucji Realizującej.

## 1.1. Format konferencji/wydarzenia zamykającego

### 1.1.1. Prelegenci

Wielu przedstawicieli Instytucji Realizującej (NIZP-PZH) oraz ICU, a także członkowie polskiej Grupy Ekspertów HCV, jak również Główny Inspektor Sanitarny oraz Zastępca Głównego Inspektora Sanitarnego wygłosili wykłady i aktywnie uczestniczyli w panelach. Minister Zdrowia wziął udział w sesji wstępnej drugiego dnia konferencji. W wydarzeniu brali udział również przedstawiciele polskich powiatów, a także przedstawiciel Wojewódzkiej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Gdańsku. Obecni byli również przedstawiciele fundacji oraz organizacji pozarządowych, a także przedstawiciele stowarzyszeń zawodowych (Polskie Stowarzyszenie Pielęgniarek Epidemiologicznych). Na wydarzeniu było obecnych również wielu przedstawicieli środowisk akademickich. Na szczelbu międzynarodowym konferencję uzupełnili również eksperci z Institut Pasteur w Paryżu oraz Europejskiego Centrum ds. Zapobiegania i Kontroli Chorób.

Wszyscy uczestnicy, w tym Minister Zdrowia, wykazali duże zainteresowanie rezultatami i osiągnięciami programu, a także włączeniem najlepszych praktyk i wniosków w już istniejące strategie lub nową, osobno opracowaną Narodową Strategię Zapobiegania HCV. Brakowało jednakże uczestnictwa w dyskusjach panelowych przedstawicieli Ministerstwa Zdrowia, a także większej liczby przedstawicieli grup bezpośrednich beneficjentów.

### Zalecenia

- ⇒ Audytorium i uczestnictwo w konferencjach końcowych należy poszerzyć o wszystkich interesariuszy (w tym o inne podmioty zaangażowane w zapobieganie zakażeniom HCV w sposób nieuwzględniony w programie), lokalnych władz, decydentów, przedstawicieli społeczeństwa obywatelskiego, a także innych stron zainteresowanych, które mogłyby skorzystać na najlepszych praktykach i doświadczeniach wypracowanych przez program.
- ⇒ Przedstawiciele społeczeństwa obywatelskiego (tj. stowarzyszenie pacjentów z HCV) mają szczególne znaczenie i mogą odgrywać kluczową rolę w promowaniu większego wykorzystania zasobów w celu zapobiegania i leczenia HCV (np. refundacja kosztów testu ślínowego dla wszystkich grup populacji).

### 1.1.2. Cel i kwestie kluczowe

Jak zalecono w wytycznych Agencji SDC dot. konferencji zamykającej, wręczonych Instytucji Realizującej przed jej organizacją, konferencja skupiała się wokół strategicznych refleksji, podsumowania najlepszych praktyk, a także elementów polityki w związku z Narodową Strategią Zapobiegania HCV, która ma zostać opracowana. Prezentacja osiągniętych rezultatów była bardzo krótka i zwięzła, a więcej uwagi (słusznie) poświęcono dyskusjom panelowym oraz wymianie najlepszych praktyk i wniosków. Partnerzy wykazali również duże zaangażowanie i prawdziwie strategiczne myślenie na temat kolejnych kroków, które należy podjąć, aby włączyć rezultaty do stosownych strategii (zarówno już istniejących lub także nowej, osobnej Strategii Zapobiegania HCV). Jednakże więcej uwagi należało poświęcić aspektom finansowym związanym z wprowadzaniem opcji zalecanych przez program (tj. koszty włączenia badań w kierunku HCV do podstawowego pakietu świadczonego przez Narodowy Fundusz Zdrowia dla wszystkich grup populacji, porównanie kosztów opracowania osobnej Narodowej Strategii Zapobiegania HCV z kosztami włączenia rezultatów i zaleceń do już istniejących strategii).

Program wykazał również wysoką zdolność dostosowania podejścia do zmieniającego się środowiska oraz nieprzewidzianych i nieprzewidywalnych zdarzeń. Jednakże podczas konferencji nie poświęcono wystarczającej uwagi trudnościom, z którymi zmierzono się podczas wdrażania, a w szczególności problemom związanym z zarządzaniem cyklem projektu (ang. Project Cycle Management, PCM) oraz wyzwaniom wynikającym z czynności wspierających odpowiedzialność i zaangażowanie Ministerstwa Zdrowia na rzecz rozwoju Narodowej Strategii Zapobiegania HCV.

Podczas dyskusji panelowych i prezentacji ekspertów sformułowano bardzo interesujące wnioski i praktyki. Wnioski te umieszczono w niniejszym piśmie-raporcie końcowym. Uczestnikom udostępniono publikację podsumowującą wyniki programu. Obejmuje ona nie tylko opis programu zawierający jego cele, czynności i metodologię, lecz również główne rezultaty i dobre praktyki oparte na faktach, zaobserwowane w czasie wdrażania programu.

### Zalecenia

- ⇒ Bardziej podkreślać trudności, z którymi musiano się zmierzyć w ramach programu (na poziomie politycznym, technicznym, wdrożeniowym i zarządzania), oraz wymienić środki, które podjęto celem pokonania przeszkód.

- ⇒ Lepiej formułować (nie tylko w dyskusji panelowej) i kierować zalecenia dla docelowych, kluczowych stron zainteresowanych, które mogłyby przyczynić się do konsolidacji wyników i utrzymania trwałości rezultatów programu poprzez zainteresowanie (stosownych) władz centralnych i lokalnych, stowarzyszeń zawodowych, organizacji społeczeństwa obywatelskiego, których to dotyczy itp.

### 1.1.3. Struktura

Konferencja opierała się na interaktywnych modułach. Jednakże widownia nie została wystarczająco zaangażowana, a czas na pytania i odpowiedzi był ograniczony. Wyświetlono krótkie filmy i spoty oraz zorganizowano wystawę materiałów kampanii społecznej w budynku, w którym odbywała się konferencja (Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny).

#### Zalecenia

- ⇒ Rozważyć co najmniej jeden interaktywny moduł do programu konferencji. Mogło zostać zorganizowane na przykład dodatkowe wydarzenie polegające na podwójnym wywiadzie z polskimi i szwajcarskimi ekspertami w dziedzinie HCV.
- ⇒ Należało przedstawić więcej przykładów sukcesu (opowiadania, skupienie się na losach beneficjentów).
- ⇒ Większą uwagę poświęcić bezpośrednim beneficjentom (ogół populacji, kobiety w ciąży, użytkownicy narkotyków dożylnych, lekarze, pielęgniarki, pracownicy medyczni, pacjenci, rodzina).

**Prezentacja Agencji SDC** skupiała się na **rozważaniach strategicznych** mających na celu wsparcie wyników programu oraz włączenie rezultatów i zaleceń do stosownych polityk dotyczących zapobiegania HCV.

Warto wspomnieć, że Szwajcaria wspiera obecnie różne programy zdrowotne w całej Europie Wschodniej i Azji Środkowej, lecz żaden z nich nie podejmuje problemu zapobiegania HCV. W związku z tym program ten, jego wyniki, osiągnięcia i najlepsze praktyki są istotne dla Agencji SDC pod kątem ich rozpowszechniania i powielania w podobnych kontekstach.

## 1.2. Spostrzeżenia, najlepsze praktyki, trudności i zalecenia

### 1.2.1. Istotność programu pod kątem priorytetów i potrzeb zdrowia publicznego

- Podobnie jak w innych krajach Europy, szerzenie się zakażeń wirusem HCV jest w Polsce poważnym problemem zdrowia publicznego. Istnieje jednak niewiele dowodów pozwalających na oszacowanie obciążenia chorobowego w kraju. Ponadto dostępne badania nad częstością występowania wskazują również na to, iż brakuje **solidnej podstawy epidemiologicznej** na potrzeby **zapobiegania** (występowanie HCV i kluczowe czynniki ryzyka). Co więcej panuje **słabe zrozumienie i świadomość** na temat choroby w społeczeństwie oraz wśród pracowników medycznych, zwłaszcza na poziomie podstawowej opieki zdrowotnej. W związku z powyższym konieczne było **wygenerowanie danych**, aby zapewnić odpowiednią podstawę dla Narodowej Strategii Zapobiegania i Zwalczania HCV w kraju, zbieżnej ze Strategią dot. Wirusowego Zapalenia Wątroby 2016-2021<sup>4</sup> Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) na rzecz globalnej strategii dla sektora zdrowia, która ma na celu wyeliminowanie zakażeń HCV do 2030 roku.
- W oparciu o tę ocenę **Szwajcarsko-Polski program** miał na celu **zapewnienie solidnych danych ilościowych i jakościowych** opartych na faktach, na potrzeby planowania długoterminowej **strategii zapobiegania zakażeniom HCV** w Polsce poprzez ocenę sytuacji epidemiologicznej, ocenę ryzyka związanego z zakażeniami w placówkach opieki zdrowotnej oraz w sektorach o powiększonym ryzyku transmisji zakażeń krwiopochodnych, a także poprzez przygotowanie założeń dotyczących rutynowych badań diagnostycznych, zwłaszcza wśród użytkowników substancji psychoaktywnych. Ponadto opracowano program dotyczący **społecznego uświadomienia** w zakresie problemu zakażeń HCV i zasad zapobiegania tym zakażeniom, ze szczególnym uwzględnieniem pracowników medycznych. Konferencja zamykająca pokazała, iż wspomniane 5 projektów połączono i powiązano ze sobą w sposób prawidłowy.
- W ramach programu wprowadzono **innowacje**, takie jak: wdrażanie czynności na poziomie ośrodków podstawowej opieki zdrowotnej, gdzie najłagodniejszym punktem jest brak kompetencji w zakresie zapobiegania, diagnozy i leczenia HCV (dotychczas w Polsce kampanie dotyczące diagnozy zakażeń

<sup>4</sup> <http://www.who.int/hepatitis/strategy2016-2021/ghss-hep/en/>, [data dostępu 15.02.2017].

HCV przeprowadzano głównie w wyspecjalizowanych jednostkach, takich jak szpitale lub laboratoria); testy ślínowe na przeciwciała anty-HCV, które są nieinwazyjną i dużo łatwiejszą w zastosowaniu metodą, szczególnie w przypadku badania populacji ukrytych, takich jak osoby zażywające narkotyki lub mężczyźni uprawiający seks z mężczyznami; szeroko zakrojona edukacja na temat HCV – od studentów uniwersytetów medycznych, studentów szkół medycznych, szkół dla pielęgniarek, personelu medycznego (w tym dentystów i personelu dentystycznego) do pracowników świadczących usługi kosmetyczne (fryzjerzy, tatuażysty, kosmetyczki).

### 1.2.2. Włączanie wyników programu i dobrych praktyk do stosownych polityk i struktur

- Wybrana metoda generowania, zbierania i analizy danych opartych na faktach w celu rozwinięcia **Strategii Zapobiegania i Zwalczenia HCV** pod kątem reprezentatywności geograficznej, kryteriów wyboru oraz rozmiaru grup docelowych<sup>5</sup> okazała się istotna i odpowiednia. Dokonano jednakże kilku korekt oraz podjęto określone środki, aby zapewnić osiągnięcie celów programu. **Po raz pierwszy** w Polsce wygenerowano tak dużą ilość danych opartych na faktach umożliwiających identyfikację grup docelowych, czynników ryzyka oraz ocenę wiedzy i świadomości społeczeństwa oraz pracowników medycznych w zakresie HCV.
- W kwestii wspomnianych 5 projektów **zebrano dane i dowody** (dane szacunkowe dotyczące obciążenia HCV, dróg zakażenia, rozmiaru grupy z niezdiagnozowaną chorobą) oraz **opracowano kluczowe wnioski i założenia do Strategii**, które **zostaną opublikowane w końcowym sprawozdaniu**. Zgodnie z zaleceniami Przeglądu Śródkresowego podwojono koordynację i integrację wysiłków w finalnej fazie programu. Kluczowym wyzwaniem pozostaje jednak **sformułowanie Strategii** za pomocą danych i spostrzeżeń wygenerowanych w ramach programu, co w pewnym stopniu wykracza poza sferę wpływu programu. Innymi słowy nie ustalono jeszcze jednoznacznie, w jaki sposób odrębne projekty przeprowadzone przez różne instytucje mają być złożone, połączone i zintegrowane w celu **utworzenia Narodowej Strategii Zapobiegania i Zwalczenia HCV**, mimo że Agencja SDC otrzymała oficjalne informacje od Ministerstwa Zdrowia na temat wykorzystania spostrzeżeń i zaleceń w zakresie celów strategicznych.

<sup>5</sup> Wybierając beneficjentów, szczególną uwagę poświęcono biedniejszym województwom (Małopolskie, Świętokrzyskie, Podkarpackie i Lubelskie).



- Podobnie – podczas gdy Ministerstwo Zdrowia wyraziło zainteresowanie i zaangażowanie, a jego uczestnictwo w Komitecie Sterującym było systematyczne, wciąż jeszcze nie potwierdzono, w jakim stopniu polskie **Ministerstwo Zdrowia** (Departament Zdrowia Publicznego, Departament Polityki Zdrowotnej oraz Departament Polityki Lekowej i Farmacji) **przyjęło odpowiedzialność** za program, szczególnie pod względem zastosowania i przejęcia zebranych dowodów i danych oraz ich włączenia w Narodową Strategię Zapobiegania i Zwalczania HCV. W związku z powyższym w Przeglądzie Śródk okresowym zalecono, aby na wczesnym etapie zaangażować stosowne instytucje (szczególnie Ministerstwo Zdrowia i Narodowy Fundusz Zdrowia) w proces przygotowania zaleceń i założeń Strategii.
- Jednym z najbardziej pomysłowych elementów programu jest zorganizowanie **ogólnokrajowej kampanii społecznej i edukacyjnej – „HCV Jestem Świadom”** – mającej na celu **poszerzenie wiedzy i świadomości na temat zakażeń HCV w grupach docelowych**. Kampanię uruchomiono w czerwcu 2016 r. z **dużym zaangażowaniem Instytucji Realizującej oraz pięciu projektów**. Łącznie kampania dotarła do 10 milionów osób. Jak zalecono w Przeglądzie Śródk okresowym, kampanię zaprojektowali i zaplanowali specjaliści z zakresu rzecznictwa i komunikacji, a jej strona [www.jestemswiadom.org](http://www.jestemswiadom.org) jest dobrze przygotowana. Zorganizowano zróżnicowane wydarzenia angażujące różne grupy społeczne oraz wykorzystujące innowacyjne metody marketingu społecznego (oraz różne kanały komunikacji według grup docelowych), aby poszerzyć wiedzę na temat zdrowia. Uruchomiono również akcje koordynowane przez youtuberów i osoby mające wpływ na opinię publiczną, które publikowały różne materiały w Internecie. Jednym z aspektów, które przyczyniły się do sukcesu kampanii jest zaangażowanie stowarzyszeń zawodowych (lekarzy i pielęgniarek). Aby sfinansować te działania promocyjne, częściowo użyto oszczędności programu. W 2016 r. kampania społeczna otrzymała nagrodę „Lider Roku 2016” w kategorii działalność edukacyjno-szkoleniowa w dziedzinie ochrona zdrowia w Polsce w corocznym konkursie „Sukces Roku w Ochronie Zdrowia - Liderzy Medycyny 2016”. Podczas konferencji końcowej podkreślono fakt, iż materiał edukacyjny na potrzeby kampanii społecznej powinien być regularnie aktualizowany. Kwestia ta powinna być szczególnie uwzględniona w Planie działania Narodowej Strategii Zapobiegania i Zwalczania HCV.
- Należało opracować **plan B** na wypadek, gdyby Strategia nie została opracowana lub wdrożona, aby wyniki badań i zalecenia zostały **włączone w inne istniejące strategie**, które otrzymują już finansowanie. Spostrzeżenia i zalecenia związane ze szkoleniem i uświadamianiem pracowników medycznych na temat zwalczania i zapobiegania HCV można na przykład włączyć w istniejące

już programy nauczania na studiach oraz studiach podyplomowych, a także podczas ustawicznego kształcenia medycznego dla lekarzy rodzinnych, ginekologów i pielęgniarek. Zalecenia dotyczące wertykalnej transmisji można umieścić w istniejących protokołach dot. opieki prenatalnej. Dzieje się tak najwyraźniej na poziomie regulacji i poziomie polityki, lecz niestety jeszcze nie w pełni jest wykorzystywane w praktyce.

- Program skupiał się na kwestiach związanych z HCV. Jednakże pierwotnie planowano włączyć kwestie dotyczące zapobiegania innym **chorobom krwiopochodnym** (zapalenie wątroby typu B, HIV/AIDS). Nie podjęto tych kwestii w wystarczający sposób w różnych elementach programu. Jest to istotne pod względem komunikacji i rzecznictwa mającego na celu zapewnić wdrożenie Strategii lub włączenie wyników oceny w inne narodowe strategie i plany działań dotyczące chorób przenoszonych przez krew. W materiałach edukacyjnych (szkolenia stacjonarne i platforma e-learningowa) problem ten rozwiązano w dużo szerszym rozumieniu – zakażenia krwiopochodne ogółem, aspekty prawne i proceduralne, zalecenia i wytyczne dotyczące na przykład zawodowych zakłóć i skaleczeń, codzienne procedury dla pacjentów oraz ich rodzin i opiekunów. W ramach programu treningowego prof. Zbigniew Izdebski, seksuolog, został zaproszony do uczestnictwa w cyklu filmów edukacyjnych, które dostępne są na platformie.
- Aby zachęcać do refundacji testu ślinowego i leczenia (włączenie do **podstawowego pakietu opieki zdrowotnej refundowanego przez Narodowy Fundusz Zdrowia** świadczonego na poziomie podstawowej opieki zdrowotnej), w międzyczasie, zaleca się przeprowadzenie odpowiedniej **analizy kosztów** wykazującej zarówno bezpośrednio, jak i pośrednio **koszty złego stanu zdrowia** wynikającego z zakażeń HCV (na chwilę obecną wiarygodne i kompleksowe dane dotyczące obciążenia ekonomicznego HCV nie są w Polsce dostępne), uzasadniając tym samym inwestycję w działania prewencyjne jako najbardziej ekonomiczne podejście w porównaniu do inwestowania wyłącznie w leczenie.

### 1.2.3. Partnerstwo i przekazywanie dobrych praktyk

- **Współpraca** między instytucjami partnerskimi była **dobra**. Jednakże w celu ułatwienia analizy danych, opracowania Strategii i zachęcania do jej wdrażania, zalecono również, aby zintensyfikować relacje z **zewnętrznymi stronami zainteresowanymi** pracującymi w tym samym sektorze (WHO, prywatne praktyki, stowarzyszenia medyczne, organizacje społeczeństwa obywatelskiego itp.) oraz ich zaangażowanie. Różne wizyty studyjne i wymiany naukowe we współpracy z szwajcarskim Biurem Federalnym ds. Zdrowia Publicznego,

szwajcarskimi uniwersytetami, laboratoriami i ekspertami w dziedzinie HCV rozpoczęto wraz z uruchamianiem programu, lecz później stopniowo ich liczba malała. Takie wysiłki powinny być zintensyfikowane. Przyczyniłoby się to również do zwiększenia i utrzymania motywacji personelu medycznego i usług pozamedycznych, zaangażowanego w program.

- Zgłoszono duże zainteresowanie programem przez beneficjentów końcowych (pacjenci ośrodków podstawowej opieki zdrowotnej, kobiety w ciąży, użytkownicy narkotyków dożylnych). Jednakże, jak podkreślili w trakcie paneli dyskusyjnych przedstawiciele społeczeństwa obywatelskiego, starania zmierzające ku zaangażowaniu i **wzmocnieniu roli pacjentów**, stowarzyszeń pacjentów, grup rzecznictwa pacjentów oraz grup interesów społeczeństwa obywatelskiego powinny być zintensyfikowane w celu zwiększania świadomości pacjentów na temat ich prawa do żądania lepszego zapobiegania i zarządzania kwestią zakażeń HCV i w ten sposób zachęcania do opracowania i wdrożenia Strategii oraz wywierania presji w tym kierunku.

#### 1.2.4. Skuteczność i wydajność w związku z wdrażaniem programu

- **Wdrażanie** programu jest **zgodne** z pierwotnie zaplanowanym **harmonogramem**. Oczekuje się, że wyniki, które zostaną osiągnięte w ramach współfinansowanych projektów oraz zastosowanie bardzo istotnych oszczędności będą **lepsze niż się spodziewano** pod względem badanych grup docelowych, materiału edukacyjnego oraz kampanii społecznej, szkoleń prowadzonych dla personelu medycznego i usług pozamedycznych, rozpowszechniania wyników i publikacji.
- **Instytucja Realizująca** miała odpowiedni **ogład na działania** i wykazała się właściwą odpowiedzialnością, przy czym jest to największy i najbardziej prestiżowy program, który instytucja przeprowadziła. Pozytywne skutki programu pod kątem budowania potencjału Instytutu są również godne uwagi, nie tylko w zakresie kwestii technicznych, lecz również tych związanych z zarządzaniem cyklem projektu (PCM). Szczególny nacisk położono również na wzmacnianie i wsparcie Komitetu Sterującego złożonego z doświadczonych specjalistów klinicznych oraz specjalistów ds. zdrowia publicznego.
- Instytucja Realizująca oraz partnerzy wdrożeniowi wykazali się **otwartością, przejrzystością** i chęcią szukania wspólnych rozwiązań w zakresie napotykanym trudności.
- **Współpraca** i komunikacja między **zaangażowanymi instytucjami** była na dobrym poziomie. Zaobserwowano bowiem zarówno dobrą interakcję, jak i odpowiednią wiedzę na temat całego programu, a także komplementarność

różnych elementów. Istniała **wspólna ogólna opinia** na temat potrzeby posiadania kompleksowej metody w zakresie zapobiegania i zwalczania HCV.

- Pomimo trudności odnaleziono na czas szybkie i konstruktywne rozwiązania. Pokazuje to dużą **elastyczność** programu oraz dużą **zdolność reagowania** partnerów<sup>6</sup>.
- **Oszczędności** programu zostały **stosownie użyte** zgodnie z zaleceniami Przeglądu Śródokresowego: dalsza kontrola pacjentów z pozytywnym wynikiem badań na obecność zakażenia HCV (projekty 1, 3); rozszerzenie konferencji zamykającej za pomocą warsztatów i dyskusji panelowych; diagnoza zakażeń HCV u pacjentów z przebyłą biopsją prostaty w wywiadzie (projekt 1); badanie mające na celu porównanie wiedzy na temat zakażeń HCV studentów pierwszego i ostatniego roku wydziałów medycznych i stomatologicznych (6 rok studiów medycznych i 5 rok studiów stomatologicznych); rozpowszechnianie wyników programu wśród specjalistów (projekt 1); kontynuacja szkoleń kaskadowych dla pracowników medycznych i niemedyycznych (projekt 5); organizacja kampanii społecznej: kampania internetowa, kampania edukacyjna i informacyjna, działalność na wydarzeniach (pikniki rodzinne, Przystanek Woodstock), narodowy test wiedzy o zdrowiu ze szczególnym naciskiem na HCV oraz zakażenia krwiopochodne, zorganizowany w państwowej telewizji.

### 1.3. Najlepsze praktyki, wyzwania i zalecenia według projektów

#### 1.3.1. Usprawnienie diagnostyki HCV, oszacowanie występowania HCV w populacji ogólnej oraz analiza czynników związanych z występowaniem HCV

##### *Wyniki i najlepsze praktyki*

- Projekt dobrze odbierany przez podmioty medyczne, jak również badane osoby.
- Sesje szkoleniowe cieszyły się dużym zainteresowaniem.

---

<sup>6</sup> tj. w projekcie 1: metoda wyboru czynników motywacyjnych w celu zachęcania do uczestnictwa placówek medycznych w programie (dzięki tym staraniom w programie wzięły udział 2 dodatkowe ośrodki podstawowej opieki zdrowotnej), korekty błędów statystycznych lub ukierunkowanie na testy ślinowe.

- **Ukończono rekrutację pacjentów** (cel: 23 548), łącznie 23 737 pacjentów; wysokie zainteresowanie wśród pacjentów.
- 92% (cel 80%) badanej populacji, której wyniki testów były pozytywne, **skierowano** do dalszej opieki medycznej celem przeprowadzenia **leczenia**. Głównymi problemami i przeszkodami jest długi czas oczekiwania na wizytę u specjalisty, brak hepatologów, a także brak przystępnej cenowo terapii.
- **Zapewniono rozpowszechnienie wyników projektu**: 50. Kongres Europejskiego Stowarzyszenia Badań nad Wątrobą w Wenecji (2015), 8. Europejska Konferencja o Zdrowiu Publicznym w Mediolanie (2015), 4. Edycja Medicinarów (2015), 51. Kongres Europejskiego Stowarzyszenia Badań nad Wątrobą w Barcelonie (2016), publikacja różnych artykułów, produkcja materiału wideo, broszury promujące program, badania, spot telewizyjny/radiowy.
- Stosowne dodatkowe działania przeprowadzane z **użyciem oszczędności**: dalsza kontrola pacjentów w podstawowej opiece zdrowotnej, rekrutacja nowych ośrodków, badanie pacjentów z przebytą biopsją prostaty.
- Projekt znacząco przyczynił się do **kampanii społecznej**.

### **Trudności i zalecenia**

- Największe **trudności** (w różnych projektach), były spowodowane m.in. wysoką rotacją personelu.
- W ramach projektu nr 1 odnotowano istotne **przeszkody** w docieraniu do **placówek ambulatoryjnej opieki zdrowotnej** (podobny problem zaobserwowano w ramach projektu nr 4 - **do klinik dentystycznych**, oraz w ramach projektu nr 5 - **do salonów kosmetycznych**) i przekonaniu ich do uczestnictwa w projekcie, a także niskie zainteresowanie ze strony prywatnych klinik i, w przypadku projektu nr 4, - praktyk dentystycznych. Należy opracować ukierunkowane strategie zachęcania ich do uczestnictwa.
- Z uwagi na zgłoszone trudności w docieraniu do młodych ludzi w Strategii należy położyć szczególny **nacisk na uświadamianie młodzieży na temat zapobiegania HCV**, zwłaszcza na obszarach wiejskich.
- Co również podkreślono podczas konferencji zamykającej, zaleca się także opracowanie ukierunkowanych strategii zapobiegania i zwalczania HCV dla **populacji imigrantów oraz populacji więziennej** (dane w tym zakresie są ograniczone).
- Do dnia dzisiejszego **dane epidemiologiczne** zgromadzone przez projekt 1 i inne projekty w programie **nie zostały**, poza zgłoszeniem przypadków do nadzoru epidemiologicznego, włączone do krajowego **systemu statystycznego o zdrowiu (HIS)** i nie planuje się tego w ramach projektu. Upublicznienie tych danych, z pełną dostępnością dla osób decyzyjnych w systemie opieki zdrowotnej, pracowników służby zdrowia i instytucji akademickich jest kluczowe. Podczas konferencji dr Piotr Kramarz z Europejskiego Centrum Zapobiegania

i Kontroli Chorób podkreślał konieczność publicznego udostępniania danych na poziomie europejskim w celu skutecznego nadzoru nad wirusowym zapaleniem wątroby typu B i C w Europie.

### 1.3.2. Opracowanie i weryfikacja programu zapobiegania HCV wśród użytkowników narkotyków dożylnych (IDU) i ocena potrzeb w zakresie profilaktyki HCV w tej grupie

#### *Wyniki i najlepsze praktyki*

- **Nie** zgłoszono szczególnych trudności w dotarciu do grup populacji użytkowników narkotyków dożylnych. **Akceptacja** projektu przez grupę docelową jest oceniana jako **dobra**; podobnie w przypadku poziomu **zainteresowania** programem i współpracą ze strony placówek terapeutycznych lub placówek redukcji szkód.
- **Zapewniono rozpowszechnienie wyników projektu**: prezentacja w Krajowym Biurze Do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii (organ doradczy Premier), debata zorganizowana przez Polską Sieć Polityki Narkotykowej, publikacja artykułów i artykułów naukowych, opracowanie materiałów profilaktycznych i szkoleniowych, badania jakościowe, przemowa na Konferencji EMCDDA w Lizbonie (2015), 11. spotkanie robocze Grupy Eksperckiej ds. Nadużywania Alkoholu i Substancji Odurzających w Oslo (2015), a także Konferencja Naukowa Polskiego Towarzystwa Badań nad Uzależnieniami w Warszawie (2015), uczestnictwo w kilku wydarzeniach plenerowych zorganizowanych w ramach kampanii społecznej (np. Przystanek Woodstock, „Lato z Radiem”).
- Jak zalecono w Przeglądzie Śródkresowym, wzmocniono prewencyjne działania edukacyjne i uświadamiające kierowane do użytkowników narkotyków dożylnych, a także środki mające na celu zmniejszenie **stygmatyzacji** i **dyskryminacji** użytkowników narkotyków dożylnych zakażonych HCV.

#### *Trudności i zalecenia*

- **Koinfekcja** wirusowym zapaleniem wątroby i wirusem **HIV** jest w coraz większej mierze uznawana jako istotny problem zdrowia publicznego. Zakażenie HCV dotyka 20% osób żyjących z wirusem HIV na całym świecie. Wśród użytkowników narkotyków dożylnych zakażonych HIV, u około 75% występuje koinfekcja wirusem HCV. Zgodnie z pierwotnym planem opracowywana Narodowa Strategia Zapobiegania i Zwalczania HCV oraz wzorcowy program zapobiegania HCV powinny uwzględniać potencjalny pozytywny wpływ na zapobieganie HIV.
- **Dostęp do leczenia** HCV dla użytkowników narkotyków dożylnych jest w Polsce bardzo trudny. Obecnie Narodowy Fundusz Zdrowia pokrywa leczenie wyłącznie w przypadku koinfekcji HIV/HCV lub jeżeli użytkownik narkotyków

dożylnych jest w stanie utrzymać abstynencję przez co najmniej 1 rok. Inne trudności wymienione podczas konferencji końcowej są następujące: pacjenci objęci programami substytucyjnymi nie są systematycznie badani, reakcja leków przeciwwirusowych z substancjami zastępczymi, brak programów adaptacji społecznej dla użytkowników narkotyków dożylnych, brak świadomości na temat ryzyka związanego z przygotowaniem leków, brak programów zajmujących się uzależnieniami w kompleksowy i holistyczny sposób na poziomie lokalnym, wysoka stygmatyzacja użytkowników narkotyków dożylnych, niska świadomość na temat zwiększonego ryzyka infekcji związanego z ryzykownym zachowaniem seksualnym (MSM – mężczyźni uprawiający seks z mężczyznami) oraz spożywaniem środków zwiększających aktywność seksualną. Powyższe kwestie należy uwzględnić w założeniach i zaleceniach do opracowywanej Strategii Zapobiegania i Zwalczania HCV.

- Rządowe instytucje na poziomie lokalnym powinny być bardziej zaangażowane w ogólne zapobieganie i zwalczanie HCV (programy redukcji szkód). Program nie poświęcił szczególnej uwagi tej kwestii.
- Pewne ograniczenia wiązały się ze zmianami w zastosowanym rodzaju badania (test ślinowy)<sup>7</sup>. Zorientowanie na **test ślinowy** jest **istotne** i lepiej dostosowane do sytuacji (brak odpowiednich i bezpiecznych rozwiązań magazynowych i transportowych dla próbek krwi). Jednakże **koszt** tego badania jest **wysoki**, a nie jest ono refundowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia, co stanowi istotną **przeszkodę**. Wyzwania związane z kosztem badań w kierunku HCV i leczenia zostały szczegółowo opisane przez prof. dr hab. Roberta Fliśniaka podczas konferencji końcowej. Należy to uwzględnić w opracowywaniu Strategii.
- Metoda opracowana w ramach programu mająca na celu **ograniczenie stygmatyzacji** osób zakażonych HCV, szczególnie użytkowników narkotyków dożylnych, jest istotna i powinna być lepiej udokumentowana. Kwestii tej należy poświęcić stosowną uwagę w Strategii.

### 1.3.3. Pilotażowy program badania kobiet w ciąży w kierunku zakażeń HCV

#### *Najlepsze praktyki*

- **Szkolenia** dla zewnętrznych specjalistów (ginekologów, hepatologów, lekarzy rodzinnych, pielęgniarek i położnych) cieszyły się dużym zainteresowaniem.

---

<sup>7</sup> Nowelizacja wynikająca z wymiany wiedzy i doświadczeń w czasie wizyty studyjnej w Szwajcarii w ramach projektu. przypis red.

- Sporządzono interesujące **wnioski** na podstawie analizy zebranych dowodów: tj. okres ciąży jest dobrą okazją na zbadanie kobiet w wieku rozrodczym; drobne zabiegi medyczne są jedną z głównych dróg transmisji HCV w Polsce wśród kobiet w ciąży.

### **Trudności i zalecenia**

- **Mniejsze wysiłki** w zakresie **rozpowszechniania** rezultatów i wyników projektu w porównaniu do innych projektów.
- Pewne trudności związane były ze zmianami w ramach prawnych w zakresie badania kobiet w ciąży (zmiana w okresie kwalifikowalności).
- Trudności w zakresie **rekrutacji podmiotów medycznych**.
- Należało ocenić **wiedzę** ginekologów położników i lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej biorących udział w **szkoleniu** na temat zapobiegania wertykalnej transmisji HCV, a także postępowania z noworodkiem od matki zakażonej HCV przed i po szkoleniach nawet w przypadku krótkich szkoleń.
- Należało **zintensyfikować współpracę** i **wymianę doświadczeń** z **zewnętrznymi** podmiotami świadczącymi usługi w zakresie zdrowia matki i dziecka (opieka prenatalna i poporodowa) oraz kluczowymi **stronami zainteresowanymi** operującymi w tym sektorze, gdyż stanowi to podstawę dla **działań zachęcających** do rozwijania i wdrażania Strategii.
- Jak podkreślono na konferencji końcowej, zaleca się **diagnozę choroby przed ciążą** (kobiety w wieku rozrodczym planujące ciążę). Należy jednak oszacować związane z tym koszty.

### **1.3.4. Jakościowa ocena ryzyka zakażenia HCV w świetle stosowanych procedur medycznych w wybranych zakładach opieki zdrowotnej**

#### **Wyniki i najlepsze praktyki**

- Opracowano kulturowo dostosowane **materiały edukacyjne**: film „HCV Jestem Świadom”, spoty, kursy szkoleniowe, ulotki i broszury.
- Zintensyfikowano czynności w kierunku **rozpowszechniania rezultatów projektu**: publikacja artykułów, opracowanie narzędzi badawczych, opracowanie badań eksperymentalnych, broszury, film edukacyjny.
- Rozszerzenie szkoleń o kwestię zapobiegania **zakażeniom szpitalnym dla pielęgniarek** na poziomie **poddyplomowym** jest wysoce istotne.
- Jak podkreślono podczas konferencji, zaangażowanie i rola **pielęgniarek epidemiologicznych** w zapobieganiu zakażeniom HCV jest kluczowa i należy jej poświęcić szczególną uwagę w opracowywanej Strategii.



### **Trudności i zalecenia**

- Zgłoszono niskie zainteresowanie ze strony **prywatnych klinik i praktyk dentystrycznych** do uczestnictwa w projekcie. Personel **klinik ambulatoryjnych** ma bardzo ograniczoną świadomość na temat procedur zwalczania zakażeń (70% z nich nie ma wiedzy na temat zakażeń HCV). Należy więc tym osobom poświęcić szczególną uwagę w czasie szkoleń, które powinny skupiać się na zmianie podejścia i praktyk. To samo dotyczy personelu prywatnych praktyk dentystrycznych oraz diagnostów laboratoryjnych.
- Aby podnieść i utrzymać motywację pracowników medycznych i niemedycznych zaangażowanych w projekt, należało dalej promować wymiany i wizyty naukowe w zakresie **podobnych programów** lub instytucji działających w tym samym sektorze, również w Szwajcarii.
- **Wiedzę** personelu medycznego i pomocniczego personelu medycznego uczestniczącego w **szkoleniach** należało **ocenić** przed i po szkoleniach, nawet w przypadku krótkich szkoleń.
- Aby w sposób zrównoważony podnosić świadomość personelu medycznego i wywołać **zmianę podejścia**, **szkolenie** należy **rozszerzyć** na **studentów kierunków medycznych** (lekarze rodzinni i pielęgniarki). Jasne jest, że wykracza to poza zakres programu. Jednakże zaleca się, aby Ministerstwo Zdrowia przeprowadziło prace przygotowawcze nad programem szkoleń w czasie wdrażania Strategii. Należy szczególną uwagę poświęcić studiom oraz studiom podyplomowym dla lekarzy pierwszego kontaktu.

### **1.3.5. Edukacja pracowników wybranych zawodów zwiększonego ryzyka transmisji zakażeń krwiopochodnych i ogółu społeczeństwa w zakresie prewencji (HCV, HBV, HIV)**

#### **Wyniki i najlepsze praktyki**

- Pracownicy ochrony zdrowia wykazali wysokie **zainteresowanie** programem edukacyjnym, czego w początkowej fazie projektu **nie można było powiedzieć** o **kluczowych pracownikach usług pozamedycznych**, do których projekt był również skierowany (salony kosmetyczne, studia tatuażu).
- **Zwiększanie wiedzy** na temat HCV i innych chorób krwiopochodnych oraz dróg zakażenia wśród pracowników opieki medycznej oraz ogółu społeczeństwa jest nieustannie monitorowane.
- Uruchomiono **platformę e-learningową** dla pracowników i świadczeniodawców ochrony zdrowia, która obecnie działa. Przeszkolono dotychczas 3000 osób. Zgłoszono wysokie zainteresowanie platformą e-learningową wśród pracowników i świadczeniodawców służby zdrowia w związku z podwyższonym ryzykiem

transmisji zakażeń krwiopochodnych (zarejestrowane salony kosmetyczne, studia tatuażu).

- **Stowarzyszenia zawodowe lekarzy i pielęgniarek brały udział** w programie, zwłaszcza w związku z kampanią edukacyjną, jak również przygotowaniem programu, szkoleń i materiałów informacyjnych.
- W projekcie zaangażowane były **media**, a do spotów telewizyjnych wybrano bardzo **popularne** osobistości, docierające do wszystkich grup wiekowych i kategorii społecznych (słynna top modelka, mistrz boksu i stylistka fryzur).
- Zintensyfikowano wysiłki mające na celu **rozpowszechnianie rezultatów wszystkich projektów**: tj. specjalne wydarzenie na rzecz „edukacji dziennikarzy” (4. edycja Medicinariów).

### *Trudności i zalecenia*

- Zorganizowano wstępne i kontrolne testy dla personelu medycznego i usług pozamedycznych. Jednakże tylko **szkolenia** (sesje szkoleniowe i sesje e-learningowe) dla diagnostów laboratoryjnych, personelu ratownictwa medycznego, lekarzy i stomatologów są powiązane z systemem edukacji medycznej (**akredytacja**), co stanowi bardzo silny czynnik motywacyjny. Należy zbadać, czy szkolenie dla pielęgniarek również może być akredytowane lub czy system akredytacyjny różnych zawodów medycznych mógłby zostać ujednoczony, aby stworzyć skuteczny system motywacyjny zachęcający do pogłębiania wiedzy.
- Podczas wdrażania projektu, na życzenie Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych zaproponowano zmiany w programach edukacyjnych. Zgadzało się to z potrzebą wprowadzenia kwestii związanych z bezpieczeństwem procedur pod kątem zakażeń krwiopochodnych. Programy zmieniono i stanowią one podstawę kształcenia pielęgniarek i położnych w Polsce.

## **1.4. Zalecenia**

Oprócz przekazywania i wykorzystania wyżej opisanych najlepszych praktyk opartych na osiągnięciach programu należy uwzględnić poniższe zalecenia na potrzeby czynności kontynuujących działania programu w świetle zapobiegania i zwalczania HCV w Polsce:

⇒ Biorąc pod uwagę brak solidnej podstawy epidemiologicznej do zapobiegania i zwalczania HCV w Polsce i w związku z tym potrzebę zbierania, przetwarzania i analizy stosownych danych, nie przyjęto za pewnik tego, iż **możliwe jest opracowanie Strategii opartej na faktach**

w **przeciągu czterech lat**. W rzeczywistości doświadczenie pokazało, że zbieranie i generowanie danych zajęło więcej czasu niż pierwotnie planowano. Powodem tego jest trudność w docieraniu do niektórych grup docelowych, nieścisłości w ramach regulacyjnych, trudności w motywowaniu personelu do szkoleń, opóźnienia w przetwarzaniu i analizie zebranych danych. Na podstawie tych spostrzeżeń, zgodnie z postulatem ostatecznej fazy programu, „minimalnym” wymogiem oraz **stosowną inicjatywą jest kompilacja założeń i zaleceń** w specjalnej monografii.

- ⇒ Na rzecz poparcia finansowego zrównoważenia wdrażania zaleceń, które mają być włączone do Narodowej Strategii Zapobiegania i Zwalczania HCV oraz do jej powiązanego planu działania, należy przeprowadzić **analizę kosztów** (określającą koszty produkcji sugerowanego pakietu zapobiegania, diagnozy i leczenia przypadków HCV, wykazującą koszt złego stanu zdrowia związanego z zakażeniem HCV, w tym utratę produktywności oraz koszty leczenia w porównaniu do kosztów zapobiegania, a także porównująca podobne pogramy w sąsiednich krajach). Powyższa analiza kosztów powinna również identyfikować potencjalne **źródła finansowania** na potrzeby wdrażania zaleceń sformułowanych w Strategii.
- ⇒ Dalszy rozwój **szkoleń** personelu medycznego na poziomie podstawowej opieki zdrowotnej (lekarze rodzinni, pielęgniarki epidemiologiczne, gabinety stomatologiczne) oraz pracowników usług pozamedycznych (salony kosmetyczne, fryzjerzy, pracownicy więzienni, personel odpowiedzialny za zdrowie imigrantów, personel pracujący z użytkownikami narkotyków dożylnych) powinien również stanowić kluczowy element kolejnej fazy. Należy zwrócić uwagę na zmianę postaw oraz mechanizmy egzekwowania przestrzegania protokołów i procedur związanych z zapobieganiem HCV. Szkolenia powinny być akredytowane oraz należy opracować odpowiedni system dalszej kontroli.
- ⇒ **Zmiana zachowania** populacji zajmuje ponad cztery lata. Należy zatem prowadzić **kampanię uświadamiającą** oraz regularnie aktualizować materiały edukacyjne. Należy szczególną uwagę poświęcić młodym ludziom oraz innowacyjnym metodom marketingu społecznego na rzecz walki z dyskryminacją osób zakażonych HCV.
- ⇒ Skupić się należy również na funkcjonalności **ram prawnych** w zakresie kwestii związanych z HCV (prawo do zwrotu kosztów diagnozy HCV, zapewnienie bezpiecznego środowiska do zastrzyków dla użytkowników

narkotyków dożylnych, rejestracja leków na HCV itp.). Jest to istotna kwestia, którą należy rozwiązać przed rozpoczęciem opracowywania Strategii i powiązanego z nią planu działania.

- ⇒ W celu wdrożenia Strategii istotną będzie **współpraca międzysektorowa**. W związku ze szkoleniem personelu medycznego kluczową rolę odgrywa **Ministerstwo Zdrowia we współpracy z Ministerstwem Nauki i Szkolnictwa Wyższego** w zakresie wsparcia włączania nowego programu nauczania o zapobieganiu i zwalczaniu HCV (lub integracji w już istniejące programy nauczania) na poziomie studiów, studiów podyplomowych oraz poziomie ustawicznego kształcenia medycznego. To samo dotyczy Ministerstwa Edukacji Narodowej na poziomie edukacji podstawowej i zawodowej. Zaangażowanie **Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej** w tworzeniu środowiska umożliwiającego bezpieczne zastrzyki oraz – bardziej ogólnie – w rozwijaniu kompleksowej i zintegrowanej metody zapobiegania i zwalczania zakażeń HCV wśród użytkowników narkotyków dożylnych jest również kluczowe.
- ⇒ **Dane epidemiologiczne** zebrane w ramach programu powinny być **włączone do krajowego systemu statystycznego o zdrowiu (HIS)** oraz udostępnione na poziomie krajowym i europejskim.

## PODZIĘKOWANIA

Składamy podziękowania Paniom Aleksandrze Chmielewskiej i Katarzynie Templin-Ukleja z Ambasady Szwajcarii w Polsce za wsparcie i pomoc w czasie realizacji Projektu, a w szczególności Pani Katarzynie Templin-Ukleja za owocne jego podsumowanie.

# PROJEKT KIK/35

## ZAPOBIEGANIE ZAKAŻENIOM HCV: OD BADAŃ NAUKOWYCH DO EDUKACJI SPOŁECZEŃSTWA I REKOMENDACJI DZIAŁAŃ STRATEGICZNYCH

Dr hab. n. med. Rafał Gierczyński, prof. NIZP-PZH  
Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego - PZH

Zakażenia wirusem HCV, odpowiedzialnym za wirusowe zapalenie wątroby typu C (WZW C), stanowi od lat jedno z największych wyzwań dla zdrowia publicznego w obszarze chorób zakaźnych, zarówno w kraju jak i za granicą. Oprócz znacznego odsetka osób zakażonych w populacji ogólnej, szacowanego na wartości zbliżone do 0,5% w krajach europejskich do przekraczającej 10% w Egipcie, a także w niektórych krajach rozwijających się w Afryce i Azji, zwalczanie WZW C utrudniają między innymi takie czynniki jak:

- brak szczepionki;
- długi, przebiegający w utajeniu i często bez specyficznych objawów rozwój choroby, którą można potwierdzić dopiero przez wykonanie badania diagnostycznego w kierunku HCV (badania serologiczne: anty-HCV i potwierdzające badanie molekularne: HCV-RNA);
- znaczny odsetek osób nieświadomych swojego, przewlekłego zakażenia HCV;
- poważne konsekwencje zdrowotne - zwłóknienie wątroby, marskość i niekiedy rak wątrobowokomórkowy;
- fakt, iż skuteczna terapia przeciwwirusowa (leki typu DAA) dostępna jest zaledwie od paru lat i jest terapią kosztowną - zwłaszcza dla krajów rozwijających się.

Do zakażeń HCV dochodzi w wyniku przeniesienia wirusa z krwi osoby zakażonej do organizmu osoby zdrowej bezpośrednio przez krew (bezpośredni kontakt z krwią np. w urazowych sportach kontaktowych, w trakcie stosunku seksualnego lub transfuzji) lub pośrednio - przez stosowanie skażonych krwią osoby zakażonej preparatów lub narzędzi zabiegowych, kosmetycznych i służących do zdobienia ciała w trakcie czynności przebiegających z naruszeniem ciągłości skóry lub błon śluzowych.

Warunki otwierające wrota do zakażenia HCV zdarzają się w codziennym życiu dość często, poczynając od drobnych zabiegów medycznych takich jak wizyta u dentysty, przyjmowanie zastrzyków, zabiegi kosmetyczne i upiększające ciało takie jak tatuaże, kolczykowanie i inne liczne zabiegi związane z mechanicznym naruszeniem ciągłości skóry lub wprowadzaniem podskórnym różnych preparatów. Z tego względu większość społeczeństwa może być potencjalnie narażona na zakażenie HCV - dlatego należy stanowczo przeciwdziałać społecznej stygmatyzacji osób z HCV. Do zakażenia dochodzi jednak tylko w sytuacji naruszenia zasad aseptyki przy wykonywaniu tych zabiegów i w sytuacji, gdy sprzęt zabiegowy lub preparat miały wcześniejszy kontakt z krwią osoby zakażonej. Z tych względów, ważnym elementem zapobiegania szerzeniu się HCV i WZW C jest rzetelne stosowanie procedur mających na celu wyeliminowanie działań mogących sprzyjać transmisji wirusa. Procedury takie są wymagane w prowadzeniu działalności leczniczej i powinny być również stosowane w zabiegach kosmetycznych, przebiegających z naruszeniem ciągłości skóry i błon śluzowych, gdyż HCV przenosi się przez krew niezależnie od tego czy zabieg służyć ma leczeniu czy zdobieniu i upiększaniu ciała.

W krajach europejskich, grupą społeczną najbardziej narażoną na zakażenie HCV są osoby przyjmujące narkotyki w formie iniekcji. W Polsce średnio 65% tych osób miało kontakt z HCV, a wśród tych, którzy korzystają z igieł i strzykawek używanych wcześniej przez inne osoby, odsetek ten wzrasta do blisko 80%. Zdecydowanie częściej niż u reszty społeczeństwa zakażenia HCV obserwuje się u osób, które przed 1992 r. miały wykonywane transfuzje krwi lub zabiegi operacyjne i lecznicze wymagające podania krwi lub preparatów krwiopochodnych. Spośród zabiegów kosmetycznych dotychczas wykazano, że wykonywanie tatuaży - zwłaszcza u mężczyzn - stanowi największe potencjalne ryzyko zakażenia. Do zakażeń HCV dochodzić może także drogą wertykalną, z matki na dziecko.

Mimo iż zamieszkiwanie i bliski kontakt z osobami zakażonymi HCV mogłyby wydawać się czynnikami znacznie zwiększającymi ryzyko zakażenia dla domowników, wyniki badań epidemiologicznych, w tym badań przeprowadzonych w Polsce w ramach Projektu KIK/35 *Zapobieganie zakażeniom HCV* nie wykazały w tej grupie istotnego wzrostu odsetka zakażeń, który jest zbliżony do odsetka występującego w populacji ogólnej w Polsce, wynoszącego około 0,5%. Odsetek ten, mimo iż wydaje się niski, w skali Polski oznaczać może nawet liczbę 200 tys. osób przewlekle zakażonych HCV, z których większość jeszcze nie wie, że ma w swoim organizmie tego zdradliwego wirusa. Jeszcze do niedawna, mniej niż połowa społeczeństwa miała świadomość, że skrót HCV oznacza wirus WZW C. Niedosyt wiedzy na temat problemu HCV oraz potrzebę szkoleń w zakresie sposobów ograniczania zakażeń odczuwają pracownicy zawodów medycznych. Potrzeby w tym zakresie są jeszcze większe wśród pracowników wykonujących niemedyczne zawody o wysokim ryzyku transmisji HCV.

## 2.1. Projekt KIK/35 *Zapobieganie zakażeniom HCV*

Wymienione na wstępie realia epidemiologiczne i społeczne skwantyfikowane obecnie wynikami Projektu KIK/35 *Zapobieganie zakażeniom HCV* pokazują przesłanki jakie leżały u podstaw tego projektu i definiują jego założenia oraz wyznaczają główne obszary podejmowanych działań. Szczegółowy opis struktury Projektu KIK/35, jego założeń, celów i wyników przedstawiony został w dedykowanym temu projektowi opracowaniu [1]. Projekt był realizowany od maja 2012 r. do końca marca 2017 r., a podejmowane działania były współfinansowane przez Szwajcarię w ramach SPPW i Ministra Zdrowia odpowiednio w 85% i 15% łącznej kwoty finansowania, wynoszącej 4.669.907 CHF. Finalnym efektem realizacji projektu było przygotowanie założeń merytorycznych do opracowania strategii w zakresie zapobiegania zakażeniom HCV w Polsce. Projekt KIK/35 obejmował pięć merytorycznych modułów tematycznych nazywanych odpowiednio Projektami 1-5:

- Projekt 1** – „Usprawnienie diagnostyki HCV, oszacowanie występowania HCV w populacji ogólnej oraz analiza czynników związanych z występowaniem HCV”,
- Projekt 2** – „Opracowanie i weryfikacja programu zapobiegania HCV wśród użytkowników narkotyków dożylnych (IDU) i ocena potrzeb w zakresie profilaktyki HCV w tej grupie”,
- Projekt 3** – „Pilotażowy Program badania kobiet w ciąży w kierunku zakażeń HCV”,
- Projekt 4** – „Jakościowa ocena ryzyka zakażenia HCV w świetle stosowanych procedur medycznych w wybranych zakładach opieki zdrowotnej”,
- Projekt 5** – „Edukacja pracowników wybranych zawodów zwiększonego ryzyka transmisji zakażeń krwiopochodnych i ogółu społeczeństwa w zakresie prewencji (HCV, HBV, HIV)”

Instytucją realizującą Projekt KIK/35 był Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego - PZH, który współpracował z niżej wymienionymi partnerami:

- Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie (IPIN), wykonawca Projektu 2;
- Uniwersytet Medyczny w Lublinie (UML), wykonawca Projektu 4;
- Główny Inspektorat Sanitarny (GIS), współwykonawca Projektu 5;
- Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego (CMKP), współwykonawca Projektu 1 (od 2016 r.).

## 2.2. Najważniejsze działania i rezultaty uzyskane w wyniku realizacji poszczególnych Projektów merytorycznych Projektu KIK/35

Działania realizowane w ramach **Projektu 1** były kluczowe dla możliwie jak najdokładniejszego oszacowania liczby osób przewlekle zakażonych HCV w populacji ogólnej w Polsce. W odróżnieniu od wcześniejszych oszacowań [2], w Projekcie 1 szczególny nacisk położono na reprezentatywność i bezstronność doboru osób do badania, tak by spełnić standardy badań epidemiologicznych wymagane dla oceny populacji ogólnej. W tym celu stworzono, dedykowany tej analizie, algorytm rekrutacji osób do badania, w którym wykorzystano potencjał lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej (POZ). W wyniku realizacji Projektu 1 w kierunku HCV zbadano ponad 22,5 tys. osób. Określono nie tylko udział osób z przewlekłym zakażeniem HCV wykazując, że wśród osób dorosłych w Polsce zakażonych jest 7 na 1000 mężczyzn i 4 na 1000 kobiet, ale co ważniejsze - również główne czynniki ryzyka sprzyjające zakażeniu HCV. Stwierdzono również, że zgodnie z opracowanym modelem epidemiologicznym w Polsce liczba osób zakażonych przewlekle HCV odpowiada w przybliżeniu około 165 tys. osób dorosłych (95% CI 127 tys. - 190 tys.), z czego około 125 tys. osób nie wie o swojej chorobie (78%). Osoby te powinny zostać możliwie jak najszybciej zidentyfikowane i skierowane pod opiekę lekarza specjalisty celem rozpoczęcia obserwacji i wdrożenia leczenia niezwłocznie, gdy ich stan spełni kryteria kwalifikacyjne do udziału w programie terapeutycznym. Pomocna w identyfikacji tak znacznej liczby osób nieświadomych zakażenia HCV jest znajomość czynników ryzyka, gdyż na ich podstawie można w formie wywiadu bezpośredniego z pacjentem z dużym przybliżeniem określić, czy jest on w grupie ryzyka i podjąć decyzję o przeprowadzeniu badania przesiewowego. Ponadto, wiedza o czynnikach ryzyka pozwala przygotować komunikat dla społeczeństwa celem zwrócenia uwagi na te zagrożenia i spowodowanie świadomego ograniczenia narażania się na nie - tam, gdzie to możliwe. Ustalono następujące czynniki związane z wyższym rozpowszechnieniem zakażeń HCV: transfuzje przed 1992 r., przyjęcie (przynajmniej jednokrotne) narkotyku w iniekcji, posiadanie partnera zakażonego HCV, cięcie cesarskie u kobiet oraz biopsje i posiadanie tatuażu u mężczyzn. Wiedza o tych czynnikach ryzyka zakażenia HCV w populacji polskiej została wykorzystana przy tworzeniu materiałów szkoleniowych i edukacji grup zawodowych w obszarze usług medycznych i kosmetycznych w realizacji zadań Projektu 5.

**Projekt 2** poświęcony był oszacowaniu udziału osób zakażonych HCV w grupie użytkowników narkotyków w iniekcjach (IDU) oraz ustaleniu zachowań sprzyjających zakażeniom, a także opracowaniu programu edukacyjnego do tej grupy



osób. Zbadano 1219 użytkowników narkotyków przy użyciu nieinwazyjnego testu diagnostycznego i przeprowadzono wywiady w zakresie zachowań tych osób w związku z wykonywaniem iniekcji. Ustalono, że średni udział zakażeń HCV w grupie IDU wynosi w Polsce 64,6% i w dużej mierze zależy od tego czy do iniekcji wykorzystywany jest sprzęt indywidualny (odsetek zakażonych 43,5%) lub współdzielony z innymi osobami (odsetek zakażonych 78,8%). Wynik ten wskazał obszar do działań edukacyjnych i systemowych, które mogą w odczuwalny sposób przyczynić się do ograniczenia liczby nowych zakażeń w grupie IDU. Jednocześnie, wyniki Projektu 2 wskazywać mogą, że w Polsce przydatne może się okazać wprowadzenie rozwiązań instytucjonalnych, stosowanych w innych krajach europejskich - w tym w Szwajcarii - polegających na stwarzaniu warunków pozwalających na połączenie działań w obszarze redukcji szkód z rozwiązaniami ułatwiającymi dostęp IDU do jednorazowego, bezpiecznego sprzętu do iniekcji. Ważną dla społeczeństwa zaletą takich rozwiązań jest ograniczenie liczby osób zakażonych i jednocześnie zabezpieczenie porzucanego, zwykle w miejscach publicznych, zużytego sprzętu do iniekcji przed możliwością jego przypadkowego użycia (najczęściej przez dzieci) lub przed zranieniem się przez pracowników firm zajmujących się pracami porządkowymi i recyklingiem odpadów. Program edukacyjny opracowany w ramach Projektu 2 zawierał dwa zasadnicze przekazy. Pierwszy dotyczył informacji o WZW C jako poważnym problemie dla zdrowia i jego odbiorcami były osoby przyjmujące narkotyki w sposób rekreacyjny. Drugi przekaz miał na celu przekonanie IDU do zaprzestania dzielenia się sprzętem do iniekcji i stosowania osobistych, najlepiej jednorazowych igieł i strzykawek.

Grupą badaną w **Projekcie 3** były kobiety w ciąży, początkowo w pierwszym trymestrze, a docelowo także i w drugim trymestrze ciąży. Pierwotnym celem Projektu 3 było ustalenie odsetka kobiet zakażonych HCV i przeprowadzenie pilotażu w zakresie oceny przydatności badań przesiewowych w kierunku HCV. Badania w kierunku HCV przeprowadzono u ponad 8 tys. kobiet stwierdzając, że odsetek zakażeń jest zbliżony do odsetka występującego w populacji ogólnej, wynoszącego 0,4% u kobiet w wieku powyżej 29 lat podczas, gdy u kobiet przed 30 r.ż. odsetek ten jest niższy i wynosi 0,2%. Wykrycie zakażenia HCV u matki pozwala monitorować zakażenie u jej dziecka już od chwili narodzin. Wyniki Projektu 3 w powiązaniu ze znaczącym postępowaniem w terapii HCV, poprzez wprowadzenie leków przeciwwirusowych (DAA), wskazują na możliwość leczenia zakażonych HCV kobiet jeszcze przed podjęciem przez nie decyzji o macierzyństwie. Mając na uwadze wysoką liczbę niezidentyfikowanych osób nieświadomych zakażenia HCV, badanie kobiet w ciąży stanowi często pierwszą okazję do przeprowadzenia badania w kierunku HCV. Badanie diagnostyczne w kierunku HCV jest obecnie dostępne dla kobiet w ciąży nieodpłatnie po zleceniu przez

lekarza, jednakże dane z wywiadu z pacjentkami zebrane w trakcie realizacji Projektu 3 wskazują, że tylko niespełna 15% kobiet twierdziło, że takie badanie miało wykonane. Odsetek ten jest zbyt niski, by badania te mogły efektywnie przyczynić się do identyfikacji kobiet zakażonych HCV w skali populacji krajowej. Stanowi jednak pierwszą, tak szeroko dostępną opcję diagnostyczną finansowaną ze środków publicznych. Przykładowo w 2015 r. NFZ opłacił wykonanie badań w kierunku HCV u 66347 kobiet (dane NFZ). Czynniki ryzyka zakażeń HCV ustalone w Projekcie 3 zasadniczo nie odbiegały od czynników stwierdzonych w skali populacji ogólnej w Polsce z tym, że oprócz transfuzji przed 1992 r. i licznych hospitalizacji, takie czynniki jak praca w służbach prewencyjnych i wielokrotne zabiegi okołoporodowe mogą wskazywać na większe narażenie na zakażenie HCV i przemawiać za zasadnością wykonania badania przesiewowego.

Podstawowym zagadnieniem badanym w **Projekcie 4** były regulacje mające ograniczać ryzyko transmisji zakażeń krwiopochodnych w lecznictwie (procedury, wytyczne) i rzeczywiste zachowania personelu medycznego, a w szczególności świadomość potrzeby postępowania zgodnego z procedurami oraz ocena rzetelności ich wykonywania. Badania, w formie ankiety pogłębionej obserwacją, przeprowadzono w liczbie 1530 na terenie trzech województw (lubelskiego, podkarpackiego i świętokrzyskiego) w 50 szpitalach, 525 placówkach lecznictwa otwartego (POZ, przychodnie, NZOZ) oraz 955 gabinetach stomatologicznych [1]. Stwierdzono, że na poziomie dokumentacji podmioty badane dysponowały zazwyczaj poprawnymi procedurami i zaleceniami, jednakże skuteczność realizacji procedur i wytycznych w praktyce była zróżnicowana i często niepełna. Wśród zaleceń, jakie sformułowano po analizie wyników znajdowały się między innymi niżej wymienione.

1. Zobowiązanie wszystkich placówek medycznych do zawarcia umów na świadczenia z zakresu postępowania poekspozycyjnego oraz przeprowadzenie szkoleń pracowników na temat konieczności zgłaszania ekspozycji oraz aspektów prawnych tego zagadnienia.
2. Nakazanie stosowania takich samych procedur zapobiegających zakażeniom personelu medycznego dla wszystkich pacjentów z założeniem, że każdy pacjent stanowi potencjalne źródło zakażenia krwiopochodnego oraz wyeliminowanie praktyk sprzyjających stygmatyzacji pacjentów z podejrzeniem zakażenia HCV lub innego zakażenia krwiopochodnego, w tym takich jak:
  - a) izolacja, znakowanie, stosowanie dodatkowych i bezzasadnych środków ochrony w kontakcie z pacjentami (wykazano np. że personel wkłada podwójne rękawiczki);
  - b) bezzasadne odsyłanie pacjentów do innych placówek;

- c) wydzielania sprzętu medycznego (np. endoskopów) dla osób HCV dodatnich, odsyłanie ich na koniec kolejki do badania lub zabiegu;
  - d) inne praktyki mogące wpływać na opóźnienie lub niewłaściwe wykonanie badań i zabiegów u pacjentów z podejrzeniem zakażenia HCV lub jego rozpoznaniem.
3. Dbanie o poziom wyszkolenia i posiadanie wymaganych kwalifikacji u personelu odpowiedzialnego za przygotowanie sprzętu do sterylizacji, obsługę sterylizatorów oraz regularne, zgodne z zaleceniami, przeprowadzanie testów sprawdzających prawidłowość procesu sterylizacji i dokonywanie w terminie przeglądów technicznych sterylizatorów.
  4. Wymóg prawidłowej dezynfekcji rąk oraz stosowania rękawiczek jednorazowych i innych środków ochrony osobistej oraz ustawicznego prowadzenia szkoleń i ćwiczeń w tym zakresie, także z uwzględnieniem bezpiecznego postępowania w przypadku znalezienia ostrego przedmiotu w miejscu do tego nieprzeznaczonym.
  5. Wprowadzenie wymogu wykonywania zabiegów inwazyjnych w przeznaczonym do tego pokoju zabiegowym, gdy jest on dostępny.
  6. Wprowadzenie zasady wykonywania zabiegu od początku do końca tylko u jednego pacjenta i wyeliminowanie praktyki jednocześnie wykonywania zabiegów u kilku osób.
  7. Prowadzenie cyklicznych szkoleń i stałego nadzoru nad prawidłową dezynfekcją sprzętu typu stoliki zabiegowe, w tym stosowanie właściwych środków dezynfekcyjnych, w zalecanym przez producenta stężeniu i czasie działania (wyniki badań eksperymentalnych wykonanych w ramach Projektu 4, dokumentują obecność śladów krwi na blatach roboczych, stolikach i łóżkach, pomimo braku widocznych zabrudzeń).
  8. Rezygnacja ze stosowania opakowań wielodawkowych dla preparatów podawanych w formie iniekcji, a gdy to nie jest możliwe, ograniczenie ich stosowania do niezbędnego minimum oraz wprowadzenie regulacji wewnętrznych, potwierdzających szkolenie i umiejętność prawidłowego postępowania z takimi wielodawkowymi opakowaniami przez personel, przed przystąpieniem do stosowania tych opakowań.
  9. W lecznictwie otwartym, w tym dla gabinetów stomatologicznych najważniejsze rekomendacje obejmowały:
    - a) zawarcie umowy na sterylizację narzędzi zabiegowych z podmiotem zewnętrznym, gdy gabinet nie dysponuje własnym sterylizatorem (autoklawem);

- b) rzetelne (tj. bez wyjątku) usuwanie odpadów medycznych do właściwych, wydzielonych pojemników, twardo-sciennych dla odpadów ostrych oraz ich utylizację przez odpowiednie podmioty zewnętrzne;
- c) bezwzględną, każdorazową dezynfekcję rąk przed przystąpieniem do badania/zabiegu u pacjenta;
- d) prawidłową dezynfekcję stolików zabiegowych lub unitów stomatologicznych po każdym pacjencie, w myśl zasady: właściwy środek dezynfekcyjny + stężenie + czas działania środka zgodne z zaleceniami producenta;
- e) przeprowadzanie udokumentowanych, okresowych szkoleń dla personelu w zakresie postępowania poekspozycyjnego, z uwzględnieniem aktualnie dostępnej profilaktyki i obowiązujących przepisów prawa.

W trakcie analizy zebranych danych i formułowania wymienionych wyżej zaleceń stwierdzono, że przyczyną nieprawidłowych zachowań i błędnych przekonań personelu jest często brak wystarczającej wiedzy w zakresie epidemiologii i sposobów zapobiegania zakażeniom krwiopochodnym w lecznictwie. Część stwierdzonych deficytów wiedzy mogła być następstwem niedostatecznego poziomu kształcenia przed-dyplomowego lekarzy i lekarzy dentyków. Z tego względu w trakcie realizacji Projektu 4 wskazano na potrzebę rozszerzenia zakresu projektu o analizę wiedzy studentów 1 i 5 roku studiów na wymienionych wydziałach wybranych uczelni medycznych w Polsce. Badanie takie przeprowadzono w 2016 r. w 11 uczelniach medycznych w kraju, w formie badania ankietowego. Zebrano 4083 ankiety od studentów wydziałów lekarskich i 1257 ankiet od studentów wydziałów lekarsko-dentystycznych, co oznaczało, że otrzymano odpowiedź od odpowiednio 61% i 69% wszystkich studentów na tych wydziałach. Metodyka, wyniki i wnioski z tego badania zostały opisane szczegółowo w raporcie [3]. Wśród wniosków z tych badań wymienić należy niedostateczną wiedzę studentów w zakresie:

- a) epidemiologii HCV i dróg zakażenia;
- b) przepisów prawa w zakresie praw pacjenta i postępowania poekspozycyjnego;
- c) diagnostyki HCV i dostępnych, skutecznych terapii (DAA) HCV i WZW C;
- d) środków ochrony osobistej i ryzyka stosowania preparatów w opakowaniach wielodawkowych.

Szczególnie wyraźny jest problem głęboko mylnego przekonania, że w kontakcie z pacjentem zakażonym HCV i/lub innymi zakażeniami krwiopochodnymi, należy stosować wzmożone środki ochrony osobistej. Przekonanie takie może zrodzić się u osób nie posiadających elementarnej wiedzy o epidemiologii HCV, a w szczególności w wyniku niezajomości faktu, iż w Polsce blisko 80% osób zakażonych nie wie o swoim zakażeniu, a liczba ta szacowana jest w skali kraju

na przynajmniej 125 tys. osób. Oznacza to w praktyce, że tylko nieliczna grupa osób zakażonych HCV jest ujawniona, a większość pozostaje niezidentyfikowana i to właśnie z tej przyczyny każdy pacjent stanowi potencjalne ryzyko zakażenia HCV. Dlatego statystyczne ryzyko transmisji HCV z pacjenta nieświadomego jest większe niż w przypadku pacjenta podejrzanego o WZW C lub ze zdiagnozowanym zakażeniem HCV. Niestety, konsekwencje braku tej elementarnej wiedzy stanowią - jak wykazano w Projekcie 4 - przypuszczalną motywację dla zachowań sprzyjających stygmatyzacji pacjentów z HCV, celem rzekomego zwiększenia bezpieczeństwa pracy personelu medycznego i bezpieczeństwa innych pacjentów podczas, gdy w rzeczywistości takie zachowania tylko zwiększają ryzyko poprzez kształtowanie złudnego poczucia bezpieczeństwa w postępowaniu z pacjentami z nierozpoznanym HCV.

**Projekt 5**, który, zgodnie z planem rozpoczęty został z rocznym przesunięciem w stosunku do projektów 1-4, miał na celu przygotowanie materiałów szkoleniowych w zakresie epidemiologii i sposobów zapobiegania szerzeniu się zakażeń krwiopochodnych oraz przeprowadzenie szkoleń z tego zakresu dla pracowników wykonujących zawody o wysokim ryzyku transmisji HCV - wykonujących działalność leczniczą lub usługową w zakresie kosmetyki, fryzjerstwa oraz innych usług związanych ze zdobieniem i upiększaniem ciała (tatuaż, makijaż permanentny, kolczykowanie, dermabrazja i inne). Uwzględnienie w działaniach Projektu 5 grupy pracowników zawodów niemedycznych było istotnym, innowacyjnym elementem w podejściu do prewencji zakażeń krwiopochodnych w kraju i w Europie. Materiały dydaktyczne przygotowano uwzględniając specyfikę zawodów medycznych i niemedycznych, także w formie audiowizualnej. Stworzono platformę e-learningową, która jest nie tylko źródłem informacji ale posiada również moduł egzaminujący pozwalający na przeprowadzenie testu oceniającego wiedzę nabytą w trakcie szkolenia. Osoby, które pozytywnie zdały test wiedzy uzyskały możliwość otrzymania imiennych potwierdzeń odbycia szkolenia w formie certyfikatu. Łącznie szkoleniami bezpośrednimi objęto ponad 6 tys. osób w Polsce, zaś z e-learningu skorzystało dotychczas ponad 3 tys. osób z czego ponad 2 tys. pozytywnie zdało egzamin, a liczba osób przeszkolonych przez platformę e-learningową stale się zwiększa. Platforma dostępna jest nieodpłatnie dla wszystkich zainteresowanych po uprzednim zalogowaniu pod adresem: [www.hcv.pzh.gov.pl/UserService/login/permanent](http://www.hcv.pzh.gov.pl/UserService/login/permanent). Szczegóły organizacyjne, ramy programu szkoleń oraz przykłady opracowanych materiałów informacyjnych opisane zostały szczegółowo w opracowaniu dedykowanym Projektowi KIK/35 [1]. Sukces w skutecznym przeprowadzeniu szkoleń, zwłaszcza dla pracowników wykonujących zawody niemedyczne, możliwy był do osiągnięcia dzięki ogromnemu zaangażowaniu Partnera, którym w Projekcie 5 był Główny Inspektorat Sanitarny (GIS). W toku realizacji Projektu 5, poza działaniami

opisanymi szczegółowo w innej publikacji [1], wspólnie z Partnerem dokonano również opracowania map dystrybucji czynników ryzyka zakażeń krwiopochodnych w sektorze usług pozamedycznych. W tym celu zbadano stan wiedzy na temat transmisji zakażeń krwiopochodnych i sposobów im zapobiegania oraz określono procedury zapewniające bezpieczeństwo sanitarne świadczonych usług, stosowane przez przedstawicieli sektora usług pozamedycznych. Badanie przeprowadzono w całym kraju, głównie przez pracowników powiatowych i wojewódzkich stacji sanitarno-epidemiologicznych, pionów: epidemiologii i higieny komunalnej, w okresie od listopada 2013 r. do marca 2014 r. Zebrano 1600 wywiadów, 100 z każdego województwa. Zebrane informacje stanowiły podstawę do opracowania materiałów szkoleniowych, szczegółowo uwzględniających lokalną specyfikę w zakresie niedoborów wiedzy i możliwych czynników ryzyka transmisji zakażeń krwiopochodnych. Działanie to w znacznym stopniu przyczyniło się do sukcesu szkoleń stacjonarnych.

### **2.3. Informacyjna kampania społeczna przeprowadzona w ramach Projektu KIK/35 *Zapobieganie zakażeniom HCV***

Opierając się na publikacji prof. Melanie A. Wakefield i wsp. (Lancet, 2014) [4] poświęconej analizie użycia kampanii informacyjnych w mass mediach, celem zmiany zachowań oddziałujących na zdrowie obywateli, można przyjąć, że społeczne kampanie informacyjne w obszarze problemów zdrowotnych mają najczęściej na celu przekonanie obywateli do ograniczania zachowań szkodliwych (np. palenie papierosów, nadużywanie alkoholu, przyjmowanie substancji psychoaktywnych, niewłaściwe nawyki żywieniowe) lub bezpośrednie promowanie zachowań prozdrowotnych (np. aktywność ruchowa, zachęcanie do oddawania krwi, rejestrowania się w bazach dawców szpiku; udział w badaniach przesiewowych). Najtrudniejsze zadanie stoi natomiast przed kampaniami informującymi o zagrożeniach dla zdrowia, które w społeczeństwie nie są powszechnie znane i rozumiane, które mają charakter procesu przewlekłego, wymagające uświadomienia problemu, jego zrozumienia i konsekwentnego działania w przyszłości. W tradycyjnym ujęciu mass-mediowe kampanie społeczne polegają na przygotowaniu przekazu i jego emisji przez media (TV, prasa, radio), plakaty i ulotki, opierając się jednak na biernym odbiorze przekazu przez adresatów (społeczeństwo). Przekaz taki konkurować musi z wieloma komunikatami komercyjnymi, nierzadko sprzecznymi z komunikatem prozdrowotnym, emitowanymi tymi samymi kanałami przez firmy dysponujące niejednokrotnie znacznie większym budżetem na emisję niż organizacje i podmioty promujące zdrowie. Przekaz

kampanii może być bezpośredni (komunikat - spot) lub pośredni (preferowane zachowania są faworyzowane w serialach telewizyjnych, programach publicystycznych itp.). Stwierdzić można [4], że prawdopodobieństwo osiągnięcia sukcesu kampanii rośnie wraz z:

- a) ilością emisji oraz, gdy oczekiwane działanie jest jednorazowe i jednoznaczne (np. zaszczepienie dziecka, udział w badaniu przesiewowym) niż wymaga zmian behawioralnych (zmiana nawyków żywieniowych, podejmowanie aktywności ruchowej);
- b) przekaz (komunikat) kierowany jest jednocześnie przy użyciu wielu kanałów informacyjnych i jest wielokrotnie powtarzany;
- c) jednocześnie, w trakcie kampanii zapewniony jest dostęp do promowanych działań (np. przy promowaniu oddawania krwi uruchomione zostają mobilne stacje krwiodawstwa, wydłużony jest czas ich pracy);
- d) wprowadzaniem polityk sprzyjających określonym zachowaniom prozdrowotnym (zmiany legislacyjne, rekomendacje, widoczne zaangażowanie decydentów);
- e) wykorzystaniem do przekazu idei komunikatu programów informacyjnych i rozrywkowych;
- f) rozważnym planowaniem kampanii, próbnym testowaniem zrozumiałości komunikatu i jego formy na reprezentatywnej grupie odbiorców docelowych.

Działania te są kosztochłonne, wymagają odpowiedniego okresu przygotowań i zazwyczaj długiego podtrzymywania aktywności, dlatego nowoczesne kampanie informacyjne do dystrybucji komunikatu wykorzystują kanały internetowe i aplikacje mobilne. Tu jednak wciąż dostęp do tych informacji wymaga zainicjowania działania przez odbiorcę - np. kliknięcie na link.

Kampanie wykorzystujące wyłącznie kanały internetowe są rozwiązaniem na tyle nowym, że ocena ich skuteczności w zakresie promowania zachowań prozdrowotnych metodami naukowymi jest jeszcze znacznie ograniczona ze względu na brak wystarczającej liczby opracowań [5]. Wyniki dostępne dla kampanii prowadzonych wyłącznie lub z przewagą mediów społecznościowych i portali internetowych pokazują, że kanały te mają duży potencjał, w kreowaniu zachowań lub ich zmiany, co wiązane jest z efektem wirtualnego wsparcia psychologicznego - znanym i wykorzystywanym powszechnie w terapiach grupowych. Nie bez znaczenia jest duża zdolność rekrutacji uczestników w trakcie kampanii w mediach społecznościowych, w tym poprzez kaskadowe rozszerzanie zasięgu (*viral dissemination*) z poszczególnych osób na ich znajomych (podobne upodobania i zainteresowania). Większość badań (9/10) dotyczących kampanii w mediach społecznościowych donosi o znaczącej poprawie zachowań prozdrowotnych lub zwięk-

szanej liczbie działań związanych ze zdrowiem. Jednakże, skutek oddziaływania tych kampanii jest generalnie niski - 5-15% osób które komunikat otrzymały [5]. Intrygujący, zdaniem badaczy tego zjawiska, jest fakt, że wciąż kampanie prowadzone w mediach społecznościowych, w większości wspierają się bardziej konwencjonalnymi kanałami przekazu (ulotki i reklamy w mass mediach) [5].

Mając na uwadze powyższe analizy i opracowania, przy projektowaniu kampanii społecznej *HCV Jestem świadom* prowadzonej w ramach Projektu KIK/35 *Zapobieganie zakażeniom HCV* zastosowano strategię polegającą na jednoczesnym wykorzystaniu komercyjnych kanałów w mass mediach (TV i radio oraz w mniejszym stopniu prasa), kampanii outdoorowej (plakaty/bilboardy oraz spotkania bezpośrednie w ramach imprez zbiorowych i festynów) oraz kanału internetowego - atrakcyjna wizualnie strona internetowa [www.jestemswiadom.org](http://www.jestemswiadom.org) w połączeniu z popularnymi kanałami społecznościowymi, w szczególności YouTube i Facebook. Działania prowadzone na tych kanałach miały na celu informowanie społeczeństwa o kampanii *HCV Jestem świadom*, jej aktywnościach (wykorzystując mechanizm *viral dissemination*), ale przede wszystkim skłaniać do odwiedzenia strony internetowej kampanii, gdzie znajdował się właściwy przekaz edukacyjny. W trakcie kampanii w mediach społecznościowych wykorzystano innowacyjny w zakresie promocji zdrowia mechanizm, polegający na wykorzystaniu ambasadorów (influencerów) przekazu - czyli rozpoznawalne osoby prowadzące regularnie swoje audycje tematyczne (YouTube) lub blogi i profile (Facebook), posiadające stałych odbiorców (subskrybentów). Mechanizm ten wykorzystywał uznanie i zaufanie subskrybentów do influencera, jako kanał dystrybucji i uwiarygodnienia przekazu prozdrowotnego. Polegał na wprowadzeniu do przekazu influencera dyskretnej informacji o problemie HCV i zwróceniu uwagi, że więcej informacji znaleźć można na stronie kampanii, zachęcając do kliknięcia w link. Przekaz stanowił wynik procesu translacji wiedzy w zakresie HCV i był adekwatny do zainteresowań odbiorców danego influencera. Za skonstruowanie przekazu odpowiadali eksperci merytoryczni Projektu KIK/35, którzy zostali wcześniej przeszkoleni przez fachowców z branży reklamy i mediów komercyjnych. Przeprowadzone w ramach kampanii *HCV jestem świadom* działania oraz współpracujący influencerzy zostali szczegółowo opisani w opracowaniu dotyczącym Projektu KIK/35 [1]. Mimo iż w chwili redagowania tego rozdziału (połowa marca 2017 r.) kampania *HCV Jestem świadom* wchodziła w ostatnią fazę realizacji (pik przypominający i wzmacniający przekaz - szerokie emisje spotu reklamowego w TV i radio oraz imprezy zbiorowe z udziałem influencerów na żywo) możliwe jest już na tym etapie obiektywne stwierdzenie sukcesu w realizacji niemal podwojenia zakładanych wskaźników Projektu KIK/35 w zakresie czynnego odbioru kampanii w Internecie (na dzień 14.03.2017 r. ponad 836 tys. - na 500 tys. oczekiwanych indywidualnych wejść na portal kampanii [www.jestemswiadom.org](http://www.jestemswiadom.org)).



Działania poszczególnych influencerów - emisja odcinków na kanale YouTube - generowały w okresie 24h od emisji zauważalny wzrost odwiedzin strony kampanii oraz wzrost liczby komentarzy dotyczących problematyki HCV na forach dyskusyjnych.

Podkreślić należy, że przekaz kierowany do społeczeństwa w ramach kampanii *HCV Jestem świadom* dotyczył zagadnienia szczególnie trudnego do przekazania - problemu ukrytej, zakaźnej choroby przenoszonej przez krew, na którą do niedawna nie było skutecznej terapii, a społeczeństwo w trakcie kampanii zachęcane jest do wykonania badań przesiewowych, zwracania uwagi na bezpieczeństwo zabiegów medycznych i kosmetycznych, co oznacza wykazanie postawy aktywnej wobec abstrakcyjnego problemu zdrowotnego!

Badania opinii publicznej przeprowadzone w grudniu 2016 r. [6] pokazały, w porównaniu do badań sprzed uruchomienia społecznej kampanii informacyjnej, zauważalny wzrost deklaracyjności zachowań indywidualnych respondentów w zakresie:

- a) rozpoznawania zakażenia HCV jako choroby zakaźnej WZW C;
- b) odnotowywania faktu zakażenia HCV wśród sąsiadów i dalszych znajomych (HCV przestaje być skrótem abstrakcyjnym);
- c) samodzielnego podejmowania decyzji o przeprowadzaniu badań diagnostycznych w kierunku HCV lub odnotowywania w świadomości faktu, że respondent miał wykonane takie badanie w ramach opieki medycznej;
- d) zadawania pytań o bezpieczeństwo zabiegów kosmetycznych i stomatologicznych personelowi przeprowadzającym te badania.

#### **2.4. Obszary wrażliwe i elementy ryzyka w przypadku prozdrowotnych kampanii społecznych kierowanych do społeczeństwa w Polsce, stwierdzone w toku realizacji kampanii *HCV Jestem świadom***

Mimo bezsprzecznego osiągnięcia celów i wskaźników kampanii *HCV Jestem świadom*, a także jej nagrodzenia przez niezależną kapitułę ekspertów i praktyków w ochronie zdrowia w Polsce (Lider Roku 2016 w Ochronie Zdrowia - działalność edukacyjno-szkoleniowa w konkursie Sukces Roku w Ochronie Zdrowia - Liderzy Medycyny 2016), w toku realizacji kampanii ujawniły się sytuacje, których należy unikać w kolejnych tego typu kampaniach. Wspomniane wyżej badanie opinii publicznej z końca 2016 r. [6] pokazało, że mimo usilnych starań, przekaz kampanii był zbyt szeroki tematycznie. Wprowadzenie wielu informacji z zakresu epidemiologii HCV, głównie na portalu kampanii: [www.jestemswiadom.org](http://www.jestemswiadom.org) spowodowało rozproszenie przekazu, a nawet jego zniekształcenie w odbiorze,

którego najbardziej niekorzystnym efektem był wzrost odnotowanych, deklarowanych zachowań i postaw sprzyjających stygmatyzacji osób zakażonych HCV [6].

Przyczyn tego typu zjawiska upatrywać należy najprawdopodobniej, w tym, że odbiorcy w sposób wybiórczy, indywidualny, a także fragmentaryczny odczytywali informacje z zakresu epidemiologii HCV. W konstrukcji strony [www.jestemswiadom.org](http://www.jestemswiadom.org) uwzględniono potrzebę kaskadowego wprowadzania odbiorcy w zagadnienie HCV, zgodnie z regułą od hasła do szczegółów, co miało pozwolić na zainteresowanie odbiorcy tematem i zachęcenie go do pełnego zrozumienia prezentowanego problemu. Zastosowano także bufor w postaci prezentacji szczegółowych danych o Projekcie KIK/35 i uzyskanych wynikach na odrębnej stronie [www.hcv.pzh.gov.pl](http://www.hcv.pzh.gov.pl), do której odsyłane były osoby poszukujące informacji źródłowych. Niestety mimo tych starań, wyniki badania ankietowego mogą wskazywać na fakt, że odbiorcy najprawdopodobniej wybiórczo i niekiedy emocjonalnie rejestrowali informacje o problemie HCV. Dane z badania ankietowego oraz pytania zadawane bezpośrednio przez odbiorców kampanii poprzez portale społecznościowe mogą wskazywać na:

- a) szczególne kojarzenie zakażenia HCV z przyjmowaniem narkotyków w iniekcjach;
- b) wzrost obaw przed zakażeniem HCV w wyniku kontaktu seksualnego;
- c) nasilanie się obawy przed ujawnianiem faktu zakażenia HCV;
- d) frustracją wynikającą z faktu, że osoby z rozpoznaniem zakażenia HCV muszą oczekiwać na leczenie do momentu wystąpienia objawów klinicznych pozwalających na włączenie do programu lekowego podczas, gdy oczekiwane jest z ich strony jak najszybsze wdrożenie leczenia;
- e) mylenie HCV z HBV o czym świadczy wzrost liczby odpowiedzi wskazujących na istnienie szczepionki przeciw HCV;
- f) rozpoznawanie HCV jako choroby zakaźnej i stygmatyzację pacjentów w szpitalach, w przypadku których ujawniono informację „HCV+” w kartach zabiegowych, planach zabiegów lub w innej dostępnej dla pacjentów formie;
- g) mylenie obecnie dostępnego antywirusowego leczenia HCV z terapią HIV, o czym świadczy wzrost odpowiedzi twierdzących, że HCV nie można wyliczyć a tylko powstrzymać narastanie objawów.

Tego typu przekonania spowodowane są najprawdopodobniej niedostateczną, wybiórczą wiedzą osób, które udzielały odpowiedzi na pytania zawarte w ankiecie lub zgłaszały pytania do ekspertów Projektu KIK/35.

Innym możliwym wytłumaczeniem wyszczególnionych wyżej deficytów wiedzy respondentów badania opinii publicznej [6] może być fakt, iż w skutek kampanii *HCV Jestem świadom* po raz pierwszy o HCV usłyszało więcej osób, które z tym

problemem wcześniej się nie zetknęły i w toku kampanii nie nabyły jeszcze pełnej wiedzy o podstawach epidemiologii, diagnostyki i leczenia HCV/WZW C. Osoby te jednak, przez sam fakt pozytywnej odpowiedzi na pytanie preselekcyjne - czy słyszały o HCV - zostały włączone do badania opinii publicznej [6]. Podczas, gdy przed uruchomieniem kampanii, o HCV słyszało mniej osób, które być może były z problemem HCV obeznane w większym stopniu, z różnych względów (wykształcenie / znajomość z osobą zakażoną / zainteresowania tematyką zdrowotną), wymagających od nich, większego niż bierny odbiór informacji z mediów, zaangażowania osobistego. Przypuszczenie to potwierdzać może fakt wzrostu w toku kampanii „*HCV Jestem świadom*” z 45% do 51% osób deklarujących znajomość skrótu HCV.

Mimo, iż przypadki omawianego niezrozumienia przekazu lub ujawnienia niepełnej wiedzy o problemie HCV, najprawdopodobniej nie były dość liczne i główny komunikat kampanii został społeczeństwu przekazany prawidłowo, to projektując podobne działania w przyszłości należy mieć świadomość tego typu zagrożeń i dokonywać starannej selekcji informacji dostępnej w ramach kampanii społecznej, koncentrując się w pierwszej kolejności na jednoznacznym, związłym komunikacie.

### **2.4.1. Wybrane najważniejsze elementy ryzyka w realizacji Projektu KIK/35 *Zapobieganie zakażeniom HCV***

W realizacji zadań Projektu KIK/35 wystąpiły dwie zasadnicze kategorie czynników ryzyka:

- 1. niezależne od projektu** - na wystąpienie których Zespół Projektu nie miał wpływu i których nie był w stanie przewidzieć na etapie planowania zadań przewidzianych do realizacji. Możliwości przeciwdziałania były tu ograniczone do zdolności dostosowawczej, bez możliwości wyeliminowania przyczyn utrudnień dla realizacji projektu. Prawdopodobieństwo wystąpienia tych czynników ryzyka wzrastało wraz wydłużaniem się czasu planowania, negocjacji i realizacji projektu;
- 2. zależne od projektu** - wystąpienie których było bezpośrednim następstwem realizacji zadań lub ich planowania, a Zespół Projektu miał możliwość podjęcia działań eliminujących przyczynę utrudnień dla realizacji projektu. Czynniki te można podzielić na dwie grupy ze względu na rodzaje adekwatnych działań zaradczych - **strategiczne** i **bieżące**. Strategiczne czynniki ryzyka zależnego od realizacji projektu związane były zasadniczo z potrzebą zmiany kierunku / metodyki zaplanowanych działań, koniecznością wprowadzenia nowych działań do realizacji. Bieżące czynniki ryzyka zależnego od realizacji projektu obejmowały wszelkie zagrożenia związane z zarządzaniem projektem,

najczęściej w odniesieniu do harmonogramu realizacji zadań i zasobów kadrowych realizujących zadania.

Do niezależnych od projektu czynników ryzyka, które wystąpiły w toku realizacji Projektu KIK/35 należały następujące elementy:

- 1) legislacyjne - ingerujące w stan prawny bezpośrednio w obszarze realizacji zadań projektu;
- 2) ekonomiczne - zmiany kursu walut i wyniki z tego oszczędności lub nieprzewidziane koszty;
- 3) postęp technologiczny i naukowy - zmieniające realia działań przewidzianych w pierwotnych założeniach projektu.

Spośród zależnych od projektu czynników ryzyka, które wystąpiły w toku realizacji Projektu KIK/35 na wzmiankę zasługują czynniki wymagające strategicznych działań zaradczych w zakresie:

- a) zasobów kadrowych na poziomie Kierownictwa Projektów, w tym dołączenia nowych ekspertów / partnerów;
- b) zmiany metodyki prowadzenia badań / realizacji zadań;
- c) włączenia do realizacji nowych, nieplanowanych wcześniej zadań;
- d) rozszerzenia zadań i zmiany ich harmonogramu oraz budżetu.

Powodem zaistnienia czynników ryzyka wymagających strategicznych działań zaradczych okazały się pierwotne czynniki wymagające bieżących działań zaradczych (pkt. a i c) lub czynniki niezależne od projektu (pkt. b i d).

Przykłady wspomnianych czynników ryzyka, zgodnie z przedstawioną klasyfikacją, zostały omówione w kolejnym rozdziale wraz z podaniem działań zaradczych.

#### **2.4.2. Przykłady działań podejmowanych w Projekcie KIK/35 w odpowiedzi na zaistniałe czynniki ryzyka**

**W Projekcie KIK/35 ogółem** w trakcie realizacji zadań wystąpił czynnik ryzyka ekonomicznego, niezależny od projektu, polegający na znacznym wzmocnieniu się kursu franka szwajcarskiego wobec złotego. Przyczyniło się to do wygenerowania oszczędności kursowych i nadwyżek w stosunku do zakładanego budżetu Projektu KIK/35. Nadwyżki te wykorzystywano sukcesywnie na dofinansowanie działań, wobec których zachodziło ryzyko braku środków wynikające z niedoszacowań w okresie planowania i zmian kosztów w okresie od planowania do inicjacji projektu, a także na realizację nowych zadań, które ujawniły się w skutek otrzymanych wyników realizowanych badań/działań jak np. w **Projekcie 4**, gdzie wyniki planowego przeglądu procedur wykazały błędy w zachowaniach pracowników medycznych, których przyczyną był najprawdopodobniej niedostateczny

poziom kształcenia przed-dyplomowego na studiach medycznych. Element ten miał charakter czynnika bezpośredniego, który przełożył się na potrzebę zainicjowania działań strategicznych polegających na wykonaniu analiz wcześniej nieplanowanych, a dotyczących oceny postępów w nabywaniu wiedzy przez studentów 1 i 5 roku studiów na kierunku lekarskim i lekarsko-dentystycznym. Działanie to zostało przedyskutowane i zaaprobowane przez Komitet Sterujący Projektu KIK/35. Co ciekawe, wyniki oceny postępów w nabywaniu wiedzy przez studentów, stały się przyczyną kolejnego zadania dodatkowego, polegającego na ocenie stosowanych w kraju programów kształcenia na wspomnianych kierunkach studiów i opracowaniu rekomendacji w zakresie harmonizacji tych programów w obszarze informowania o problemie zakażeń krwiopochodnych - w tym HCV - oraz edukacji w zakresie działań i sposobów przeciwdziałania szerzeniu się tych zakażeń. Środki na realizację tych zadań wygoszparowano z oszczędności kursowych, po uzyskaniu wymaganej zgody Instytucji Pośredniczącej (IP).

**W niektórych modułach Projektu KIK/35** stwierdzono również wystąpienie czynników ryzyka zależnych od projektu, mających charakter bezpośredni, a polegających na uzyskaniu oszczędności operacyjnych, wynikłych z uzyskania w drodze konkurencji rynkowej (postępowania konkursowe i przetargi) niższych niż planowano kosztów usług i materiałów potrzebnych do realizacji zadań. Uzyskane w ten sposób nadwyżki przeznaczono na zwiększenie zakresu zaplanowanych zadań (np. zwiększenie liczby osób badanych w Projekcie 1), po uzyskaniu wymaganej zgody IP.

**W Projekcie 1** czynnikiem ryzyka widocznym już na etapie planowania zadań była niepewność, czy uda się pozyskać wystarczającą liczbę podmiotów zdolnych do rekrutacji 20 tys. osób do badania ankietowego i badania krwi w kierunku HCV. Działania zaradcze, możliwe do podjęcia, sprowadzały się do większego zaangażowania personelu w bezpośredni kontakt z potencjalnymi wykonawcami, celem wyjaśnienia wątpliwości i indywidualnego zachęcania ich do udziału w projekcie. Ponadto, przy tak dużej skali badań newralgiczny był też element oszacowań kosztów badań. Nawet niewielkie niedoszacowanie mogło prowadzić do znacznego przekroczenia budżetu. Z tego względu Projekt 1 był też wrażliwy na tzw. niezależne od projektu czynniki ryzyka, w tym większą niż przewidywano inflację w zakresie kosztów wynagrodzeń, usług i materiałów potrzebnych do realizacji Projektu 1. Wpływ na ten element ryzyka nie był jednak możliwy. Dlatego w takich sytuacjach bardzo ważne jest uwzględnienie odpowiedniego poziomu rezerw, po stronie instytucji realizującej projekt, a po stronie instytucji pośredniczącej unikanie wydłużania okresu od akceptacji projektu do uruchomienia jego realizacji.

**Projekt 2** obarczony był w swoim założeniu czynnikiem ryzyka (czynnik

zależny od Projektu) zagrażającym osiągnięciu zakładanego wskaźnika liczby IDU objętych badaniem ankietowym i badaniem krwi w kierunku HCV. Ryzyko polegało na obawie, że użytkownicy narkotyków nie będą chcieli uczestniczyć w badaniu krwi ze względu na utratę czasu i konieczność udania się do laboratorium oraz konieczność oczekiwania na wynik badania. Ze względu na postęp technologiczny, polegający na dopuszczeniu do stosowania nieinwazyjnego testu w kierunku HCV (tzw. test ślinowy), który można wykonać w terenie, w Projekcie 2 podjęto decyzję o wprowadzeniu tego testu do stosowania zamiast badania krwi. Było to pierwszorazowe użycie tego typu testu w Polsce, dlatego przy podejmowaniu decyzji opierano się na doświadczeniach zagranicznych, między innymi z wizyty studyjnej w Szwajcarii. Decyzję o wprowadzeniu testu nieinwazyjnego podjęto uchwałą Komitetu Sterującego Projektu KIK/35, uwzględniając wyższy jednostkowy koszt testu nieinwazyjnego.

W realizacji **Projektu 3** napotkano czynnik ryzyka niezależny od projektu, wynikły ze zmian legislacyjnych i organizacyjnych w ochronie zdrowia w Polsce, polegających na wprowadzeniu dla kobiet w ciąży refundowanego przez NFZ badania diagnostycznego w kierunku HCV. Dostępność refundowanego badania spowodowała utrudnienie w osiągnięciu zakładanego w Projekcie 3 wskaźnika 8 tys. badań u kobiet w ciąży, gdyż u części kobiet przewidzianych do badania w ramach projektu, badanie to wykonano wcześniej, w ramach standardowej opieki i powtarzanie tego badania było nieuzasadnione. Działanie korygujące miało charakter strategiczny i polegało na wydłużeniu okresu, w którym w trakcie ciąży badanie mogło być wykonane, z pierwszego trymestru do końca drugiego trymestru, a także na zmianie profilu podmiotów realizujących to badanie, z placówek szpitalnych na przychodnie (NZOZ) oraz zwiększeniu liczby jednostek realizujących badanie. Opisane zmiany podjęto w wyniku konsultacji z ekspertami (konsultanci wojewódzcy) oraz wykorzystano doświadczenie Projektu 1, które wskazywało na szczególnie duże zaangażowanie personelu mniejszych, lokalnych jednostek opieki zdrowotnej w realizacji zadań finansowanych ze środków SPPW. Wspomniana zmiana strategiczna została zaaprobowana przez Komitet Sterujący Projektu KIK/35 i spowodowała wzrost liczby badań, co ostatecznie pozwoliło osiągnąć zakładany wskaźnik Projektu 3.

Przy projektowaniu zasadniczego działania **Projektu 4** nie uwzględniono elementu ryzyka bezpośredniego, polegającego na oporze podmiotów leczniczych wytypowanych do badania ankietowego, pogłębionej obserwacją w zakresie posiadania i realizacji procedur zapobiegających transmisji zakażeń krwiopochodnych. Ze względu na specyfikę tego zadania, osobami najwłaściwszymi do jego realizacji powinni być pracownicy Państwowej Inspekcji Sanitarnej (PIS), ze względu na posiadane uprawnienia i wiedzę w zakresie obowiązujących regulacji sanitarnych. Zaangażowanie pracowników PIS, budziło jednak obawy podmiotów, których udział w badaniu był dobrowolny. Obawy dotyczyły faktu, że

ewentualne nieprawidłowości stwierdzone w trakcie badania, obligować będą pracowników PIS do podjęcia działań w zakresie karania za stwierdzone naruszenia. Problem ten okazał się na tyle trudny do rozwiązania, że spowodował wystąpienie poważnego ryzyka dla realizacji Projektu 4, a tym samym wymagał podjęcia działań strategicznych, w tym zmiany kierownictwa Projektu 4 i wypracowania wspólnie z Instytucją Realizującą oraz Głównym Inspektorem Sanitarnym, rozwiązań pozwalających z jednej strony uzyskać zaufanie podmiotów badanych, a z drugiej zapewnić pełną legalność działań pracowników PIS. Wprowadzone rozwiązania, polegające na analizie regulacji prawnych, ale w szczególności na wzmocnieniu działań informacyjnych, kierowanych do osób zarządzających placówkami wytypowanymi do kontroli, w formie pisemnego zapewnienia przez Instytucję Realizującą w porozumieniu z GIS, że prowadzone badania mają wyłącznie charakter poznawczy i służyć będą jedynie zdobyciu rzetelnej wiedzy o badanym problemie w kraju, pozwoliły rozwiązać obawy i w pełni zrealizować zamierzenia Projektu 4.

W zadaniu dotyczącym **informacji i promocji Projektu KIK/35** napotkano czynnik ryzyka bezpośredniego, zależnego od projektu, polegający na niedoprecyzowaniu zakresu działań i kosztów społecznej kampanii informacyjnej w fazie planowania Projektu KIK/35. Czynnik ten okazał się elementem ryzyka strategicznego, gdyż jak pokazały wyniki przeglądu okresowego Projektu KIK/35 w 2015 r. działania kampanii (jej zakres i oczekiwany efekt) zostały zaplanowane w sposób niewystarczający do oczekiwań instytucji finansujących Projekt KIK/35. Wykorzystując opinie ekspertów wskazanych przez stronę szwajcarską, przystąpiono do szczegółowego, strategicznego rozplanowania działań społecznej kampanii informacyjnej tak, aby zapewnić jej wymagany zasięg, szczególnie w mass mediach i Internecie. Zwiększono udział w imprezach zbiorowych i programach rozrywkowych (np. Wielki Test o Zdrowiu w TVP). Podjęto decyzję o bezpośrednim zarządzaniu kampanią przez Zespół Projektu KIK/35 we współpracy z Kierownikami Projektów 1-5, a nie powierzeniu tego zadania podmiotowi zewnętrznemu. Dzięki tej decyzji strategicznej, zapewniono spójność kampanii, zwłaszcza jej przekazu merytorycznego, wykorzystano w pełni potencjał twórczy Zespołu Projektu KIK/35 i Projektów 1-5, korzystając przy tym z zewnętrznych profesjonalnych usług w zakresie realizacji poszczególnych technicznych i wizerunkowych etapów kampanii. Do finansowania rozszerzonego zakresu działań w kampanii wykorzystano oszczędności kursowe oraz wygospodarowane skutecznym zarządzaniem.

**Ważnym dla Projektu KIK/35** czynnikiem ryzyka był też rewolucyjny postęp w zakresie możliwości leczenia HCV i WZW C, polegający na wprowadzeniu leków o bezpośrednim działaniu przeciwwirusowym (DAA). Dzięki tej nowoczesnej terapii, od 2015 r. w Polsce możliwe stało się skuteczne leczenie osób zakażonych HCV, niezależnie od genotypu wirusa. Mimo iż kosztowne, leczenie

to uznać można za niemal wolne od efektów ubocznych. Jednak w świadomości społecznej i części pracowników medycznych nie specjalizujących się w terapii WZW C, wciąż panowało przekonanie, iż dostępna jest wyłącznie terapia interferonowa, o niskiej skuteczności i uciążliwych dla funkcjonowania pacjentów efektach ubocznych. Mimo iż Projekt KIK/35 w swojej realizacji zasadniczo nie obejmował obszaru leczenia WZW C, to jednak wspomniana zmiana (postęp wiedzy i technologii) miała znaczący wpływ na zakres przekazu o skuteczności leczenia WZW C, kierowanego do społeczeństwa w ramach kampanii społecznej (nowej jakości komunikat: skuteczne, pozbawione uciążliwych efektów ubocznych leczenie każdego chorego jest możliwe) jak i na zakres tematyki szkoleń kierowanych do pracowników medycznych w Projekcie 5. Ponadto, terapia lekami DAA wskazywana jest coraz częściej przez ekspertów z zakresu chorób zakaźnych, jako potencjalny, skuteczny element ograniczania wielkości rezerwuaru HCV, gdyż leki DAA uznawane są za zdolne do eliminacji wirusa z organizmu pacjenta. Z tego względu, odpowiednich modyfikacji wymagał też zakres przygotowywanych w ramach Projektu KIK/35 rekomendacji działań strategicznych w zakresie zapobiegania zakażeniom HCV i zwalczania WZW C w Polsce. Działania zaradcze, polegające na modyfikacji przekazu, aktualizacji treści edukacyjnych oraz weryfikację rekomendacji udało się przeprowadzić skutecznie dzięki elastyczności zespołów realizujących te zadania, jak i horyzontowi czasowemu wystarczającemu na implementację zmian do materiałów emitowanych w ramach kampanii społecznej. Sytuacja byłaby jednak dużo bardziej skomplikowana, gdyby wspomniane zmiany jakościowe w leczeniu nastąpiły w okresie realizacji kampanii społecznej, czyli w 2016 r.

## PIŚMIENNICTWO

1. Projekt KIK/35 „Zapobieganie Zakażeniom HCV” jako przykład zintegrowanych działań w zdrowiu publicznym na rzecz ograniczenia zakażeń krwiopochodnych w Polsce; Red. Wysocki MJ, Zieliński A, Gierczyński R. NIZP-PZH, Warszawa 2017.
2. Flisiak R, Halota W, Horban A, Juszczak J, Pawłowska M, i wsp. (2011) Prevalence and risk factors of HCV infection in Poland. *Eur J GastroenterolHepatol.* 23(12):1213-7. doi: 10.1097/MEG.0b013e32834d173c.
3. Raport „Jakościowa ocena ryzyka zakażenia HCV w świetle stosowanych procedur medycznych - przeprowadzenie badań ankietowych wśród studentów uczelni medycznych w Polsce”, opracowanie w ramach Projektu KIK/35: Realizacja Sp. z o.o. pod merytorycznym nadzorem dr hab. Krzysztofa Tomasiewicza; 2016 [http://www.hcv.pzh.gov.pl/Repository/Projekt4/Raport\\_BADANIA\\_proj4.pdf](http://www.hcv.pzh.gov.pl/Repository/Projekt4/Raport_BADANIA_proj4.pdf).
4. Wakefield MA, Loken B, Hornik RC. Use of mass media campaigns to change health



---

behaviour. *Lancet*. 2010 Oct 9; 376(9748): 1261-1271. doi: 10.1016/S0140-6736(10)60809-4.

5. Maher CA, Lewis LK, Ferrar K, Marshall S, De Bourdeaudhuij I and Vandelanotte C. Are Health Behavior Change Interventions That Use Online Social Networks Effective? A Systematic Review *J Med Internet Res*. 2014 Feb; 16(2): e40. doi: 10.2196/jmir.2952.
6. Dominika Szenrok, Izabela Jagodzinska „Wirus HCV - świadomość wśród Polaków” Raport z badania dla Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego - PZH; 28.12.2016 r., Millward Brown, 2016 r. Warszawa.

# ROLA PAŃSTWOWEJ INSPEKCJI SANITARNEJ W ZAPOBIEGANIU ZAKAŻENIOM KRWIOPPOCHODNYM

Mgr Aleksandra Czyrznikowska, Mgr Izabela Kucharska,  
Lek. med. Marek Posobkiewicz  
Główny Inspektorat Sanitarny

Od ponad 90 lat istnienia służb sanitarno-epidemiologicznych, przy zmieniających się warunkach administracyjnych, organizacyjnych i finansowych, misja Państwowej Inspekcji Sanitarnej pozostaje niezmienna. Na przestrzeni lat, w ciągu których służby sanitarne w różnym kształcie podejmowały działania, nadrzędnym celem pozostawało dążenie do osiągnięcia pożądaných norm zdrowotnych poprzez podejmowanie działań umożliwiających zachowanie lub przywracanie bezpieczeństwa zdrowotnego ludzi. Państwowa Inspekcja Sanitarna stoi bowiem na straży zdrowia rozumianego w wymiarze zarówno jednostki jak i całego społeczeństwa. Dlatego też podejmowane są inicjatywy i działania, których celem jest identyfikacja i szacowanie skali zagrożeń, a także inicjowanie i organizowanie skoordynowanego nadzoru. Od wielu lat jednym z priorytetów działania pozostaje zapobieganie zakażeniom krwiopochodnym - HBV, HCV, HIV. Minimalizowanie ryzyka związanego z zakażeniami tego typu wymaga wieloaspektowych działań, zarówno na poziomie uregulowań systemowych, prawnych, proceduralnych, ale również o charakterze edukacyjno-informacyjnym. Głównym celem tych działań jest bowiem zwiększenie wiedzy społeczeństwa i personelu wykonującego zabiegi z przerwaniem ciągłości tkanek (również w sektorze pozamedycznym). Nieprawidłowo wykonywane procedury, ich brak lub zaniechanie przyczyniają się do wzrostu zagrożenia przeniesienia zakażenia drogą krwi w układzie: pacjent - pacjent, pacjent - personel, personel - pacjent. Poniższe opracowanie ma na celu przybliżenie roli organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej, jako jednego z kluczowych podmiotów działających w obszarze zdrowia publicznego w zakresie zapobiegania zachorowaniom przenoszonym drogą krwi.

### 3.1. Uwarunkowania funkcjonowania Państwowej Inspekcji Sanitarnej

Podstawą powstania służb sanitarno-epidemiologicznych w Polsce była uchwalona przez Sejm w 1919 r. Zasadnicza Ustawa Sanitarna. Następnie powołane zostały: Urząd Naczelnego Nadzwyczajnego Komisarza do walki z epidemiami, a także Państwowy Centralny Zakład Epidemiologiczny. Tworzono także lokalne placówki sanitarne, powstała Państwowa Szkoła Higieny kształcąca kadrę sanitarną na potrzeby całego kraju. Podmioty te odegrały niebagatelną rolę w trudnym epidemiologicznie okresie po II wojnie światowej pomimo, iż dopiero w 1985 r. wyposażone zostały w obecnie obowiązujące, szerokie uprawnienia kontrolne i administracyjne. Struktura pierwotnie utworzonych służb sanitarno-epidemiologicznych ewaluowała w miarę potrzeb, aż do 1954 r., kiedy to na mocy Dekretu powołana została Państwowa Inspekcja Sanitarna. Jej struktura ulegała dalszym zmianom m.in. pod wpływem podziałów administracyjnych państwa. Obecnie podstawowym dokumentem regulującym strukturę, organizację i zakres działalności służb sanitarno-epidemiologicznych w kraju jest ustawa z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej. Przepisy prawa z 2009 r. określiły strukturę Państwowej Inspekcji Sanitarnej i umiejscowiły jej organy szczebla wojewódzkiego i powiatowego w zespolonej administracji rządowej. W związku z powyższym, w chwili obecnej kwestie związane m.in. z finansowaniem wojewódzkich i powiatowych stacji sanitarno-epidemiologicznych oraz wyposażeniem ich w niezbędne siły i środki, pozostają bezpośrednio w gestii wojewodów [1,2].

Jednocześnie zgodnie z zapisami ustawy o Państwowej Inspekcji Sanitarnej, pod względem merytorycznym kieruje nią Główny Inspektor Sanitarny, jako centralny organ administracji rządowej posiadający kompetencje m.in. do ustalania ogólnych kierunków działania organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej oraz wydawania poleceń organom Państwowej Inspekcji Sanitarnej dotyczących podjęcia określonych czynności zapobiegawczych lub kontrolnych. Powoduje to powstanie swoistego dualizmu podległości organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej, co potencjalnie może prowadzić do konfliktów związanych z odmiennym postrzeganiem zagrożeń na poziomie wojewody i Głównego Inspektora Sanitarnego [2].

Pomimo trudności i zmian organizacyjnych dokonywanych na przestrzeni lat, Państwowa Inspekcja Sanitarna nadal pozostaje jedną z kluczowych służb dedykowanych zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, realizującą swoje zadania z dużą efektywnością. Potwierdzają to statystyki w zakresie chorób zakaźnych. Śledzenie trendów wieloletnich zachorowalności na choroby zakaźne podlegające zgłoszeniu do organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej pozwala twierdzić, iż działania edukacyjne, kontrolno-represyjne, przeciwepidemiczne, zapobie-

gawcze oraz w zakresie nadzoru, istotnie przyczyniają się do poprawy sytuacji epidemiologicznej w zakresie chorób zakaźnych.

Od kilkunastu lat jednym z aktualnych priorytetów działania Państwowej Inspekcji Sanitarnej pozostaje zmniejszenie narażenia na zakażenia przenoszone drogą krwi, powodowane wirusem zapalenia wątroby typu B (HBV), wirusem zapalenia wątroby typu C (HCV) oraz zakażenia wirusem niedoboru odporności (HIV). O ile w przypadku wirusowego zapalenia wątroby typu B (WZW B) udało się w znaczący sposób zminimalizować liczbę zachorowań poprzez wprowadzenie obowiązkowych szczepień ochronnych (w tym finansowanych ze środków budżetu państwa, znajdujących się w dyspozycji ministra właściwego ds. zdrowia), w stosunku do pozostałych zakażeń przenoszonych drogą krwi należy zastosować odmienne rozwiązania z uwagi na brak szczepionek przeciwko wirusom je wywołującym. W celu ograniczenia liczby zachorowań na zakażenia w podmiotach leczniczych, wprowadzone zostały m.in. stosowne wymogi sanitarno-higieniczne i sanitarno-techniczne, a także obowiązek opracowania i wdrożenia procedur zapobiegających szerzeniu się zakażeń. Państwowa Inspekcja Sanitarna ze względu na swoje kompetencje i strukturę odgrywa w tych działaniach niebagatelną rolę.

### **3.2. Nadzór nad sytuacją epidemiologiczną w zakresie zakażeń HCV w Polsce**

Państwowa Inspekcja Sanitarna prowadzi stały nadzór nad sytuacją epidemiologiczną w zakresie chorób zakaźnych i zakażeń, w tym przenoszonych drogą krwi. Źródłem informacji o liczbie zachorowań i zapadalności na choroby takie jak WZW B, WZW C, AIDS oraz zakażenia HIV, są - przekazywane do organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej - zgłoszenia dodatnich wyników badań w kierunku biologicznych czynników chorobotwórczych, dokonywane przez diagnostę laboratoryjnego lub inną osobę uprawnioną do samodzielnego wykonywania czynności diagnostyki laboratoryjnej oraz zgłoszenia podejrzenia lub rozpoznania zakażenia, choroby zakaźnej lub zgonu z powodu zakażenia lub choroby zakaźnej, dokonywane przez lekarza lub felczera. Zasady zgłaszania, w tym sposób i tryb dokonywania zgłoszeń uregulowane zostały w ustawie o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi oraz aktach wykonawczych do tej ustawy [3-5].

Przypadki zachorowań na WZW C w Polsce są rejestrowane przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej w oparciu o definicję przypadku WZW C dla celów nadzoru epidemiologicznego. Od 2015 r. kwalifikowanie tych zgłoszeń odbywa się w oparciu o nową definicję z 2014 r., która wprowadziła dodatkowe kryteria laboratoryjne. Na terenie Unii Europejskiej stosowane są jednolite definicje

przypadków, co pozwala na porównanie sytuacji epidemiologicznej i jej analizę również w kontekście liczby zachorowań występujących w skali UE.

Dodatkowym źródłem informacji dla Państwowej Inspekcji Sanitarnej, wspomagającym działania oraz umożliwiającym określenie potrzeb i kierunków dalszego postępowania, są również dane naukowe, wyniki badań przesiewowych prowadzonych w ramach programów mających na celu zapobieganie zakażeniom HCV, a także informacje pochodzące z nadzoru nad zakażeniami szpitalnymi. Szczegółowe informacje w tym zakresie przedstawiono w dalszej części rozdziału.

Między innymi dane dotyczące liczby przypadków zachorowań oraz zakażeń krwiopochodnych pozwalają organom Państwowej Inspekcji Sanitarnej na śledzenie wieloletnich trendów oraz wyznaczenie kolejnych priorytetów do realizacji, w celu minimalizowania liczby zachorowań na choroby przenoszone drogą krwi. Należy przy tym pamiętać, iż okresowe wzrosty liczby zachorowań mogą być następstwem np. prowadzonych wśród personelu medycznego działań informacyjnych i w następstwie poprawę zgłaszalności, czy też poprawa i udoskonalanie metod diagnostycznych. Dlatego też, dane liczbowe zawsze muszą być analizowane w szerokim kontekście działań w obszarze zdrowia publicznego i uwarunkowań z tym związanych.

### **3.3. Działalność nadzorowa i kontrolno-represyjna organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej**

Kierownicy podmiotów leczniczych oraz inne osoby udzielające świadczeń zdrowotnych, przepisami ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi zobligowani zostali do dokonywania oceny ryzyka wystąpienia zakażenia związanego z wykonywaniem świadczeń zdrowotnych, monitorowania czynników alarmowych i zakażeń związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych, opracowania, wdrożenia i nadzoru nad procedurami zapobiegającymi zakażeniom i chorobom zakaźnym związanym z udzielaniem ww. świadczeń (np. procedurami w zakresie dekontaminacji skóry i błon śluzowych, wyrobów medycznych, powierzchni, pomieszczeń i urządzeń), stosowania środków ochrony indywidualnej i zbiorowej, wykonywania badań laboratoryjnych, czy też prowadzenia kontroli wewnętrznej w zakresie realizacji działań zapobiegawczych. Organy Państwowej Inspekcji, nadzorujące podmioty lecznicze mają prawo dokonać kontroli realizacji wymienionych powyżej obowiązków, a w razie stwierdzenia nieprawidłowości mogą wydać zalecenia, nałożyć karę w postaci mandatu, czy też wstrzymać działalność podmiotu leczniczego w przypadku zaistnienia rażących nieprawidłowości [3].

Poza działaniami proceduralnymi, pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą muszą - zgodnie z ustawą o działalności leczniczej - odpowiadać wymaganiom ogólnoprzestrzennym, sanitarnym i instalacyjnym odpowiednio do rodzaju wykonywanej działalności leczniczej oraz zakresu udzielanych świadczeń zdrowotnych. Szczegółowe wymogi, z rozróżnieniem na rodzaj pomieszczenia, określone zostały w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą. Nałożenie na podmioty lecznicze obowiązku zapewnienia i utrzymania pomieszczeń w odpowiednim stanie sanitarno-higienicznym umożliwia ograniczanie przenoszenia zakażeń w środowisku szpitalnym. Z uwagi na szerzenie się zakażeń krwiopochodnych niezbędne jest zapewnienie warunków maksymalnie ułatwiających utrzymanie pomieszczeń i powierzchni w czystości, a także umożliwiających wykonanie skutecznej dekontaminacji powierzchni, narzędzi i urządzeń medycznych, które potencjalnie mogą ulec zabrudzeniu wydzielinami bądź płynami ustrojowymi, w tym krwią pacjenta w czasie wykonywania świadczeń medycznych, a w konsekwencji mogą zostać skażone i stać się źródłem narażenia dla innych osób. W rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą, zawarto między innymi wymóg dla szpitali zapewnienia na stałe zaopatrzenia w materiały sterylne oraz organizacji centralnej sterylizatorni, czy też transportu materiałów sterylnych i skażonych między centralną sterylizatornią a oddziałami. Wprowadzone na poziomie uregulowań prawnych obowiązki, w zakresie wymagań sanitarno-higienicznych, pozwalają na zachowanie odpowiednich standardów udzielania świadczeń zdrowotnych, ograniczając możliwość przypadkowego rozprzestrzenienia chorób przenoszonych drogą krwi w środowisku szpitalnym [6,7].

Należy przy tym zauważyć, że wprowadzenie określonych zapisów na poziomie ustawowym umożliwia organom Państwowej Inspekcji Sanitarnej prowadzenie bieżącego oraz zapobiegawczego nadzoru nad wymogami sanitarno-higienicznymi - jakie powinien spełniać personel medyczny, sprzęt i pomieszczenia przeznaczone do świadczeń medycznych - w aspekcie kontroli przestrzegania przez podmioty wykonujące działalność leczniczą procedur zapobiegających szerzeniu się zakażeń krwiopochodnych. Kontrole w tym zakresie przeprowadzane są na podstawie ustawy z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej z uwzględnieniem przepisów Kodeksu postępowania administracyjnego.

W celu ujednoczenia sposobu wykonywania kontroli podmiotów wykonujących działalność leczniczą na terenie kraju, zasady ich przeprowadzania określono procedurą wewnętrzną. W razie stwierdzenia naruszenia wymagań higienicznych i zdrowotnych, państwowy inspektor sanitarny nakazuje - w drodze decyzji - usunięcie w określonym terminie stwierdzonych uchybień. W wypadku stwierdzenia drobnych nieprawidłowości (tzw. bieżących uchybień), nie zagrażających

bezpośrednio życiu lub zdrowiu osób trzecich, wydawane są również doraźne zalecenia, dotyczące ich usunięcia (z podaniem terminu realizacji). W niektórych przypadkach, zastosowanie znajduje również kara grzywny, nakładana w drodze mandatu karnego. Jeśli zaś naruszenie wymagań powoduje bezpośrednie zagrożenie życia lub zdrowia ludzi np. stwierdza się przy wykonywaniu świadczeń medycznych rażące naruszenie procedur, możliwe jest zamknięcie obiektu lub jego części, bądź nakazanie podjęcia innych działań skutkujących przerwaniem dalszego szerzenia się zakażeń [2].

Kolejnym zagadnieniem podlegającym nadzorowi i kontroli Państwowej Inspekcji Sanitarnej jest postępowanie z odpadami medycznymi, które mogą być potencjalnie skażone czynnikami biologicznymi takimi jak wirusy HBV, HCV, HIV. Kontrola na każdym etapie postępowania z odpadami, od momentu ich wytworzenia, poprzez gromadzenie, transport wewnętrzny i poza szpitalem, a także ich unieszkodliwianie, wymaga stosowania procedur postępowania zapewniających bezpieczeństwo w stosunku do personelu i osób trzecich. Wyodrębnienie ze strumienia odpadów tych, które stanowią odpady medyczne potencjalnie skażone czynnikami biologicznymi, umożliwia ograniczanie ryzyka związanego z chorobami zakaźnymi i zakażeniami takimi jak HBV, HCV i HIV [8].

### **3.4. Działalność edukacyjno-profilaktyczna Państwowej Inspekcji Sanitarnej w kontekście przeciwdziałania chorobom przenoszonym drogą krwi**

Poza działaniami kontrolno-represyjnymi Państwowa Inspekcja Sanitarna podejmuje również szereg działań o charakterze informacyjno-edukacyjnym. W ciągu ostatnich kilkunastu lat prowadzonych było kilka ogólnokrajowych akcji dotyczących zakażeń krwiopochodnych, głównie w kontekście rozpowszechnienia WZW C w populacji. Prowadzone na przestrzeni lat działania, połączone z prowadzeniem badań przesiewowych w określonych grupach osób, pozwoliły zweryfikować wiedzę w zakresie rozpowszechnienia WZW C w Polsce, a także ukierunkować kolejne działania w sposób umożliwiający ciągłe podnoszenie ich efektywności oraz minimalizowanie zagrożenia, jakim jest WZW C w populacji. Z uwagi na brak metody zapobiegania zakażeniom HCV poprzez szczepienie ochronne, szerzeniu się zakażeń można zapobiec jedynie w drodze działań nieswoistych, polegających na wdrażaniu i utrzymywaniu wysokich standardów higieniczno-sanitarnych wykonywania świadczeń zdrowotnych i innych zabiegów o charakterze niemedyce, przebiegających z naruszeniem ciągłości tkanek.

W wyniku intensyfikacji działań Państwowej Inspekcji Sanitarnej na przełomie lat 2005/2006, po fazie przygotowań, zrealizowane zostały pierwsze pilotażowe szkolenia dla personelu medycznego z 5 województw kraju (kujawsko-pomorskie,

mazowieckie, opolskie, wielkopolskie, małopolskie) w ramach kampanii edukacyjnej *HCV można pokonać* zainicjowanej przez Polską Grupę Ekspertów HCV. Siłami Państwowej Inspekcji Sanitarnej przeszkolono wówczas niemal 84 tys. pracowników medycznych w blisko 7 tys. placówek opieki zdrowotnej. Szkolenia obejmowały zagadnienia z zakresu profilaktyki, diagnostyki i leczenia zakażeń HCV. Podkreślenia wymaga fakt, że w wyniku przeprowadzonych działań, na terenie objętym szkoleniem, zanotowany został przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej prawie 40 % wzrost liczby zarejestrowanych przypadków zakażeń HCV w 2005 r. w porównaniu z 2004 r. Mając powyższe na uwadze, za celowe uznano kontynuowanie działań z zakresu profilaktyki, w tym profilaktyki wtórnej HCV, czyli m.in. dążenie do wczesnego wykrywania osób zakażonych. Kolejny *Pilotażowy Program Profilaktyki HCV STOP!HCV* był odpowiedzią na zbyt niski odsetek wykrywalności zakażeń HCV w Polsce oraz brak w ówczesnym czasie rzeczywistych danych epidemiologicznych co do liczby osób zakażonych HCV. Pilotażowy Program *STOP!HCV*, był projektem o charakterze edukacyjno-szkoleniowym, skierowanym do społeczeństwa i personelu medycznego. Inicjatywa ta w pełni wpisywała się w działania Państwowej Inspekcji Sanitarnej - prowadzenia działalności zapobiegawczej w zakresie chorób zakaźnych oraz oświatowo-zdrowotnej. Program *STOP!HCV*, w odróżnieniu od wcześniejszego projektu został skierowany nie tylko do personelu medycznego, ale również do szerokiego grona odbiorców w populacji ogólnej tj. uczniów szkół ponadgimnazjalnych i ich rodziców. Szczególną grupą osób, które objęte zostały działaniami edukacyjnymi, była również kadra zarządzająca i personel medyczny odpowiedzialny za bezpieczeństwo epidemiologiczne szpitali wielospecjalistycznych (głównie Zespoły Kontroli Zakażeń Szpitalnych). W zakresie modułu szkoleniowego przeprowadzono zajęcia edukacyjne, obejmujące tematykę zagrożeń, jakie niesie ze sobą zakażenie wirusem HCV oraz popularyzację właściwych postaw i nawyków, które pozwalają ograniczać lub unikać transmisji wirusa. Interwencji programowej poddano łącznie blisko 50 tys. osób, w tym blisko 900 realizatorów Programu (głównie nauczycieli), niemal 10 tys. uczniów i 40 tys. pracowników medycznych. Przeprowadzono blisko 3 tys. szkoleń, instruktaży oraz lekcji edukacyjnych. Wszystkie działania prowadzone były w ścisłej współpracy Państwowej Inspekcji Sanitarnej i Polskiej Grupy Ekspertów [8].

Ponadto, w celu uzupełnienia działań i realizacji wniosków, które pojawiły się na etapie realizacji programów pilotażowych, Główny Inspektor Sanitarny opracował we współpracy z ekspertami, a następnie udostępnił poprzez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej na terenie całego kraju, pierwsze syntetyczne opracowanie nt. zapobiegania zakażeniom HCV skierowane do właścicieli i pracowników gabinetów odnowy biologicznej, salonów tatuażu, fryzjerskich i kosmetycznych. Działanie to podjęte zostało w odpowiedzi na zgłaszane potrzeby w tym zakresie z terenu województw w 2011 r. [8].



Wykorzystując wcześniejsze doświadczenia i wnioski z kampanii informacyjnych, a także potrzebę przeprowadzenia działań na szeroką skalę, w 2012 r. Państwowa Inspekcja Sanitarna przystąpiła do realizacji kolejnego projektu obejmującego tematycznie profilaktykę zakażeń krwiopochodnych. Był to współfinansowany ze środków Szwajcarsko-Polskiego Programu Współpracy Program *Zapobieganie zakażeniom HCV*, którego liderem był Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego - PZH. Państwowa Inspekcja Sanitarna zaangażowała się w realizację części edukacyjnej Programu - Projektu nr 5 pt. *Edukacja pracowników wybranych zawodów zwiększonego ryzyka transmisji zakażeń krwiopochodnych i ogółu społeczeństwa w zakresie prewencji (HCV, HBV, HIV)*. Projekt polegał na przeprowadzeniu działań edukacyjno-informacyjnych wśród pracowników sektora zdrowia oraz sektora usług pozamedycznych, wykonujących czynności o zwiększonym ryzyku transmisji zakażeń krwiopochodnych tzn. zabiegów z naruszeniem ciągłości tkanek. Nawiązując bowiem do doświadczeń i wniosków z poprzednich projektów, jako grupy docelowe działań edukacyjnych wybrano tym razem personel medyczny oraz osoby spoza sektora medycznego wykonujące usługi z naruszeniem ciągłości tkanek tj. w szczególności pracowników salonów tatuażu, kosmetycznych i fryzjerskich.

### **3.5. Bezpieczeństwo zabiegów wykonywanych z przerwaniem ciągłości tkanek (w sektorze medycznym i pozamedycznym) jako priorytet działania Państwowej Inspekcji Sanitarnej**

Na przestrzeni ostatnich lat bezpieczeństwo epidemiologiczne wykonywanych świadczeń zdrowotnych uległo zdecydowanej poprawie. Działania systemowe oraz legislacyjne podejmowane przez Ministra Zdrowia oraz Państwową Inspekcję Sanitarną od 2002 r., spowodowały wzmocnienie działań przeciwepidemicznych w podmiotach leczniczych. Dokonano szeregu uregulowań prawnych. Ustawą z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi oraz wydanymi do niej rozporządzeniami wykonawczymi nałożono na podmioty udzielające świadczeń medycznych, w rodzaju świadczenia szpitalne, określone obowiązki, w tym dotyczące powołania Zespołów Kontroli Zakażeń Szpitalnych. Zespoły te pełnią obecnie rolę ciała koordynującego i nadzorującego bezpieczeństwo biologiczne udzielanych świadczeń w szpitalu, w kontekście zapobiegania i zwalczania zakażeń szpitalnych, w tym w zakresie opracowania i aktualizacji systemu zapobiegania i zwalczania zakażeń szpitalnych. W podmiotach wykonujących działalność o charakterze szpitalnym wdraża się też do stosowania i aktualizuje procedury zapobiegające szerzeniu się zakażeń. Obowiązek opracowania, wdrożenia i nadzoru nad procedurami zapobiegającymi zakażeniom

i chorobom zakaźnym dotyczy również pozostałych podmiotów wykonujących działalność leczniczą, niebędących szpitalami [3].

Mając na uwadze bezpieczeństwo i higienę pracy personelu podmiotów wykonujących działalność polegającą na udzielaniu świadczeń zdrowotnych, Minister Zdrowia przy udziale Głównego Inspektora Sanitarnego podjął działania, wydając rozporządzenie z dnia 6 czerwca 2013 r. w sprawie bezpieczeństwa i higieny pracy przy wykonywaniu prac związanych z narażeniem na zranienie ostrymi narzędziami używanymi przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych, wdrażające do prawa krajowego przepisy Dyrektywy 2010/32/UE z dnia 10 maja 2010 r. w sprawie wykonania umowy ramowej dotyczącej zapobiegania zranieniom ostrymi narzędziami w sektorze szpitali i opieki zdrowotnej zawartej między Europejskim Stowarzyszeniem Szpitali i Pracodawców Ochrony Zdrowia (European Hospital and Healthcare Employers' Association - HOSPEEM) a Europejską Federacją Związków Zawodowych Służb Publicznych (European Public Services Union - EPSU). Rozporządzenie Ministra Zdrowia jest aktem wykonawczym wydanym na podstawie przepisów delegacji zawartej w Kodeksie pracy i jest integralną częścią przepisów, które wyznaczają w Polsce ramy tworzenia bezpiecznego i higienicznego środowiska. Rozporządzenie to konkretyzuje, uszczegóławia i integruje przepisy bezpieczeństwa i higieny pracy. W myśl tych przepisów pracodawca, zarówno z sektora publicznego jak i prywatnego, jest zobowiązany chronić zdrowie i życie pracowników przez zapewnienie bezpiecznych i higienicznych warunków pracy, wykorzystując do tego osiągnięcia współczesnej nauki i techniki, poprzez stosowanie wszelkich dostępnych środków do eliminacji zranień ostrymi narzędziami [11].

Wydanie rozporządzenia przyczynia się do podnoszenia bezpieczeństwa pacjentów i personelu, które niejednokrotnie uzależnione jest od zapewnionych warunków pracy służbom medycznym. Wykonywanie czynności medycznych w pośpiechu, w sposób rutynowy oraz pod dużą presją czasu i stresu sprzyja powstawaniu sytuacji ryzykownych, skutkujących zakażeniami i zranieniami. Sytuacje takie, potencjalnie stanowią ryzyko przeniesienia zakażeń krwiopochodnych wywołanych HBV, HCV i HIV. Rozwiązania systemowe i unormowanie kwestii dotyczących postępowania przy zranieniu bądź zakażeniu pozwalają na wyeliminowanie potencjalnych ryzyk w tym zakresie. Podkreślenia wymaga fakt, że nadrzędnym celem przepisów, wprowadzonych dyrektywą na poziomie Unii Europejskiej, było m.in. przyjęcie zintegrowanego podejścia w formułowaniu polityki, w odniesieniu do oceny ryzyka, zapobiegania ryzyku, zwiększanie świadomości i wdrażanie procedur w zakresie reagowania i działań następczych, a także stworzenie bezpiecznych warunków pracy [12].

Ponieważ jednym z priorytetów Państwowej Inspekcji Sanitarnej w zakresie zdrowia publicznego jest monitorowanie i ograniczenie zagrożeń epidemicznych związanych z zakażeniami występującymi w podmiotach leczniczych, na terenie

kraju prowadzony jest przez pion epidemiologii Państwowej Inspekcji Sanitarnej nadzór w tym obszarze. W ramach nadzoru gromadzone są dane dotyczące występowania ognisk zakażeń szpitalnych, a także alerpatogenów i prowadzona jest analiza sytuacji epidemiologicznej podmiotów leczniczych, w oparciu m.in. o ustawę o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi oraz akty wykonawcze do wymienionej ustawy.

Od 2005 r. do 2011 r. informacje na temat ognisk epidemicznych przekazywane były Państwowej Inspekcji Sanitarnej przez kierowników podmiotów leczniczych na podstawie obowiązującego wówczas w Polsce rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 11 marca 2005 r. w sprawie rejestrów zakażeń zakładowych oraz raportów o występowaniu tych zakażeń. Od 2012 r. informacje o ogniskach zakażeń szpitalnych są gromadzone i raportowane w oparciu o nowe rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 23 grudnia 2011 r. w sprawie listy czynników alarmowych, rejestrów zakażeń szpitalnych i czynników alarmowych oraz raportów o bieżącej sytuacji epidemiologicznej szpitala. Obecne rozporządzenie zobowiązuje kierownika podmiotu leczniczego do przekazywania właściwemu państwowemu inspektorowi sanitarnemu raportu wstępnego o podejrzeniu lub wystąpieniu ogniska epidemicznego w podmiocie wykonującym działalność leczniczą, raportu końcowego z czynności podejmowanych w celu wygaszenia ogniska epidemicznego w podmiocie wykonującym działalność leczniczą, a także raportu okresowego o bieżącej sytuacji epidemiologicznej podmiotu. Czynniki powodujące zakażenia krwiopochodne, takie jak HBV, HCV, HIV, znajdują się na liście czynników alarmowych stanowiącej załącznik do ww. rozporządzenia, w związku z czym, w przypadku wystąpienia ogniska zachorowań w placówce medycznej, informacje w tym zakresie powinny zostać uwzględnione w ww. raportach przekazywanych Państwowej Inspekcji Sanitarnej [13].

Liczba wszystkich ognisk epidemicznych zgłaszanych w ciągu ostatnich pięciu lat do Państwowej Inspekcji Sanitarnej kształtowała się następująco: w 2011 r. zgłoszono łącznie 339 ognisk, w 2012 r. - 301, w 2013 r. - 394, w 2014 r. - 401, a w 2015 r. - 471 ognisk. Liczba zgłoszeń od momentu wprowadzenia obowiązku zgłaszania tj. od 2006 r. sukcesywnie rośnie. Zgłaszalność w latach 2006-2015 wzrosła prawie 4-krotnie, co należy wiązać ze wzrastającą świadomością personelu szpitali oraz coraz bardziej odpowiedzialną realizacją obowiązujących przepisów [14].

Nadzór nad zakażeniami szpitalnymi (w tym ogniskami epidemicznymi zarówno na poziomie szpitala, jak i kraju) jest podstawowym elementem służącym do zidentyfikowania występujących w podmiotach leczniczych zagrożeń ze strony czynników chorobotwórczych. Należy podkreślić, że w podmiotach leczniczych, które zgłaszały w minionych latach ogniska epidemiczne, Państwowa Inspekcja Sanitarna przeprowadzała działania inspekcyjne. Tylko w nielicznych przypadkach, podejmowane były jednak działania interwencyjne polegające na wydaniu

decyzji administracyjnej lub zaleceń mających na celu ograniczenie występowania ognisk epidemicznych. Zalecenia pokontrolne dotyczyły m.in. wzmożenia nadzoru nad wykonywaniem procedury postępowania w przypadku szpitalnych ognisk epidemicznych oraz izolacji pacjenta, przeprowadzenia szkolenia personelu w zakresie wdrożonych procedur i ich udokumentowania, zalecenia informowania rodzin oraz osób odwiedzających o zasadach izolacji oraz przestrzegania reżimu sanitarnego w czasie odwiedzin w oddziale, przestrzegania zasad higieny rąk, stosowania środków ochrony indywidualnej przy kontakcie z chorym, wydzielenie sprzętu do sprzątnięcia sanitariatów przeznaczonych dla osób chorych, zwiększenie intensywności dezynfekcji przedmiotów oraz powierzchni mających kontakt z chorymi, przeprowadzenia szkolenia dla personelu sprząającego w zakresie postępowania w przypadku wystąpienia ogniska epidemicznego [14].

Wśród przyczyn zakażeń szpitalnych, zakażenia krwiopochodne stanowiły nikły procent np. w 2015 r. wirus HCV spowodował 0,4% wszystkich zarejestrowanych ognisk epidemicznych. Należy jednak pamiętać, iż zakażenia krwiopochodne (HBV, HCV, HIV) charakteryzują się niejednokrotnie długim okresem inkubacji (nawet do kilku lat). Dlatego też w przypadku wykrytych zakażeń, bardzo często nie jest możliwe precyzyjne wskazanie momentu zakażenia oraz powiązanie go z konkretną placówką medyczną [14].

Pojedyncze ogniska epidemiczne HCV w podmiotach leczniczych zgłaszane w przeszłości, charakteryzowały się zachorowaniami o charakterze ostrym i nagłym, w wyniku znacznej ekspozycji na czynnik zakaźny. Jedynie w przypadku wystąpienia zachorowań o takim charakterze, bezpośrednio po wykonaniu procedury medycznej, możliwe jest powiązanie przypadków zachorowań i przeprowadzenie dochodzenia epidemiologicznego w celu wykrycia źródła zakażenia oraz wychwycenia ewentualnych błędów w wykonywanych procedurach medycznych. Pomimo braku zakażeń krwiopochodnych zgłaszanych z podmiotów leczniczych w statystykach dotyczących czynników alarmowych i ognisk epidemicznych, szacuje się, iż nadal procedury medyczne oraz wykonywanie zabiegów z przerwaniem ciągłości tkanek stanowi główną przyczynę zakażeń wirusem HCV. Należy przy tym pamiętać, że 20-25% szpitali zgłasza ogniska do organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej. Tym bardziej działalność w kontekście ciągłego udoskonalania i wdrażania nowych procedur przeciwepidemicznych, a także monitorowanie poprawności wykonywania wdrażanych procedur stanowi istotny element działań eliminujących występowanie zakażeń krwiopochodnych w podmiotach leczniczych. Zakażenia szpitalne, zarówno te wykrywane w trakcie pobytu pacjenta w szpitalu, jak i zakażenia związane z pobytem w placówkach medycznych w przeszłości, stanowią wyzwanie dla współczesnej medycyny oraz skuteczności i efektywności działań leczniczych w szpitalu. Środowisko szpitalne jest odmienne od środowiska domowego. Przebywa tam wielu pacjentów, którzy mogą być

skolonizowani czynnikami chorobotwórczymi, w tym osoby zakażone HBV, HCV, HIV. Z tego punktu widzenia konieczne jest zapewnienie procedur zmniejszających ryzyko wystąpienia zakażeń wtórnych w środowisku medycznym. Zwłaszcza w przypadku chorób przenoszonych drogą krwiopochodną stosowanie procedur oraz zrozumienie ważności tej problematyki przez personel podmiotów leczniczych, stanowi skuteczne narzędzie działań w walce z zakażeniami powstającymi w związku z wykonywaniem świadczeń medycznych. Minimalizacja ryzyka zakażeń pacjentów i personelu przyczynia się ponadto do podniesienia jakości usług medycznych w szpitalach.

W ostatnich latach z uwagi na rosnącą popularność zabiegów upiększających, wzrasta potencjalne ryzyko zakażeń przenoszonych drogą krwiopochodną związanych z niestosowaniem lub błędnym stosowaniem procedur przeciwepidemicznych przy wykonywaniu zabiegów upiększających, kosmetycznych, tatuażu czy piercingu oraz innych drobnych zabiegów niemedyceńskich przebiegających z naruszeniem ciągłości tkanek. Zaniedbania ze strony personelu wykonującego zabiegi z naruszeniem ciągłości tkanek spoza sektora medycznego dotyczące np. nieprzestrzegania higieny rąk, stosowania niewłaściwych technik sterylizacyjnych, niedokładnego lub niewłaściwego mycia i odkażania sprzętów, powierzchni i pomieszczeń, mogą nieść poważne konsekwencje dla zdrowia zbiorowego i indywidualnego [10].

O ile personel medyczny (lekarz, stomatolog, pielęgniarka, położna i in.) nabywa wiedzę w zakresie chorób zakaźnych i zakażeń w toku kształcenia, o tyle osoby wykonujące zabiegi kosmetyczne, tatuażu lub fryzjerskie, bazują niejednokrotnie na wiedzy zdobytej samodzielnie opracowując procedury zapobiegające szerzeniu się zakażeń lub nie posiadają wiedzy w tym zakresie. Dlatego też Państwowa Inspekcja Sanitarna wychodzi naprzeciw oczekiwaniom i wymaganiom tych grup zawodowych poprzez prowadzenie działań edukacyjnych i informacyjnych, umożliwiających zdobycie rzetelnych informacji, aktualnych danych oraz wytycznych przydatnych do opracowania własnych procedur niezbędnych do prowadzenia działalności w sposób bezpieczny dla siebie i klientów korzystających z zabiegów.

Obecnie na zaawansowanym etapie przygotowań znajduje się rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie szczegółowych wymagań sanitarno-higienicznych jakim powinny odpowiadać obiekty, w których świadczone są usługi fryzjerskie, kosmetyczne, tatuażu i odnowy biologicznej, które niebawem wprowadzi konkretne regulacje dla personelu tych podmiotów w zakresie prawidłowego postępowania, zapobiegania szerzeniu się zakażeń krwiopochodnych (HBV, HCV, HIV) oraz przyczyni się do zminimalizowania ryzyka zakażeń związanych z wykonywaniem usług. Już w chwili obecnej, na podstawie ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych, osoby inne niż udzielające świadczeń zdrowotnych, podejmujące czynności, w trakcie wykonywania których dochodzi

do naruszenia ciągłości tkanek ludzkich, są obowiązane do wdrożenia i stosowania procedur zapewniających ochronę przed zakażeniami oraz chorobami zakaźnymi. W celu ułatwienia wypełnienia tego obowiązku przez właścicieli ww. podmiotów w ramach Szwajcarsko-Polskiego Programu Współpracy *Zapobieganie Zakażeniom HCV* opracowano materiały informacyjne, w tym tzw. plany higieny stanowiące zbiór dobrych praktyk higienicznych opisujących podstawowe zasady higieny pracy, zapobiegające szerzeniu się zakażeń krwiopochodnych w odniesieniu do salonów fryzjerskich, salonów kosmetycznych i salonów tatuażu. Zawierają one analogiczne rozwiązania jak w projektowanym rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie szczegółowych wymagań sanitarno-higienicznych jakim powinny odpowiadać obiekty, w których świadczone są usługi fryzjerskie, kosmetyczne, tatuażu i odnowy biologicznej. Mogą one z powodzeniem stać się podstawą opracowania procedur na potrzeby wykonywanych zabiegów z naruszeniem ciągłości tkanek dla salonów odnowy biologicznej i innych tego typu obiektów [10,15].

Wśród procedur tworzonych na potrzeby podmiotów sektora pozamedycznego - podobnie jak podmiotów wykonujących świadczenia zdrowotne z naruszeniem ciągłości tkanek - bezwzględnie powinny znaleźć się procedury higieny rąk, dekontaminacji powierzchni, sprzętu, narzędzi, urządzeń, czy też postępowania z odpadami potencjalnie zakaźnymi, zapewniające odpowiedni poziom skuteczności w stosunku do patogenów (wirusów) przenoszonych drogą krwiopochodną. Niedopełnienie obowiązku opracowania procedur zapewniających ochronę przed zakażeniami przez osoby inne niż udzielające świadczeń zdrowotnych, podejmujących czynności z naruszeniem ciągłości tkanek, zgodnie z art. 50 ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, podlega karze grzywny. Należy również pamiętać, że klienci, u których - w wyniku zaniedbań personelu gabinetu świadczącego usługi upiększające - doszło do zakażenia, mają prawo dochodzić odszkodowania na drodze postępowania cywilnego [15].

Mając na uwadze powyższe, każdego pacjenta/klienta należy traktować jako potencjalne źródło zakażenia i przestrzegać określonych zasad higieny. Osoby korzystające z usług medycznych, a także usług z naruszeniem ciągłości tkanek wykonywanych poza gabinetami medycznymi, mogą nie być świadome zakażenia lub z uwagi na potencjalną stygmatyzację nie ujawnić celowo choroby. Ryzyko zakażenia w przypadku niewłaściwego przygotowania narzędzi i miejsca pracy do zabiegu, niesie ryzyko zakażeń wtórnych nie tylko u kolejnych osób, ale również u pracowników wykonujących zabiegi z przerwaniem ciągłości tkanek.

## Podsumowanie

Biorąc pod uwagę liczbę rejestrowanych przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej przypadków WZW C oraz innych zakażeń krwiopochodnych, konieczne jest traktowanie tego problemu zdrowotnego jako niezwykle ważnego i podejmowanie inicjatyw nakierowanych na jego zwalczanie, z uwzględnieniem w szczególności profilaktyki i diagnostyki zakażeń przenoszonych drogą krwiopochodną.

Konieczne jest kontynuowanie prac systemowych i unormowań prawnych w celu wdrożenia wymogów sanitarno-higienicznych w podmiotach spoza sektora usług medycznych w celu zminimalizowania ryzyka związanego z nieprawidłowym wykonywaniem zabiegów z naruszeniem ciągłości tkanek w gabinetach kosmetycznych, tatuażu, odnowy biologicznej i innych tego typu.

Należy podkreślić, iż dzięki działaniom służącym zachowaniu i umacnianiu zdrowia zbiorowości oraz kształtowaniu w tym zakresie odpowiednich postaw i zachowań, rola Państwowej Inspekcji Sanitarnej w realizacji polityki zdrowotnej państwa była - od początku działania służb sanitarno-epidemiologicznych - i jest nadal nie do przecenienia. Państwowa Inspekcja Sanitarna pozostaje kluczową strukturą w obszarze zdrowia publicznego wymagającą dalszego wzmocnienia. Obecnie jako jedyna w kraju posiada tak szerokie uprawnienia oraz strukturę zapewniającą podejmowanie skutecznych działań przeciwepidemicznych i zapobiegawczych zarówno na poziomie lokalnym, regionalnym jak i krajowym.

## PIŚMIENNICTWO

1. Grabowski ML. (2004) Rys historyczny służb sanitarno-epidemiologicznych w Polsce.
2. Ustawa z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej (Dz. U. z 2015 r. poz. 1412 z późn. zm).
3. Ustawa z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. z 2016 r. poz. 1866).
4. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 10 lipca 2013 r. w sprawie zgłoszeń podejrzania lub rozpoznania zakażenia, choroby zakaźnej lub zgonu z powodu zakażenia lub choroby zakaźnej (Dz. U. poz. 848).
5. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 25 marca 2014 r. w sprawie biologicznych czynników chorobotwórczych podlegających zgłoszeniu, wzorów formularzy zgłoszeń dodatknych wyników badań w kierunku biologicznych czynników chorobotwórczych oraz okoliczności dokonywania tych zgłoszeń (Dz. U. poz. 459).
6. Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2015 r. poz. 618 z późn.zm.).

7. Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. poz. 739).
8. Ustawa z dnia 14 grudnia 2012 r. o odpadach (Dz.U. 2016 poz. 1987).
9. Praca zbiorowa (2012) Podsumowanie realizacji działań programowych w ramach modułów poz, szpitalnego i szkolnego pilotażowego programu profilaktyki zakażeń HCV pn. „STOP!HCV”.
10. Strona internetowa projektu „Zapobieganie Zakażeniom HCV”; <http://www.hcv.pzh.gov.pl/>.
11. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 czerwca 2013 r. w sprawie bezpieczeństwa i higieny pracy przy wykonywaniu prac związanych z narażeniem na zranienie ostrymi narzędziami używanymi przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych (Dz. U. poz. 696).
12. Praca zbiorowa. (2013) Zranienia ostrymi narzędziami - przewodnik po rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 6 czerwca 2013 r. w sprawie bezpieczeństwa i higieny pracy przy wykonywaniu prac związanych z narażeniem na zranienie ostrymi narzędziami używanymi przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych.
13. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 23 grudnia 2011 r. w sprawie listy czynników alarmowych, rejestrów zakażeń szpitalnych i czynników alarmowych oraz raportów o bieżącej sytuacji epidemiologicznej szpitala (Dz. U. nr 294 poz. 1741).
14. Główny Inspektorat Sanitarny, praca zbiorowa. (2011-2015) Stan Sanitarny Kraju.
15. Jakimiak B, Röhm-Rodowald E. Profilaktyka zakażeń, w tym zakażeń HCV, w gabinetach usług upiększających - wymagania sanitarne ze szczególnym uwzględnieniem zagadnień dekontaminacji, w tym dezynfekcji i sterylizacji, materiał opracowany w ramach Projektu „Edukacja pracowników wybranych zawodów zwiększonego ryzyka transmisji zakażeń krwiopochodnych i ogółu społeczeństwa w zakresie prewencji (HCV, HBV, HIV)”.



# RYZIKO ZAKAŻEŃ KRWIPOCHODNYCH Z PERSPEKTYWY ZDROWIA PUBLICZNEGO - RAPORT Z BADANIA

Dr n. med. Anita Gębska-Kuczerowska<sup>1</sup>,  
Prof. dr hab. n. med. Mirosław J. Wysocki<sup>1,2</sup>,  
Dr n. med. Iwona Paradowska-Stankiewicz<sup>1,3</sup>,  
Dr psych. Magdalena Stec<sup>4</sup>, Dr n. med. Grzegorz Juszczak<sup>5</sup>

1. Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego - Państwowy Zakład Higieny
2. Konsultant Krajowy w dziedzinie zdrowia publicznego
3. Konsultant Krajowy w dziedzinie epidemiologii
4. Millward Brown<sup>8</sup>
5. Warszawski Uniwersytet Medyczny

Raport stanowi podsumowanie projektu badawczego i odzwierciedla stan wiedzy, świadomości oraz postawy ekspertów uczestniczących w projekcie. Badacze dołożyli wszelkich starań, by opinie osób biorących udział w badaniu przekazać w sposób skondensowany.

Przeprowadzone badanie miało charakter jakościowy. Metodologię tę dobrano celowo - tak, by zebrać od szerokiego grona ekspertów różnorodne opinie i postulaty, które mogą być pomocne przy tworzeniu programu prewencji/profilaktyki zakażeń krwiopochodnych. Zebrane w ten sposób dane nie są prostym odzwierciedleniem stanu świadomości całego środowiska; stanowią jednak bogaty materiał, który poprzez uwzględnienie wielu perspektyw rzuca światło na różne aspekty, istotne przy konstruowaniu programu - propozycji strategii prewencji zakażeń krwiopochodnych. Ustalenia badawcze, a także wnioski i rekomendacje, zawarte w raporcie, mają wartość przede wszystkim poznawczą i mogą być dogodnym punktem dalszych analiz. Raport niniejszy nie uwzględnia

---

<sup>8</sup> Badanie realizowane było w ramach Projektu KIK/35 *Zapobieganie zakażeniom HCV* współfinansowanego przez Szwajcarię w ramach szwajcarskiego programu współpracy z nowymi krajami członkowskimi Unii Europejskiej oraz Ministra Zdrowia. przeprowadzone przez agencję Millward Brown (konsultacje: dr Łucja Krzyżanowska, dr Anna Pokorska), na zlecenie wg. projektu NIZP-PZH.

szczegółowej analizie obowiązujących regulacji prawnych, struktury organizacyjnej oraz finansowania, a ogranicza się do podsumowania (kilkuetapowego badania) opinii w tych obszarach. Nadrzędnym celem projektu badawczego było zebranie niezbędnych informacji od kluczowych ekspertów do wypracowania założeń dla programu profilaktyki i prewencji zakażeń krwiopochodnych. Projekt koncentrował się na temacie prewencji - w szczególności na:

- Redukcji ryzyka zakażeń związanych z wykonywanymi usługami/zabiegami z przerwaniem ciągłości tkanek
- Redukcji ryzyka szerzenia się zakażeń - ochrony personelu i klientów/pacjentów.

Dane analizowano w podziale na 4 obszary tematyczne - związane z organizacją działania, przepisami, edukacją i finansowaniem. Badaniem objęto 3 grupy ekspertów: praktyków, pracowników instytucji nadzorujących (nadzór administracyjny, epidemiologów i specjalistów zdrowia publicznego) na poziomie wojewódzkim oraz decydentów (policy-makers) na poziomie krajowym (centralnym). Z każdą z tych grup przeprowadzono badanie jakościowe w formie forum dyskusyjnego w internecie (IdeaBlog) lub/i zogniskowanego wywiadu grupowego (FGI). Projekt został podzielony na 3 etapy - w każdym z nich analizowano opinie jednej z w/w grup. Pierwszy etap miał za zadanie odtworzyć perspektywę praktyków - osób, które w swojej pracy stykają się z problematyką zakażeń krwiopochodnych (42 uczestniczących specjalistów). Drugi etap poświęcony był analizie na poziomie instytucji nadzoru, urzędów, administracji (41 uczestniczących specjalistów). W trzecim etapie wysłuchano decydentów i przedstawicieli środowisk medycznych i pacjentów (9 osób), których poproszono też o podsumowanie i priorytetyzację wniosków, wypracowanych we wcześniejszych fazach projektu, tj. w pierwszym i drugim etapie badań. Dyskusja grupowa w tym gronie, miała stanowić podsumowanie dwóch wcześniejszych etapów badania, w oparciu o poczynione w badaniu ustalenia - przygotowano wyciąg 33 postulatów (podzielonych na 4 kategorie: legislacyjne, edukacyjne, organizacyjne i finansowe), którym przyznano określone wartości ważności (nadano wartość).

## **4.1. Ryzyko zakażeń krwiopochodnych z perspektywy zdrowia publicznego - wyniki oraz ich omówienie**

### **4.1.1. Miejsce problemu zakażeń krwiopochodnych**

W opinii ekspertów uczestniczących w badaniu zakażenia HCV nie stanowią aktualnie istotnego zagrożenia epidemiologicznego w polskim systemie ochrony zdrowia. Głównymi przyczynami zgonów są w Polsce choroby układu sercowo-

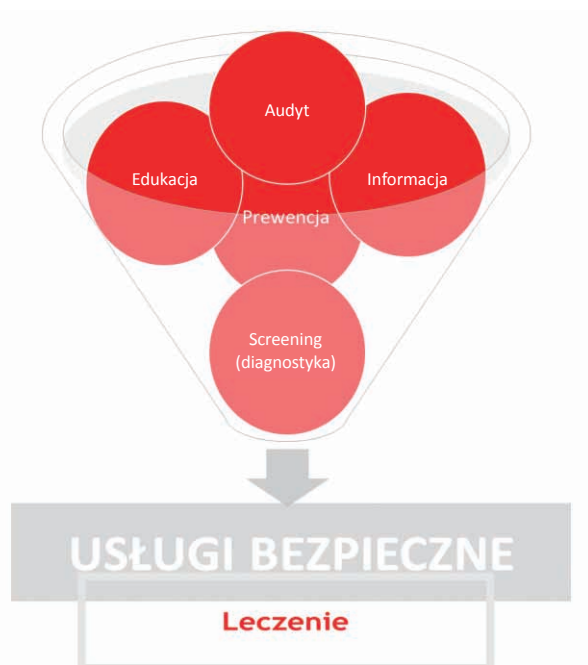
naczyniowego oraz nowotworowe. W tym kontekście epidemiologia HCV np. liczba diagnozowanych nowych przypadków osób zakażonych jest w miarę stabilna. Wprawdzie co roku rejestruje się 2-3 tys. nowych zachorowań, ale liczba nowo rejestrowanych zakażeń HCV wiąże się raczej z poprawą wykrywalności i rejestracji przypadków, przewlekłe przebiegających oraz zmianą definicji zakażenia<sup>9</sup>, a nie najprawdopodobniej z powodu jego rozprzestrzeniania się. Ten stan rzeczy zdaniem ekspertów należy ocenić pozytywnie. Negatywnym zjawiskiem jest natomiast to, że przypadki rejestrowane nie odzwierciedlają rzeczywistej skali zachorowań, co wynika z tego, że choroba najczęściej nie daje wyraźnych objawów i może przez wiele lat pozostać niewykryta. Szacuje się, że tylko co 10 dorosła osoba zakażona wirusem HCV wie o swojej chorobie. Negatywnie przedstawia się też kwestia leczenia i ograniczonych możliwości profilaktyki zakażeń HCV (np. szczepień). Leczeniem obejmuje się rocznie ok. 5-6 tys. przypadków, spośród 60 tys. osób, które takiej terapii potrzebują. Leczenie jest zresztą bardzo drogie. Niewystarczająca jest też profilaktyka zakażeń krwiopochodnych - zwracano tu uwagę na słabą dostępność do badań diagnostycznych, brak badań przesiewowych, brak możliwości szczepień przeciwko HCV na obecnym etapie rozwoju naukowo-technologicznego. Sytuację związaną z zakażeniami HCV (także innymi zakażeniami krwiopochodnymi) negatywnie oceniają przedstawiciele organizacji pozarządowych, zwracając uwagę na to, że przez ostatnie lata, mimo wielu pozytywnych zmian w przepisach, realia związane z zakażeniami krwiopochodnymi nie zmieniają się - przykładowo: pacjenci mają trudności z udowodnieniem źródła zakażenia w konkretnym punkcie (medycznym czy pozamedycznym); pojedynczym osobom często brakuje środków i kompetencji do dochodzenia swoich praw, co osłabia kontrolę nad szeroko rozumianym sektorem usługowym, w których może dochodzić do naruszenia ciągłości tkanek. Problem pogłębia fakt, że świadomość społeczna jest nadal niska (choć rośnie), a instytucje medyczne i usługodawcy w praktyce mogą być bezkarni, bo trudno jest wskazać i udowodnić źródło zakażenia (okres zakażenia subkliniczny - długi bezobjawowy). W dyskusji pojawiły się także argumenty za tym, by podkreślić priorytet zakażeń HCV na tle innych schorzeń. Pomimo, że zakażenia HCV mają relatywnie niewielki udział w skali statystycznej w porównaniu do innych problemów zdrowotnych to jednak z uwagi na zakaźny charakter choroby, zdaniem zaproszonych ekspertów - może warto skorzystać z tzw. 'priorytetu konstytucyjnego' - tj. niezależnie od skali problemu w kategoriach danych epidemiologicznych nadać im wysoką pozycję w rankingu problemów zdrowotnych.

---

<sup>9</sup> Ponadto, zdaniem ekspertów uczestniczących w badaniu, dochodzi obecnie do podwójnych rejestracji - lekarskich i laboratoryjnych.

### 4.1.2. Prewencja zakażeń HCV - podejście systemowe

W kontekście prewencji zakażeń wymieniano szereg działań - od informacji, poprzez screening i leczenie, na audycie kończąc. Kluczowe elementy zaprezentowano w przedstawionej grafice (ryc. 4.1.).

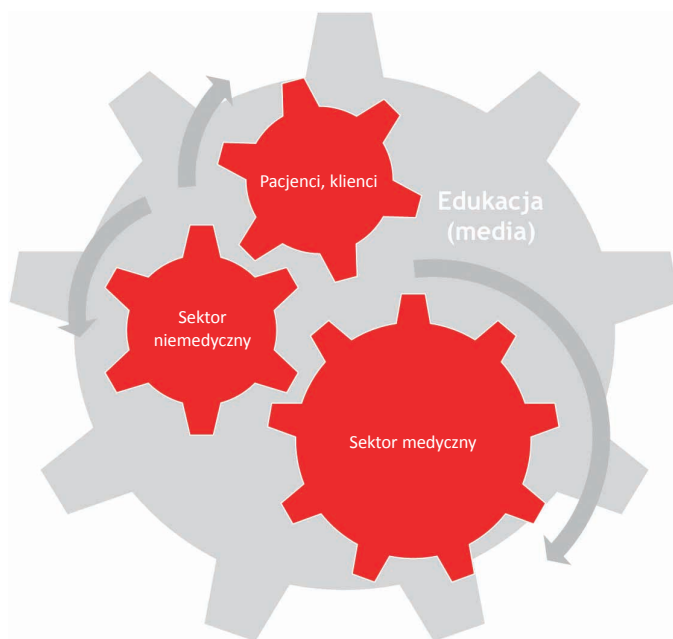


**Rycina 4.1.**  
Elementy programu

Tak pomyślany system wymaga działań międzysektorowych, ciągłego budowania świadomości różnych grup - zarówno pacjentów, jak i lekarzy, ale również pracowników sektora usług pozamedycznych, którzy również prowadzą zabiegi z naruszeniem ciągłości tkanek. Taka sytuacja wymaga też współdziałania ekspertów z mediami, a od mediów - odpowiedzialności i rzetelności, ale również systematyczności. Nie ma możliwości definitywnego rozwiązania problemu bez budowania świadomości zagrożeń i umiejętności ochrony przed nimi. Do tego potrzebne są działania cykliczne, stałe, powtarzalne, podlegające ewaluacji. Nadzór nad realizacją usług zgodnie z zapisami obowiązującego prawa.

Aby móc skutecznie prowadzić działania prewencyjne kluczowe znaczenie należy przypisać edukacji, budowanie świadomości - zarówno w całym społeczeństwie (potencjalnych pacjentów, klientów - odbiorców usług przebiegających z naruszeniem ciągłości tkanek), jak i wśród specjalistów - wykonujących usługi medyczne i pozamedyczne.

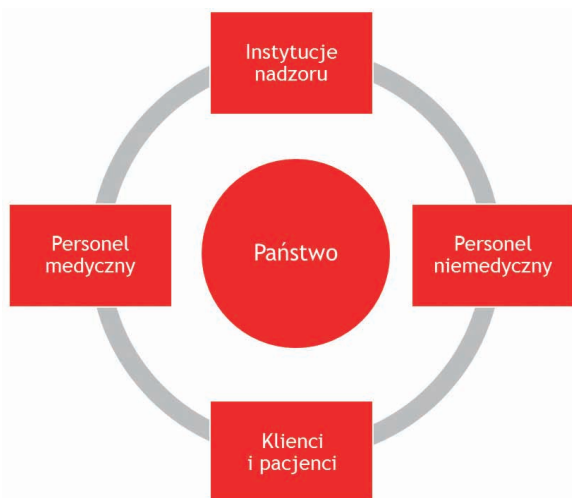
Aby taka edukacja mogła być odpowiednio realizowana, potrzebna jest np. komórka koordynująca działania w tym zakresie. Pojawił się pomysł powołania do życia medycznego centrum komunikacji społecznej, centrali PR-owej, która zajmowałaby się tworzeniem, weryfikacją skuteczności (zrozumienia, atrakcyjności, perswazji, bez wzbudzania strachu w odbiorcach) opracowywanych komunikatów oraz ich dystrybucją do odpowiednich kanałów - mediów, lekarzy, instytucji edukacyjnych



#### Rycina 4.2.

Kluczowi odbiorcy działań w zakresie prewencji zakażeń krwiopochodnych

Kluczem do zwiększania efektywności działań jest uwzględnienie wielu akcjonariuszy zarówno na poziomie centralnym i lokalnym. Partnerami w tak rozumianych koalicjach mogą być urzędy wojewódzkie, marszałkowskie, szpitale, stacje sanitarno-epidemiologiczne, instytucje edukacyjne (również na poziomie wyższym), ale również organizacje pozarządowe etc. Działania muszą mieć charakter systematyczny, zaplanowany, koalicyjny, ciągły/regularny (nie mogą to być tylko jednorazowe akcje) i odbywać się w kontekście nie tyle zakażenia HCV, ale szerszym (np. z ujęciem tematyki zakażeń krwiopochodnych).



**Rycina 4.3.**

Schemat kluczowych interesariuszy w kontekście prewencji zakażeń HCV

Bardzo ważnym wnioskiem w dyskusji nt. prewencji zakażeń krwiopochodnych było stwierdzenie, że program prewencji powinien powstać w formie możliwie najlepszej, kompletnej, modelowej - mówiącej, jak powinno być. Program ten oczywiście może zderzyć się z realiami np.: braku środków i zasobów, a zatem będzie wymagał różnego rodzaju dopasowania do faktycznych możliwości. Zdaniem uczestniczących w dyskusji ekspertów - na etapie opracowywania tego programu należy jednak abstrahować od ograniczeń. Tym bardziej, że niektóre z nich - np. koszt jednostkowy leczenia - mogą podlegać modyfikacji - negocjacjom (np. z firmami farmaceutycznymi).

W niniejszym opracowaniu prezentowany jest status quo oraz opinie ekspertów wraz z propozycjami rozwiązań. Wspominamy o istniejących obecnie ograniczeniach - po to, by zwrócić uwagę na potencjalne bariery dla realizacji skutecznego programu prewencji zakażeń krwiopochodnych.

#### **4.1.3. HCV - stan świadomości społecznej**

Zakażenia HCV są często wymieniane wspólnie z zakażeniami HBV i HIV. W wyobraźni społecznej HCV nie istnieje jako niezależny byt. Zupełnie inna jest sytuacja HIV/AIDS - to problem dobrze znany, medialnie obecny, co jakiś czas poruszany w popularnych, dystrybuowanych na całym świecie filmach<sup>10</sup>. W kontekście HIV

<sup>10</sup> Odwołania do HIV bazują na wynikach badania zrealizowanego przez Millward Brown na zlecenie Krajowego Centrum ds. AIDS, a konkretnie prezentacji wygłoszonej na konferencji w grudniu 2015 r. (z okazji Światowego Dnia AIDS).

w pamięci pozostają znane postaci (np. z Freddie Mercuryem na czele), które zmarły w wyniku powikłań AIDS. W społecznym odbiorze za problematyką „HIV” kryje się nie tylko rozbudowana siatka skojarzeniowa, ale również edukacja nt. profilaktyki i leczenia HIV/AIDS, działania prowadzone przez wiele instytucji krajowych i międzynarodowych. Na gruncie polskim jest to Krajowe Centrum ds. AIDS prowadzące intensywne akcje edukacyjne na ten temat. Rozliczne instytucje - szkoły, szpitale, przychodnie - zostają dzięki temu wyposażone w gotowe materiały i scenariusze działania. Regularne podejmowanie tematu AIDS sprawia, że czujność „społeczna” w tym zakresie jest na wysokim poziomie.

Problematyka HCV jest widziana zupełnie z innej perspektywy - nie dysponuje taką infrastrukturą informacyjną, nie wywołuje tylu skojarzeń. Zdaniem zaproszonych ekspertów - z jednej strony to dobrze, ponieważ pojęcie „AIDS” jest obciążone wieloma bardzo negatywnymi skojarzeniami i emocjami, powodującymi stygmatyzację zakażonych i niechęć do pewnych grup społecznych (narkomanów, homoseksualistów) nawykowo kojarzonych z HIV. HCV stygmatyzacji nie powoduje w takim stopniu jak zakażenia HIV, ale nie powoduje też na tyle silnego lęku, żeby motywować do podejmowania działań, do zabezpieczenia się, czy do poszukiwania informacji. O HCV po prostu niewiele się myśli. Myśli się tym mniej - sugerowali uczestnicy projektu badawczego - że dzisiejsza medycyna potrafi skutecznie leczyć osoby zakażone HCV, a przez to problem prewencji łatwiej jest bagatelizować. Tymczasem, nawet leczony HCV daje negatywne konsekwencje zdrowotne, ogranicza aktywność, narzuca konieczność zmiany stylu życia, pogarsza jakość życia. Tej świadomości dzisiaj nie ma - nie tylko wśród przeciętnego klienta/pacjenta, ale również wśród personelu medycznego. Może to sugerować, że nadal potrzebna jest edukacja pokazująca specyfikę zakażeń HCV, dróg przenoszenia się wirusa, mechanizmów jego działania na organizm, konsekwencji dla zdrowia i życia oraz informacji o tym, jak zakażenia unikać. Na każdym etapie podejmowania ryzykownych działań warto przypomnieć społeczeństwu, że na HCV nie ma jeszcze szczepionki, że - choć potrafimy wprowadzić chorobę leczyć, to jednak nie potrafimy się przed patogennym wirusem skutecznie zabezpieczyć i trwale się na niego uodpornić. Część uczestników wcześniejszych etapów badania przyznała, że relatywnie obserwowana niższa świadomość nt. zakażeń HCV - szczególnie w porównaniu z AIDS - wynika z niższej dostępności narzędzi edukacyjnych, czy publikacji nt. HCV. Dla kontrastu, wokół problematyki HIV istnieje już rozbudowana od bardzo długiego czasu infrastruktura instytucjonalna, stała aktywność programowa, publikacyjna, która sprawia, że temat ten z większym prawdopodobieństwem będzie podejmowany i realizowany na poziomie lokalnym - ponieważ są już gotowe, aktualizowane i udoskonalane materiały oraz scenariusze działania. W przypadku zakażeń HCV tak nie jest, więc temat - jako bardziej wymagający i trudniejszy - jest rzadziej podejmowany.

Eksperti biorcy udział w projekcie zwracali uwagę na to, że problematyczne może być prowadzenie programów edukacyjnych na temat pojedynczych problemów zdrowotnych. Nie prowadzi się natomiast profilaktyki ogólnej, edukacji ogólnej związanej z higieną, prawidłowymi zachowaniami. W konsekwencji takiego podejścia, obserwujemy okresowe kampanie na wybrane tematy, które jednak dobiegają końca, a odbiorcy pozostają potem z mało ugruntowaną i często wyrwykową wiedzą, której nie przenoszą lub przenoszą nieprawidłowo na inne zagrożenia. Nie potrafią również przełożyć swojej wiedzy na konkretne zachowania - efektem może być brak dostatecznej ostrożności lub ostrożność nadmierna, przeradzająca się np. w strach, obawy i unikanie osób zakażonych (paradoksalnie może się to więc stawać przyczyną dyskryminacji, stygmatyzacji). Ten stan rzeczy skłaniał część biorących udział w badaniu ekspertów do refleksji, by stworzyć ogólny program profilaktyczny, który będzie kształtował bezpieczne zachowania, jednak nie wiążąc ich z konkretnymi schorzeniami. Postulowano się przy tym analogią, że nawyk mycia rąk można kształtować bez edukowania ludzi na temat tego, przed jakimi drobnoustrojami nas to chroni; a chronić będzie przed wieloma potencjalnie groźnymi patogenami. Ten tok myślenia prowadził do postulatu, by nie 'wyodrębnić' HCV, czy nawet całej grupy zakażeń krwiopochodnych jako osobnego tematu akcji profilaktycznych. Rekomendowano prowadzenie ogólnych programów edukacyjnych nastawionych na unikanie różnych zagrożeń. Uzasadniano to tym, że w praktyce trzeba się jednocześnie chronić przed wieloma zakażeniami, że narzędzia i procedury w tym zakresie są często bardzo zbliżone lub tożsame i efektywne będzie opracowanie jednego kompleksowego programu profilaktycznego /prewencyjnego. W trakcie dyskusji - czy to na forum, czy w czasie finalnego spotkania (fokus), pojawiały się obawy przed łączeniem HCV z HIV - mimo że drogi zakażenia i sposoby zabezpieczania są podobne dla obu. Zwracano uwagę na to, że HIV jest zjawiskiem silnie stygmatyzującym i obawiano się „przeniesienia” negatywnych postaw wobec osób zakażonych HCV, co byłoby zjawiskiem niekorzystnym. HIV jako problem społeczny jest bowiem nadal postrzegane jako śmiertelna konsekwencja (ryzykownego) stylu życia, a przez niektórych jest postrzegana jako 'zawinione nieszczęście', kara za rozwiązłość określonej grupy społecznej [1]. Tymczasem problem zakażeń HCV jest postrzegany jako choroba szpitalna, niezawiniona, nabywana przez przypadek, efekt błędów w systemie. W ramach dyskusji prowadzonych w projekcie kwestia ta nie została rozstrzygnięta. Warto ten temat dokładniej przeanalizować. Być może wątpliwości na temat ryzyka można zminimalizować poprzez odpowiednie zaplanowanie polityki informacyjnej. Temat ten wymaga z pewnością pogłębionych analiz i badań społecznych, w których zostanie przeanalizowany np. odbiór przygotowanych komunikatów oraz ich wpływ na zachowanie i postawy wobec osób zakażonych.



#### 4.1.4. HCV - źródła zakażenia

HCV jest postrzegane jako „choroba szpitalna”, zakażenie, które jest skutkiem niezamierzonym zabiegów naruszających ciągłość tkanek. Rozprzestrzenianie się wirusa wynika z braku przestrzegania procedur, niedbalstwa czy braku wiedzy. W takich warunkach ryzyko zakażenia jest bardzo realne - jak się wyraził jeden z ekspertów - jest tylko kwestią czasu. Pojawia się bowiem pacjent - „źródło wirusa”, który o tym fakcie nie wie lub go zataja. Teoretycznie procedury medyczne powinny być tak prowadzone, by każda osoba - niezależnie od zakażenia - mogła przejść przez zabieg bez ryzyka kontaktu z zakaźnym materiałem biologicznym. Jednak z różnych względów nie zawsze tak jest - czasem z oszczędności (żeby zużyć mniej materiałów), czasem z pośpiechu (bo nie ma czasu na wymianę „jakiegoś” elementu narzędzia lub z powodu zbyt małej liczby personelu), czasem z braku wiedzy lub nieprawidłowego zrozumienia funkcji danego zabezpieczenia. Czasem, z różnych powodów, w sektorze medycznym pewne procedury są łamane. Analizując ten stan rzeczy eksperci uczestniczący w badaniu stwierdzili, że deficyty wiedzy, niepełna wiedza personelu medycznego wynika z braku dostatecznego przygotowania do pracy z pacjentami (też zakażonymi). W procesie edukacji formalnej personelu medycznego brakuje wyeksponowania tematów zakażeń i odpowiedniego treningu praktycznego pod nadzorem, ćwiczenia konkretnych zachowań - instruktaż prowadzi się na fantomach, a kontakt z pacjentem jest ograniczony do minimum. Tych braków wiedzy praktycznej nie zawsze udaje się nadrobić w pracy zawodowej - bo tu brakuje personelu i czasu na systematyczne wdrażanie do zawodu, na adaptację do pracy na danym oddziale. Często personel jest oddelegowywany z jednego oddziału na drugi, żeby uzupełniać braki kadrowe. Czynnikiem pośrednim, dodatkowo sprzyjającym szerzeniu się zakażenia od pacjenta - przez personel lub narzędzia - na kolejnego pacjenta, jest brak odpowiedniej diagnostyki. Dzisiaj bowiem diagnostyka zakażeń HCV wykracza poza rutynowe badania kontrolne podstawowej opieki zdrowotnej. Brak diagnostyki HCV na poziomie POZ, brak łatwego sposobu na zbadanie się w kierunku HCV (czy innych patogenów) stanowi barierę w procesie powstrzymania rozprzestrzeniania się zakażenia. Wiele osób nie wie, że uległo zakażeniu; wirus może przez długi czas nie powodować wyraźnych objawów, pomimo swojego destrukcyjnego wpływu na organizm. Fakt, że część zakażonych osób nie ma świadomości swojej choroby, sprawia, że mogą oni przez nieostrożne, nieuważne zachowania, narażać innych - zarówno w placówkach medycznych, jak i poza nimi. Ryzyko zakażeń wirusem HCV występuje również w sektorze usług pozamedycznych. Mowa tu o gabinetach fryzjerskich, kosmetycznych, medycyny estetycznej oraz salonach tatuażu. W miejscach tych z roku na rok rośnie zakres i liczba zabiegów, jakie przeprowadza się z naruszeniem

ciągłości tkanek. W miejscach tych często brak jest odpowiednich regulacji, brak nadzoru, brak odpowiedniego sprzętu (np. autoklawów), a zasady sanitarne są mniej restrykcyjnie sformułowane, mniej sumiennie przestrzegane i słabiej kontrolowane, niż w sektorze medycznym. Ponadto, w sytuacji, kiedy celem danego punktu jest generowanie zysku, naturalnym dążeniem jest szukanie oszczędności i ograniczanie wydatków na to, co bezpośrednio nie przekłada się na zarobki. Bezpieczeństwo sanitarne jest postrzegane jako wydatek, koszt, obciążenie - a to sprawia, że dochodzi do różnego rodzaju naruszeń. Przedstawiciele sektora usług pozamedycznych zwracali uwagę na to, że w ich środowisku poziom przestrzegania przepisów jest bardzo zróżnicowany. Są gabinety wzorcowe, a są takie, w których dochodzi do rażących naruszeń. Przedstawiciele branży mówili: jest wiele salonów tatuażu, w których usługi świadczy się bez zachowania bezpieczeństwa, ale odbiorcom to nie przeszkadza - bo brak im zarówno świadomości, wiedzy i kompetencji do oceny warunków, w jakich są świadczone usługi; jak i umiejętności odpowiedniego zareagowania w takiej sytuacji.

Problemem i to zarówno w sektorze usług medycznych, jak i pozamedycznych jest (poza samym wykonywaniem usług/procedur) brak umiejętności prowadzenia prawidłowej dezynfekcji. Uczestnicy badania mówili o sytuacjach, w których nie tylko osoby wykonujące usługi nie miały wystarczającej wiedzy o prawidłowym doborze preparatów dezynfekcyjnych, ale także nie miały umiejętności prawidłowego stosowania tych preparatów - stosuje się je np. w zbyt niskich stężeniach (ponownie - z oszczędności), przez co stają się one nieskuteczne.

Co istotne, uwagi te formułowano pod adresem pracowników salonów fryzjerskich, kosmetycznych, tatuażu, ale również wobec pracowników firm sprzątających (np. obsługujących szpitale) czy wywożących nieczystości. Brak wiedzy i luźniejsze regulacje sanitarne mogą spowodować, że zakażenia HCV „wrócą do szpitali i przychodni niejako ‘bocznymi drzwiami’, za pośrednictwem outsourcingu”. Pracownicy zatrudnieni w ten sposób praktycznie wcale nie są (lub tylko w minimalnym zakresie) szkoleni w zakresie bezpieczeństwa sanitarnego. Zdarza się, że źródłem informacji i wiedzy nt. dezynfekcji i parametrów preparatów są dla nich przedstawiciele handlowi sprzedający środki czystości i dezynfekcji. Oni jednak mogą być - po pierwsze - stronniczy w swoich poradach i rekomendacjach, a po drugie - i to może być częstszy problem - im też może po prostu brakować kompetencji i kwalifikacji do szkolenia innych.

Nowym źródłem zakażenia stają się - na co zwrócił uwagę jeden z ekspertów biorących udział w badaniu - uchodźcy. Wśród tysięcy imigrantów przybywających do Europy (w tym do Polski), znajdują się osoby chore, zakażone różnymi patogenami, m.in. HCV. W Polsce szukają nie tylko lepszego życia, ale często po prostu dostępu do leczenia (można tu mówić o swoistej ‘imigracji leczniczej’). Pojawienie się tej grupy stanowi wyzwanie nie tylko budżetu, ale jest to też

dotychczasowy czynnik ryzyka i potencjalne, nowe źródło zakażenia HCV i innymi chorobami zakaźnymi. Zwłaszcza biorąc pod uwagę fakt, że znajdujący się w trudnej sytuacji imigranci, mogą podejmować ryzykowne aktywności zarobkowe, zwiększając ryzyko rozprzestrzeniania się chorób zakaźnych. Kwestia ta stanowić będzie ważne wyzwanie dla różnych służb, które kontrolują napływ imigrantów i rejestrują osoby zakażone.

#### 4.1.5. HCV - regulacje prawne i ich przestrzeganie

Obowiązujące aktualnie w Polsce regulacje prawne w zakresie profilaktyki chorób zakaźnych i prewencji zakażeń HCV są przez ekspertów biorących udział w projekcie oceniane jako dobre, spójne, ale niewystarczające. Nie ma potrzeby - mówili eksperci - by wprowadzać nowe regulacje. Największym problemem obecnie jest bowiem egzekucja tych zapisów, które już są (wdrażanie w życie, weryfikacja, audyt i ponowne kontrole połączone z elementami szkolenia) i ewentualne ich rozszerzenie na sektor pozamedyczny. Eksperti ubolewali nad tym, że przepisy dość rygorystycznie regulują funkcjonowanie placówek medycznych, ale nie obejmują już punktów usługowych, w których również świadczone są usługi związane z naruszaniem ciągłości tkanek. Negatywnie oceniany jest też fakt, że przynajmniej część przepisów ma charakter „martwy” (przede wszystkim ze względu na finanse) i w ogóle nie jest wdrażana w życie.

Podsumowując liczne wypowiedzi na temat kwestii prawnych, należy zwrócić uwagę na te aspekty, które są oceniane pozytywnie oraz na te, które były krytykowane.

Do mocnych stron obowiązujących regulacji należy zaliczyć następujące zapisy:

- przepisy regulujące wykonywanie zabiegów inwazyjnych;
- zobowiązanie, by pracodawca zaopatrzył pracowników w sprzęt bezpieczny;
- finansowanie kosztów związanych z konsekwencjami ekspozycji zawodowej przez pracodawcę;
- obowiązek raportowania przypadków ekspozycji.

Krytycznie odnosili się eksperci do kwestii:

- brak regulacji w zakresie realizowania zabiegów medycyny estetycznej;
- brak regulacji dot. lokali, w jakich mogą być realizowane usługi wiążące się z naruszeniem ciągłości tkanek;
- brak regulacji w zakresie kodów odpadów w przypadku zakładów kosmetycznych;
- brak również objęcia restrykcyjnymi przepisami domów opieki, szkół, przedszkoli;

- brak szczegółowych (jednoznacznych) uregulowań dotyczących zagadnień dezynfekcji i sterylizacji sprzętu (np. tendencji do korzystania ze sprzętu jednorazowego używanego wielokrotnie);
- brak regulacji dotyczących grup zawodów wykonujących czynności związane z naruszeniem ciągłości tkanek lub kontaktem z tkankami - tak, by uregulowane zostały też sprawy dotyczące pracowników firm sprzątających, czy firm odbierających odpady komunalne;
- słaby lub nieskuteczny (bo pozbawiony odpowiednich aktów wykonawczych) nadzór nad pozamedycznymi punktami usługowymi;
- nieprzestrzeganie lub tylko pozorne przestrzeganie przepisów o obowiązkowym, regularnym szkoleniu personelu;
- ułomne funkcjonowanie rejestru przypadków ekspozycji.

Zwracano uwagę na to, że 'wejście' w tak odpowiedzialną branżę jak czynności związane z naruszeniem ciągłości tkanek, powinno wymagać spełnienia rygorystycznych wymogów, odbycia odpowiednich szkoleń i pozyskania certyfikatów. Z drugiej jednak strony - na co zwracała uwagę część ekspertów - sugestie te są sprzeczne z wieloma obowiązującymi dzisiaj regulacjami, np. ustawą o swobodzie działalności gospodarczej.

Osoby popierające ideę kontrolowania dostępu do zawodów, ściślejszego nadzoru nad osobami, których praca wiąże się z podwyższonym ryzykiem transmisji zakażeń, zwracały natomiast uwagę na to, że grupy, których powinny dotyczyć w/w specjalne regulacje, powinny być zdefiniowane przez pryzmat czynności (praktycznych), a nie (sztywnych) grup zawodowych - uzasadniano to aktualnym sposobem funkcjonowania rynku pracy - dynamicznym, zmiennym, w którym dokonuje się przejście z klasycznego stosunku pracownik-pracodawca na zatrudnienie kontraktowe. Zmiana przepisów powinna iść zarówno w kierunku rozszerzenia grup pracowniczych, jak i form zatrudnienia, tak by stosowanie outsourcingu nie zwalniało z przestrzegania rygorystycznych regulacji. Wyeksponowano również potrzebę objęcia regulacjami także usług mobilnych (np. kosmetycznych, czy fryzjerskich).

W kontekście stosunku pracy negatywnie oceniano tendencję do przechodzenia na tzw. 'kontrakty', które z jednej strony pozwalają - instytucjom - na oszczędności, ale z drugiej pozbawiają znacznych grup pracowników, nie tylko odpowiedniego przygotowania do pracy, ale również umiejętności zabezpieczania siebie i pacjentów przed ryzykiem zakażenia. Zwracano uwagę na brak zabezpieczeń pracowników kontraktowych w przypadku ekspozycji - wówczas są oni pozostawieni sami sobie. Część ekspertów sformułowała postulat, by zatrudnienie na kontraktach w służbie zdrowia, z uwagi na ryzyko, było w ogóle zabronione.

#### 4.1.6. Zgłaszanie przypadków ekspozycji

Innym sposobem na szukanie oszczędności przez firmy i instytucje jest ograniczanie wydatków na odpowiednie środki zabezpieczające dla pracowników, odsuwanie na później zakupu tzw. sprzętu bezpiecznego, np. do pobierania krwi (kiedy np. szpital będzie w lepszej sytuacji finansowej). Opisywano też sytuacje, w których pracodawcy nie tylko nie wspierają, ale nawet 'zniechęcają' personel do prawidłowego wywiązywania się ze swoich obowiązków (np. raportowania przypadków ekspozycji), ponieważ stanowi to problem organizacyjny (absencja, koszty związane z leczeniem, profilaktyką itp.). Prowadzi to do tego, że pracownicy i współpracownicy (zatrudnieni na kontraktach) powstrzymują się od raportowania przypadków ekspozycji, bagatelizują je. W trakcie dyskusji na forach realizowanych w ramach omawianego projektu, wiele mówiono o stomatologach, jako szczególnie problematycznej grupie zawodowej, która nagminnie bagatelizuje potencjalnie niebezpieczne przypadki, nie zgłaszając faktu ekspozycji. Przedstawiciele nadzorujący przestrzeganie procedur w szpitalach, zwracali uwagę na to, że zdarza się, iż pracownicy ochrony zdrowia, teoretycznie grupa najlepiej przygotowana i posiadająca najlepszą wiedzę w tym zakresie, nie zdaje sobie sprawy z zagrożeń związanych z ryzykiem zakażeniem HCV - i sądzą, że szczepienie (przeciw HBV) jest wystarczającym zabezpieczeniem również przed HCV. Ale niezgłaszanie ekspozycji to nie tylko kwestia braku wiedzy, to także przejaw obawy o miejsce pracy. Eksperti-decydenci zwracali uwagę na to, że zgłaszanie incydentów ekspozycji bywa źle widziane przez pracodawców. Aby uniknąć nieprzyjemności, pracownicy starają się nie informować pracodawców, tj. rozwiązują problem na własną rękę i na własny koszt, w innym niż macierzysty szpital, czy ośrodek zdrowia. Chodzi o to, by uniknąć odsunięcia od pełnienia obowiązków oraz by nie narazić się na negatywną ocenę ze strony przełożonych - ekspozycja jest bowiem postrzegana jako efekt nieprawidłowego wykonywania swoich obowiązków. Ale bywa i tak, że pracownik nie tylko nie zgłasza ekspozycji, ale też nie podejmuje żadnych działań w tej sprawie - a to z powodu finansów. Szczególnie wśród osób samozatrudnionych, dla których zgłoszenie incydentu może być równoznaczne z koniecznością zamknięcia (czasowego) prowadzonej praktyki [2]. Ponadto, osoby takie muszą z własnych środków pokryć koszty procedur poekspozycyjnych, konsultacji specjalistycznych i ewentualnego leczenia. Są też bariery psychologiczne - a mianowicie obawa przed stygmatyzacją oraz wykluczeniem zawodowym. A przecież liczba ekspozycji jest bardzo duża! Dostępne szacunkowe dane wskazują, że 80% pielęgniarek zakuwa się raz w roku, a 12% więcej niż 10 razy. Większość ekspozycji dotyczy kobiet (78%), najczęściej pielęgniarek (65%), następnie lekarzy (17,5%). Najczęściej są to zakłucia (75%), w czasie wykonywania iniekcji i czynności porządkowych [3]. A to oznacza, że w spektrum grup zagrożonych są też osoby

odpowiedzialne właśnie za sprzątanie czy wywóz odpadów. Zatem zgłaszanie faktu ekspozycji wysokiego ryzyka, choć w przypadku placówek medycznych jest regulowane przepisami, nie działa - w tym sektorze - tak, jak powinno, a na pewno nie zawsze. Podczas gdy rozwiązania mogą być inne np. w wytycznych australijskiego Ministerstwa Zdrowia, wskazuje się możliwość tzw. szybkiej ścieżki diagnostycznej po wystąpieniu incydentu, o diagnostyce w ciągu 24h, o pierwszeństwie dostępu do specjalistów [4]. Można więc sobie tylko wyobrazić, jak sytuacja ta wygląda w sektorze pozamedycznym, gdzie takich procedur się nie wymaga i nie są one opracowywane. Właściciele gabinetów usługowych twierdzą, że przez wiele lat ich praktyki nie doszło u nich do żadnych przypadków, które należałoby zgłosić - więc ich nie zgłaszali i nie wiedzieliby, jak to zrobić. Dyskusja ta pokazuje, że nadal potrzebna jest kontynuacja szeroko prowadzonej edukacji i podejmowanie aktywnych działań (również ze strony pracodawców), które sprawią, że pracownicy będą skuteczniej chronić się przed zakażeniem i chętniej zgłaszać incydenty, a procedury poekspozycyjne będą uruchamiane szybko [5]. W tym celu procedury te muszą być proste i nie powinny prowadzić do restrykcji wobec pracownika. Żmudne, skomplikowane administracyjnie procedury są często pomijane, a to stanowi również czynnik ryzyka. Zdaniem zaproszonych ekspertów - aby zwiększyć odsetek zgłaszanych incydentów, warto ułatwić zarówno procedurę zgłoszenia, jak i przyspieszyć proces weryfikacji danego przypadku ekspozycji. Dodatkowym argumentem przemawiającym za zgłaszaniem incydentów, przypadków ekspozycji może być włączenie tego elementu do procedury uznawania konsekwencji ekspozycji za powód wystąpienia choroby zawodowej.

#### 4.1.7. Prawo do informacji

Bardzo ważnym tematem, jaki pojawił się w tym kontekście, jest również odpowiednie informowanie pacjentów i klientów w zakresie tego, jak postępować w przypadku, gdy doszło do ekspozycji [6]. Powinni oni uzyskać jasną instrukcję w gabinecie: co mają zrobić, gdzie się zgłosić. To jest kolejny ważny obszar ryzyka rozwoju i rozprzestrzeniania się zakażeń krwiopochodnych. W sektorze usług medycznych dodatkowo ważne jest również poszanowanie praw pacjenta. Zaproponowane w tym obszarze postulaty usprawnienia systemu powinny opierać się na:

- podniesieniu świadomości potrzeby rejestrowania takich incydentów / walka z postawą bagatelizowania problemu;
- ułatwieniu procedur rejestracji;
- przyspieszeniu procesu weryfikacji i kierowania na leczenie;
- rozwiązaniu kwestii finansowych, jakie się z tym wiążą;
- zmianie postawy pracodawców z karcącej (oceniającej) na wspierającą.

W przypadku gabinetów usługowych konieczne jest też objęcie ich akcją informacyjną - dla prowadzących takie gabinety i dla ich klientów - nt. tego, jak postępować w przypadku, gdy dojdzie do sytuacji potencjalnie niebezpiecznej.

#### **4.1.8. Postawy pracowników i pracodawców**

W tym kontekście część ekspertów postulowała konieczność zmiany nastawienia pracodawców/przedsiębiorców (ten problem nie dotyczy tylko szpitali, czy przychodni, ale także punktów usługowych, jak salony fryzjerskie, gabinety odnowy biologicznej czy tatuażu). Konieczne jest - mówili eksperci - wykazanie wydatków na bezpieczeństwo sanitarne jako inwestycji, a nie kosztu. Sugerowano wyliczenie i podanie w konkretnych kwot jako miernika konsekwencji ryzyka, związanego z wystąpieniem zakażeń - w postaci kosztów leczenia, absencji, ewentualnych odszkodowań, o które mogą występować pacjenci/ klienci. Sugerowano też rozszerzenie odpowiedzialności pracodawców, czy menadżerów placówek (medycznych i pozamedycznych) na wszelkie zdarzenia mające miejsce na terenie i w związku z aktywnościami danej instytucji. W ten sposób większą troską i nadzorem objęte zostałyby również firmy outsourcingowe, które dzisiaj pozostają nieco 'poza radarem'. Zwracano też uwagę na to, że pracodawcy powinni być - wraz z pracownikiem - pociągani do odpowiedzialności za nieprzestrzeganie procedur i zaleceń. Chodzi o to, by za niedbalstwo pracownika nie odpowiadała wyłącznie instytucja; ale też by polityka pracodawcy nie obciążała tylko pracownika, stosującego się do poleceń. Były też uwagi, sugerujące konieczność wprowadzenie regulacji, które miałyby zwiększyć osobistą - prawną i finansową odpowiedzialność osób, wykonujących usługi medyczne lub inne (pozamedyczne), związane z naruszeniem ciągłości tkanek. Taka zmiana miałaby skłonić personel do poszerzania swojej wiedzy (i jej aktualizowania) oraz przestrzegania i bezpiecznego realizowania procedur oraz prawidłowego informowania pacjentów i klientów o zagrożeniach. Eksperci zwracali też uwagę na to, że wprowadzenie takich przepisów powinno iść w parze z rozwojem odpowiednich ubezpieczeń zawodowych.

#### **4.1.9. Opracowanie pakietu procedur**

Za bardzo potrzebne uznano też stworzenie 'racjonalnych' procedur dla osób, które w związku z wykonywaniem czynności zawodowych w sposób celowy (np. przeprowadzając zabieg) lub przypadkowy (np. zakłucie), są narażone na przerwanie ciągłości tkanek. W chwili obecnej procedury takie istnieją w sektorze medycznym, ale nie zawsze są przestrzegane. W sektorze pozamedycznym temat ten wymaga uporządkowania legislacyjnego. W opinii ekspertów uczestniczących w spotkaniu, w chwili obecnej mamy do czynienia raczej z proceduralną fikcją,

tworzeniem dokumentacji, a nie z działaniem nastawionym na faktyczne podniesienie bezpieczeństwa sanitarnego. Podkreślano jednak, żeby tworząc procedury zachować zdrowy rozsądek, umiar; by nie ulec pokusie zbyt ambitnego, nadmiernego regulowania rzeczywistości, ponieważ może się to prowadzić do nieefektywnych rozwiązań.

Ale same rozsądne procedury nie wystarczą. Jak wynika z podanej niżej listy, dzisiaj narusza się nawet - wydawać by się mogło - najbardziej podstawowe i intuicyjne procedury medyczne:

- stosowanie tych samych rękawiczek na całym oddziale, w kontakcie z licznymi pacjentami;
- stosowanie tej samej igły do wkłuwania się w obie ręce tej samej osoby (przy pobieraniu krwi);
- próba nakładania nasadek na zużytą igłę [7];
- brak odpowiednio przestrzeganej higieny rąk;
- brak odpowiednich warunków do mycia, dezynfekowania narzędzi;
- niewłaściwy stan techniczny pomieszczeń;
- zbyt gęsto ustawione łóżka pacjentów;
- brak odpowiedniej liczby narzędzi;
- braki kadrowe i przydzielanie tych samych pracowników do różnych odcinków pracy, przez co 'przemieszczają się' w tych samych fartuchach po różnych oddziałach szpitalnych, potencjalnie transmitując zakażenia;
- pośpiech - pewne elementy urządzeń medycznych nie są wymieniane, bo nie ma na to czasu (ani personelu, które mógłby dokonać wymiany);
- niewłaściwe magazynowanie odpadów medycznych i ich transport, np. wrzucanie sprzętu ostrego do pojemników foliowych zamiast twarde-sciennych;
- praca w biżuterii i zbyt długich, i/lub pomalowanych paznokciach.

W przypadku gabinetów świadczących usługi pozamedyczne, związane z ryzykiem przerwania ciągłości tkanek, zwracają uwagę następując nieprawidłowości:

- praca w biżuterii i zbyt długich i/lub pomalowanych paznokciach;
- nieodpowiednie stroje do pracy;
- brak czasu na odpowiednie przygotowanie gabinetu;
- brak personelu, często zabieg i wszystkie czynności wokół niego (przygotowawcze, sprząatanie) wykonuje jedna osoba;
- nożyczki i inne narzędzia są przemywane tylko wodą (i to nie po każdym kliencie);
- zbyt mała liczba kompletów narzędzi;
- wielokrotne używanie narzędzi jednorazowych (przede wszystkim rękawiczek);



- brak odpowiednich pomieszczeń do przeprowadzania dezynfekcji;
- brak autoklawu i fikcyjne umowy na sterylizację narzędzi;
- pakietowanie i powtórne używanie tych samych narzędzi (bez dezynfekcji) dla tego samego klienta;
- brak zrozumienia dla mechanizmów przenoszenia zakażenia i obchodzenie kluczowych elementów procedury/ niewłaściwy ciąg technologiczny w procesie dezynfekcji;
- stosowanie nieprawidłowych środków do dezynfekcji (co wynika z oszczędności lub niewiedzy);
- nieprawidłowa utylizacja odpadów oraz zbyt długie ich przechowywanie.

Uczestnicy badania, nadzorujący praktyczne przestrzeganie norm i procedur, zwracali uwagę, że również pacjenci/klienci przyczyniają się do powstawania i utrzymywania się w/w naruszeń:

- wybierają usługę w oparciu przede wszystkim o cenę, nie wnikając w to, jakie procedury zostały pominięte, by cena była faktycznie niska;
- nie weryfikują kompetencji usługodawców;
- nie zadają pytań o narzędzia, nie dbają o to, by narzędzia były wyjmowane z pakietów przy nich, w ich obecności, na ich oczach;
- spieszą się i chcą być jak najszybciej przyjęci do gabinetu zabiegowego (nie dając czasu na jego odpowiednie przygotowanie).

Większość z zasygnalizowanych problemów ma wspólny mianownik - brak wiedzy na temat ryzyka lub ignorancja ryzyka. Dlatego tak ważna jest edukacja, ciągła informacja i kształtowanie/utrzymanie odpowiednich nawyków.

#### **4.1.10. Bezpieczeństwo sanitarne świadczeń medycznych i usług pozamedycznych wykonywanych z naruszeniem ciągłości tkanek**

##### **A. Ograniczenia systemu kontroli**

Nieodłącznym elementem systemu jest dbałość o utrzymanie jakości świadczonych w nim usług m.in. poprzez audyt przestrzegania zaleceń i przepisów. Osoby biorące udział w projekcie, na różnych jego etapach, zwracały uwagę na niedoskonałości procesu kontroli, które pozwalają na 'przemyknięcie się' wielu naruszeń. W tym zakresie wymienia się następujące problemy, wynikające z obowiązujących przepisów:

- kontrole są zapowiadane, więc kontrolowani mogą się do nich odpowiednio przygotować;

- sprawdza się dokumentację, a nie poprawność wykonania procedur - na papierze, więc wszystko może wyglądać dobrze, ale praktyka może być drastycznie inna;
- sprawdza się dostępność środków do dezynfekcji, ale nie sam proces jej przeprowadzania (nie wiadomo więc, czy jest to robione w sposób prawidłowy).

Prowadzi to naszych ekspertów do wniosku, że sama kontrola jeszcze niczego nie naprawia, a nakładane kary powinny być łączone z edukacją i wdrażaniem prawidłowych zachowań. Powinno się - podkreślali to badani - wprowadzić mechanizm indywidualnej, osobistej odpowiedzialności. Obecnie bowiem często w przypadku stwierdzonych nieprawidłowości, pracownicy tłumaczą się, że oni osobiście nie odpowiadają za ten obszar, że ta osoba jest nieobecna. Taki rodzaj tłumaczenia bardzo jasno pokazuje, że procedury nie są odpowiednio stosowane, bo powinny być one naturalnym procesem w codziennym funkcjonowaniu danej placówki, a nie zadaniem 'realizowanym' przez konkretną, przypisaną do tego osobę.

Zdaniem ekspertów problemem jest też, małe znaczenie kar jakie nakłada Inspekcja Sanitarно-Epidemiologiczna. Mandaty są na tyle niskie, że pracodawcy wpisują je w koszty, zamiast ponosić znacznie wyższe nakłady w bezpieczne obsługiwaniu pacjentów, czy klientów. W trakcie dyskusji na forum sformułowano wiele postulatów na temat tego, jak należy zmodyfikować obecny system kontroli. Wprowadzenie tych postulatów będzie wymagało zmiany obowiązujących przepisów - np. o swobodzie prowadzenia działalności gospodarczej.

#### **B. Postulaty dot. nadzoru:**

- kontrole niezapowiedziane;
- kontrole częste;
- kontrole dokumentacji i sposobu wykonywania czynności na stanowisku pracy (wrywkowe, obejmujące wybrane czynności);
- kontrola zawiera element instruktażu dla pracownika (w przypadku stwierdzenia nieprawidłowego wykonywania czynności);
- kontrola wiąże się ze stopniowanymi sankcjami:
  - pierwsze naruszenie powoduje przeszkolenie i powtórna kontrolę (monitoring zmian);
  - drugie - kary i wzmożone kontrole (pod względem częstotliwości i zakresu);
  - trzecie - surowe kary finansowe;
  - recydywa - cofnięcie prawa do prowadzenia działalności;
- kary powinny być postrzegane jako nieuchronne;

- ich wysokość powinna być zrelatywizowana do wielkości przewinienia oraz do skali działalności karanej instytucji:
  - inne kary powinien płacić właściciel małego zakładu kosmetycznego, a inne duży szpital, czy korporacja.

### C. Odpowiedzialność:

- należy bacznie analizować ‘rozkład winy’ w kontrolowanej instytucji:
  - jeśli pracodawca nie tworzy odpowiednich warunków do pracy, to nie pracownik powinien być karany za błąd, który popełnił, ale pracodawca;
  - jeśli pracownik nie stosuje się do zaleceń, to na nim spoczywa odpowiedzialność za naruszenie;
  - winny lub winni dzielą się karą oraz ponoszą koszty szkoleń, na które są przymusowo skierowani;
- wina nie powinna być powiązana z formą zatrudnienia; odpowiedzialność powinna być egzekwowana od wszystkich osób mających związek z danym przewinieniem, niezależnie od formy prawnej stosunku pracy (kontrakt, umowa cywilna itp.);
- ale to oznacza, że również przygotowanie do wykonywania czynności (szkolenia, instruktaż) powinny być niezależne od formy zatrudnienia.

Zbudowany według tych postulatów system kontroli będzie nakładać jeszcze większe niż obecnie wymagania na samych kontrolerów i instytucje kontrolujące. Przede wszystkim potrzebna jest większa liczba kontrolerów, a co najmniej optymalizacja ich obecnego wykorzystania. Niewykluczone, że konieczne będzie podniesienie/uzupełnienie ich kompetencji. Jeśli ich praca ma obejmować nie tylko analizę dokumentów, ale również instruktaż na stanowisku, to muszą oni posiadać praktyczne umiejętności; ewentualnie wskazane byłoby nawiązanie stałej współpracy z instytucjami szkolącymi, których pracownicy posiadają takie kompetencje. Być może potrzebne będzie zrekrutowanie dodatkowych kontrolerów po to, by promować dobre praktyki (ale oczywiście tylko te osoby, które będą tego chciały i będą miały odpowiednie predyspozycje do wykonywania roli kontrolera i instruktora). Instytucje szkolące mogą zresztą być przydatne do ‘uszczelnienia systemu’, jeśli na dodatkowe i obowiązkowe szkolenia byłoby - w myśl postulatów zgłaszanych na forum badawczym - kierowani ci pracownicy, którzy nie przejdą pozytywnie kontroli.

Taka rozbudowa systemu kontroli wiąże się z kosztami - dodatkowe szkolenia, godziny spędzone na instruktażu itp. mogłyby być opłacane ze strony instytucji, które - w wyniku kontroli - zostały skierowane na przeszkolenie, ponowne szkolenie, lub które otrzymały instruktaż stanowiskowy. Ważnym uzupełnieniem dla takiego systemu kontroli jest stworzenie regulacji i zabezpieczeń dla osób, które

będą potencjalnie pociągnięte do odpowiedzialności w przypadku stwierdzenia nieprawidłowości. Chodzi tu o ubezpieczenia OC - dla instytucji, kierownictwa i pracowników. Tym bardziej, że - jak wynika z wypowiedzi na forum - celem zmian w systemie profilaktyki i prewencji powinno być zwiększenie świadomości społeczeństwa co do własnych praw i nakłonienia do dochodzenia odszkodowań w przypadku, gdy te prawa zostały naruszone. Chodzi o to, by sami odbiorcy usług - medycznych i pozamedycznych - stali się swoistą instancją kontrolującą, która wydaje opinie i w ten sposób tworzy system rekomendacji dla (szeroko rozumianych) punktów usługowych.

#### **4.1.11. Benchmarki i kontrola społeczna**

Postulat ten nie uzyskał ani jednego głosu wsparcia.

#### **4.1.12. Diagnostyka i leczenie**

W oryginalnym planie projektu badawczego celowo unikano tematów związanych z leczeniem schorzeń wywołanych przez HCV, ponieważ główny punkt zainteresowania dotyczył prewencji, a nie leczenia. W III etapie badania, w trakcie dyskusji ekspertów, pojawiła się jednak kontrowersja, czy leczenie oraz diagnostyka - stanowiąca wszak pierwszy krok do podjęcia leczenia - jest elementem programu profilaktycznego, czy też nie. Uznano, że w modelowym programie profilaktycznym, należy przyjąć podejście kompleksowe, szerokie; a rozpoznawanie (diagnozowanie) osób zakażonych i podjęcie przez nich leczenia uznano za jeden z mechanizmów ograniczających ryzyko rozprzestrzeniania się zakażenia. Z tego względu diagnostyka i leczenie również powinny zostać objęte programem. Obecnie diagnostyka HCV nie jest 'standardową' procedurą realizowaną w czasie rutynowej wizyty. Pacjent przychodzi z konkretnym objawem i na tym objawie koncentruje się lekarz POZ. Pacjenci rzadko omawiają inne dolegliwości - zwłaszcza tak niespecyficzne jak te towarzyszące wczesnym fazom zakażenia HCV (jak np. zmęczenie). Sugerowano, by - wspomniana wcześniej - komórka koordynująca działania edukacyjne, wprowadziła na lekarską 'check-listę' pytania pozwalające ocenić, czy dana osoba jest w grupie ryzyka zakażenia. Niektórzy eksperci sugerowali wprowadzenie rozwiązań stosowanych wobec dawców krwi - głównie w kontekście eliminacji osób potencjalnie zakażonych HIV [8]. Stosuje się tam specjalne kwestionariusze diagnozujące nie stan zdrowia, ale styl życia. Na podstawie tych łatwych do zrozumienia pytań, na które też łatwo się odpowiada (co zmniejsza ryzyko przekłamań, tendencje do zatajania pewnych faktów czy zachowań) - bo dotyczą prostych zdarzeń z życia - kalkulowane jest ryzyko, że dany pacjent jest zakażony groźnym patogenem

(tu HIV, ale można przygotować kwestionariusze tak, by diagnozowały również inne ryzyka, w tym HCV). Kwestionariusze te mogłyby być wypełniane w poczekalni, przed wejściem do lekarza. Pacjent mógłby łatwo odczytać swój wynik i zobaczyć, czy powinien o coś zapytać lekarza. Odpowiednie sugestie działania, pytania itd. mogłyby być również elementem tego kwestionariusza. Sam kwestionariusz mógłby być dostępny w przychodniach, szpitalach, w punktach krwiodawstwa, czy po prostu w internecie. Osoby szukające porady, dbające o zdrowie, miałyby w ten sposób większy dostęp do informacji i od razu instrukcje - co robić, jeśli z testu wynikło, że są w grupie ryzyka. Inną grupą sugestii w kontekście poprawienia diagnostyki, jest 'wyjście' z nią do grup ryzyka - do osób wykonujących określone czynności, do osób stosujących narkotyki, pacjentów - korzystających z określonych procedur medycznych (np. dializ). Wykonanie testu - czy choćby opisanego wyżej kwestionariusza szacującego ryzyko zakażenia - mogłoby zmniejszać ryzyko rozprzestrzeniania się zakażenia w związku z niewiedzą chorej osoby.

#### 4.1.13. Finanse

##### A. Finansowanie systemu usług

Pieniądze są istotnym czynnikiem w realizacji i poprawianiu zadań związanych z przerwaniem łańcucha zakażeń krwiopochodnych. O tym, że pieniądze są barierą w kontekście zapobiegania zakażeniom HCV i innym krwiopochodnym podkreślili wszyscy eksperci. Jak mówiono w trakcie dyskusji: ochrona zdrowia cierpi na chroniczny brak środków - nakłady są na poziomie 4,4% PKB. Ograniczone środki finansowe są traktowane jako naturalny element codziennej pracy. Środki finansowe mają przełożenie na:

- zatrudnienie odpowiednio liczego personelu medycznego przede wszystkim pielęgniarskiego;
- odpowiednie przygotowanie do zawodu, szkolenia, instruktaż;
- odzież ochronną;
- narzędzia, przyrządy do pracy (bezpieczne);
- zakup odpowiedniej liczby narzędzi (jednorazowych);
- zakup urządzeń i odpowiednich preparatów do dezynfekcji i sterylizacji (w tym autoklawu);
- utrzymanie odpowiedniego stanu pomieszczeń;
- odpowiednie postępowanie z odpadami;
- stosowanie niekorzystnych form zatrudnienia (kontrakty);
- brak możliwości zaoferowania refundowanego leczenia wszystkim zdiagnozowanym w kierunku HCV pacjentom.

## B. Koszty prowadzenia działalności

Pracownicy i właściciele punktów usługowych (pozamedycznych) przyznają otwarcie, że w branży zdarzają się próby obchodzenia przepisów i oszczędzania na procedurach z tym związanych (przykłady wymieniono niżej). Wśród przedstawicieli urzędów i ochrony zdrowia problem ten jest rzadziej podnoszony - jednak nie dlatego, że jest on tam mniejszy, ale raczej mniej dostępny poznawczo. W sektorze publicznym więcej myśli się o procedurach, kiedy prowadzi się działalność zarobkową, kwestia przychodów i kosztów jest jednym z podstawowych tematów, jakimi zajmują się przedsiębiorcy.

W kontekście braków mówiono o następujących kwestiach:

- W opiece zdrowotnej zwraca się uwagę na bardziej podstawowe sprawy, związane z technicznym stanem budynków. Niektórzy eksperci opisują stan techniczny pomieszczeń, w których realizowane są usługi medyczne, a także zadania związane z dezynfekcją, jako nieadekwatne do aktualnych rozwiązań technologicznych.
- Brakuje pieniędzy na zakup odpowiedniej odzieży ochronnej dla personelu. Oszczędności szuka się też w bardziej wielofunkcyjnym wykorzystaniu zasobów ludzkich - zdarza się więc, że członkowie personelu w tym samym stroju przemieszczają się po wielu oddziałach szpitala, nie zważając na to, jakie zakażenia mogą w ten sposób przenosić.
- Wielokrotne wykorzystanie narzędzi jednorazowego użytku. Czasem postępowanie takie spowodowane jest niewiedzą lub przez zaniedbania; a czasem - celowo, kiedy oszczędności i cięcia budżetowe nie pozostawiają innego wyboru. (Tak np. cewniki używa się wielokrotnie).
- Oszczędza się również na środkach chemicznych używanych do dezynfekcji i sterylizacji. Po części wynika to z niewiedzy, a po części z ograniczonych środków. Z palety dostępnych środków wybiera się najtańsze lub stosuje się ich niższe stężenia.
- Asam brak wiedzy, brak delegowania na szkolenia też jest efektem oszczędności. W szpitalach cięcia zwykle zaczynają się właśnie od szkoleń dla personelu; prywatni właściciele również na tym próbują oszczędzać.
- W gabinetach usługowych często pojawia się problem z większą inwestycją na zakup np. urządzenia związanego z dezynfekcją - powtarzającym się przykładem jest autoklaw.

Uczestnicy badania są zgodni w tym, że bez zwiększonych inwestycji na ochronę zdrowia (i jej infrastrukturę) oraz bez rozwiązań fiskalnych (np. dofinansowania czy preferencyjne kredyty dla prowadzących działalność wymagającą zakupu autoklawu) trudno będzie wprowadzić zmianę w sposobach realizowania długofalowej polityki prewencji zakażeń krwio pochodnych.

### C. Współpraca, synergie kosztowe

Nie tylko w Polsce, problemem działań wielosektorowych, angażujących wiele instytucji i wiele grup społecznych jest odpowiednia koordynacja działań [7]. Rozmowy z przedstawicielami różnych instytucji na poziomie wojewódzkim ujawniły problem w postaci braku systematyczności w działaniach i braku odpowiedniej koordynacji czy zdolności do budowania koalicji na poziomie lokalnym.

Obecnie obowiązujące przepisy rozdzielają zadania pomiędzy różne instytucje, ale w niedostatecznym stopniu regulują zasady współpracy między nimi. Współpraca przeważnie - niezależnie od dziedziny, której dotyczy - wiąże się z różnymi wyzwaniem i wymaga umiejętności pozwalających na uzgadnianie celów, koordynowanie działań i tworzenie koalicji - również na poziomie bardziej efektywnego wykorzystania środków finansowych. W sytuacji gdy brak umiejętności współpracy, konsekwencją jest prowadzenie działań w sposób równoległy, bez konsultacji (lub konsultując tylko na minimalnym poziomie). Kosztem takiego stanu rzeczy jest jednak brak efektów synergii, powielanie pewnych działań np. wobec jednej grupy docelowej (co skutkuje pomijaniem innych), suboptymalna efektywność prowadzonych inicjatyw, a także mniejszy zasięg działania. Rozwiązaniem nakreślonych powyżej problemów są z jednej strony przepisy (rozporządzenia), które - zdaniem badanych - powinny precyzyjniej regulować pewne kwestie (np. zakresy odpowiedzialności poszczególnych służb, ich wzajemne powiązania i wpływy), a czasem wręcz wymuszać określone działania i współpracę. Potrzebne wydaje się również zorganizowanie szkoleń dotyczących realizacji projektów i zarządzania nimi, co pozwoli na prowadzenie skutecznej współpracy między różnymi instytucjami. Umiejętność zawiązywania koalicji jest istotna także z tego względu, że daje lepszą pozycję negocjacyjną w rozmowach z potencjalnymi dostawcami (np. firmami farmaceutycznymi). W przypadku centralnego zamawiania szkoleń, można byłoby efektywniej wykorzystać środki na przygotowania takich szkoleń (jest to wykonywane jednorazowo). Takich centralnych zamówień obecnie się jednak raczej nie stosuje. W kontekście finansów ubolewano również nad paraliżującymi przepisami w zakresie zakupu produktów i usług w instytucjach publicznych. Mówiono tu o wadliwej logice, która zmusza do wybierania oferty z najniższą ceną, mimo że nie zawsze oznacza ona odpowiednią jakość.

### D. Efektywność kosztowa

Analizując różne postulaty związane z programem prewencji w zakresie HCV zwrócono uwagę na to, że - szczególnie w sytuacji braku wystarczających środków finansowych - należy szukać rozwiązań efektywnych kosztowo, tj. przynoszących duże (w skali) efekty przy określonych nakładach. Myśląc o nakładach w ten sposób, stwierdzono, że:

- efektywność kosztowa leczenia HCV jest niska:
  - wysokie koszty jednostkowe terapii;
  - niewielka liczba osób objętych programem;
- efektywność kosztowa prewencji HCV jest wysoka:
  - potencjalnie szeroka grupa odbiorców;
  - zapobieganie wystąpienia zakażenia;
  - unikanie kosztownego leczenia;
  - brak profilaktyki swoistej w formie szczepień - na tym etapie brak szczepionki.

To podejście skłoniło uczestników spotkania do uznania, że prewencja i edukacja nt. zakażeń krwiopochodnych powinna być kluczowym obszarem inwestycji w najbliższym czasie. A to oznacza - zajęcia w instytucjach edukacyjnych, kampanie w mediach masowych oraz koordynację tych działań ze strony centrum komunikacji społecznej.

#### E. Leczenie refundowane

W kontekście finansowania zastanawiano się też długo nad tematem dostępu do refundowanego leczenia. W tym kontekście pojawiły się kontrowersje. Część ekspertów uczestniczących w spotkaniu - reprezentujących lekarzy i pielęgniarki - uznawało, że powinno się poprawić screening diagnostyczny i wszystkie rozpoznane przypadki skierować do leczenia. Inni uczestnicy spotkania podkreślali jednak fakt, że obecne regulacje, kontrakty z firmami farmaceutycznymi itp. sprawiają, że wiele osób, u których zostanie rozpoznana choroba, mogą mieć ograniczony dostęp do refundowanego leczenia. Oznaczać to dla nich - stres i niepokój. To prowadziło do paradoksalnego argumentu, że jeśli nie ma możliwości podjęcia działań związanych z leczeniem, nie ma sensu prowadzić diagnostyki z przyczyn etycznych. Inni uczestnicy dyskusji argumentowali, że przynajmniej część z tych osób może chcieć finansować leczenie z własnych środków i powinni mieć do tego prawo. Przedstawiciele ministerstwa proponowali z kolei rozwiązanie, które pozwoliłoby np. objąć leczeniem w krótkiej perspektywie czasowej (tzn. rozpocząć leczenie już), a koszty tego leczenia byłyby rozłożone na kilka lat (kredytowane). Miałoby to zapobiegać rozprzestrzenianiu się zakażenia obecnie i stworzyć podatny grunt dla minimalizacji zagrożeń w przyszłości. Pozostałą część programu można byłoby rozwiązać odpowiednimi działaniami edukacyjnymi.

Konkluzje:

- Powinno się prowadzić efektywny screening.
- Powinno się dążyć do tego, by jak największa liczba zakażonych otrzymała leczenie refundowane.
- Ale powinno dać się również możliwość wykupienia terapii w przypadku, gdy limity refundacyjne zostały wyczerpane; wówczas pacjenci powinni



móc podjąć decyzje o tym, czy chcą ponieść koszty leczenia ze środków prywatnych (dodatкового ubezpieczenia?).

#### 4.1.14. Edukacja i szkolenia

Większość osób wskazała na dwa główne źródła informacji:

- Projekt *Zapobieganie zakażeniom HCV*, kampania społeczna *HCV jestem świadom!* (Projekt koordynowany przez NIZP-PZH z udziałem Głównego Inspektora Sanitarnego);
- Elementy przekazywane w programie kształcenia zawodowego - na ten aspekt kładli nacisk przede wszystkim przedstawiciele gabinetów usługowych (pozamedycznych).

Ponadto dość często wymieniano akcje związane z zakażeniami szpitalnymi oraz związane z HIV/AIDS. Kilka osób wspominało o spotkaniach organizowanych przez urzędy marszałkowskie dla samorządowców nt. roli samorządów w realizowaniu programu profilaktyki WZW C.

Zaproszeni do dyskusji eksperci krytykowali jednak dotychczasową edukację studentów i uczniów zawodów medycznych i około medycznych nt. zakażeń krwiopochodnych. Ich zdaniem treści przekazywane w standardowym systemie są niewystarczające i wymagają uzupełnień. Uzupełnienia te powinny mieć praktyczny charakter - tak, by kształtowały nawyki nowych adeptów sztuki lekarskiej czy usług związanych z naruszaniem ciągłości tkanek. W kontekście szerszego zasięgu edukacji dużo mówiono o ogólnej edukacji (nie tylko w kontekście HCV, ale i innych zagrożeń) skierowanej do dzieci, młodzieży i osób dorosłych (w tym także seniorów). Formułowano pomysły, które miałyby objąć przede wszystkim sektor edukacji - co może wynikać z faktu dostępności programów i materiałów skierowanych do tej instytucji oraz z nawykowej współpracy instytucji lokalnych z sektorem edukacyjnym. Działania te niosą ze sobą również efekt skali - w stosunkowo szybki i relatywnie tani sposób można dotrzeć do dużej części społeczeństwa: nauczycieli, uczniów, ale również i ich rodzin. W wielu regionach ten element się wykorzystuje, ale nie wszędzie. Wydaje się, że ten obszar działania wymaga wzmocnienia i rozszerzenia o wyjście z nim poza szkołę, np. do rodzin i uczniów.

Podkreślano również, że edukacja w zakresie HCV, jako proces, powinna przyjmować formę cykliczną, systematyczną, a udział w tej edukacji powinien być obowiązkowy. Wiedza ta powinna być oferowana w różnej postaci - ale zawsze w atrakcyjnej, przystępnej, przemawiającej do wyobraźni formie. Podkreślono, że szkolenia, kursy, kampanie powinny posługiwać się sugestywnymi przykładami, zaczerpniętymi z życia; że wiedza nie powinna być przekazywana w sposób 'suchy', że nie powinien to być nudny wykład z teorii, ale fascynująca opowieść, w której człowiek może odnaleźć samego siebie lub przykłady znane mu z co-

dziennego życia. Bardzo ważne jest to, by prowadzący umieli zainteresować, a przede wszystkim, by posiadali i potrafili przekazać praktyczne umiejętności. Być może tak prowadzone szkolenia, w połączeniu z ich obowiązkowym charakterem, przelatują obecną niechęć do uczestnictwa w klasycznych kursach. Obecnie bowiem przedstawiciele zawodów obarczonych ryzykiem transmisji zakażeń krwiopochodnych często twierdzą, że takie szkolenia są im niepotrzebne, że znają wszystkie przepisy i się do nich stosują. Nawet jeśli szkolenia są bezpłatne, czasem trudno jest zrekrutować chętnych. Deklarują, że wiedzę w tym zakresie czerpią bądź to z zajęć (program szkoły, kursy zawodowe), bądź z internetu - w tym kontekście dodają, że informacji na ten temat jest dużo, a oni muszą się tym interesować, bo na tym polega ich praca. Personel medyczny jest relatywnie najlepiej przeszkolony i najlepiej przygotowany do zapobiegania występowaniu zakażeń krwiopochodnych, jednak często wiedza ta ma charakter teoretyczny, nie jest poparta głębokim zrozumieniem tematu, co może prowadzić do zachowań o charakterze rutynowym (niekoniecznie prawidłowym). Ponadto, na to co zwracają uwagę pielęgniarki epidemiologiczne, osoby takie są często bezradne w sytuacji, kiedy dojdzie do ekspozycji - brakuje wiedzy, co robić, jak dalej działać. Potrzebna jest też bardziej praktycznie zorientowana edukacja personelu medycznego, specjalistycznego.

#### 4.1.15. Edukacja społeczna

Większość badanych zgadza się co do tego, że potrzebny jest stały szeroko zakrojony program edukacyjny dla całego społeczeństwa, ponieważ świadomy pacjent lub klient jest istotnym ogniwem łańcucha prewencji i zapobiegania występowaniu zakażeń krwiopochodnych (np. poprzez sprawowanie kontroli społecznej). Punktem wyjścia powinno być kształtowanie pożądaných zachowań związanych z higieną wśród dzieci i ich rodziców. Bardzo ważne jest odpowiednie przygotowanie dorosłych - rodziców i wychowawców - szkolnych i przedszkolnych, i przekazywanie pozytywnych wzorców na drodze socjalizacji w domu i w trakcie zajęć w placówkach edukacyjno-opiekuńczych. Można prowadzić zajęcia dla dzieci, na których omawiane byłyby kwestie związane z higieną, z udzielaniem pierwszej pomocy, sposobami chronienia się przez zakażeniami. Dodatkowo, w zajęciach dla dzieci mogłoby uczestniczyć (przynajmniej od czasu do czasu) rodzice, rodzeństwo i dziadkowie. Rozwiązanie takie już dziś stosuje się w Szkołach Promujących Zdrowie i dobrze się ono sprawdza. Szkolenia dla dzieci w wieku przed-szkolnym powinny dotyczyć zasad higieny, na poziomie szkół gimnazjalnych i ponadgimnazjalnych - nowych, podejmowanych przez młodzież w tym wieku aktywności - chodzi tu zarówno o aktywności seksualne, jak i wizyty w salonach kosmetycznych i tatuażu. Dzieci i młodzież uczyłyby się nie tylko o zagrożeniach, ale również o tym, jak je rozpoznać i jakie zachowania mogą chronić je

przed zakażeniem. Jednocześnie potrzebna jest kontynuacja edukacji społecznej realizowanej poprzez kampanie medialne i szkolenia, nastawiona na promowanie zdrowego stylu życia, budowanie prawidłowych zachowań i świadomości zagrożeń oraz umiejętności radzenia sobie z nimi. Eksperci biorący udział w badaniu odwoływali się do przykładów z krajów skandynawskich, gdzie wychodzi się z założenia, że profilaktyka jest tańsza niż leczenie. Taka systematyczna, cykliczna edukacja powinna obejmować osoby w każdym wieku: „od przedszkola do seniora”. Jej efektem powinno być - poza kształtowaniem pożądaných nawyków zdrowego stylu życia - unikanie zachowań ryzykownych. Co więcej - ważna jest świadomość i umiejętność rozpoznania, czy zabiegi (np. medyczne czy np. w salonie kosmetycznym) są prowadzone w sposób (nie)prawidłowy. Jest to tym ważniejsze, że pacjenci, klienci i odbiorcy usług mogą pełnić funkcję kontrolną - uzupełniającą działalność odpowiednich służb (np. Inspekcji Sanitarnej-Epidemiologicznej). Jednak często pacjenci i klienci, nawet jeśli dostrzegają nieprawidłowości, boją się zwrócić uwagę. Tym ważniejsze więc, żeby kampania medialna zachęcała do podejmowania działań nastawionych na eliminowanie potencjalnych ognisk zakażenia (na zasadzie: widzisz podejrzané zachowanie - NIE AKCEPTUJ!). Racjonalne jest także tworzenie programów nastawionych na praktyczną prewencję/profilaktykę i postępowanie w przypadku ekspozycji. Drugim komponentem edukacji ogólnospołecznej powinna być walka z dyskryminacją i stygmatyzacją chorych. Bardzo istotna jest nie tylko treść, ale także forma edukacji. Poza zajęciami i szkoleniami warto zwrócić uwagę na pomysł wykorzystania formy serialu telewizyjnego, w którym pokazano by przypadek zakażenia i krok po kroku to, co należy zrobić oraz na co zwracać uwagę (np. w gabinecie lekarskim lub kosmetycznym) i gdzie zgłaszać nieprawidłowości. Powinno się te tematy ‘przemycać’ do popularnych seriali telewizyjnych - docierając w ten sposób do szerokich grup społecznych. Tymczasem - na co zwracali uwagę przedstawiciele centralnych instytucji biorący udział w projekcie badawczym - obecnie nadal w mediach promuje się niesprawdzone procedury paramedyczne, które niosą realne zagrożenie dla osób, które z nich korzystają. W pogoni za zyskiem oferuje się różne metody (np. oczyszczania organizmu), które mają groźne konsekwencje i narażają pacjentów na realne zagrożenie. Media wspierają takie zachowania, przyczyniając się do pogłębienia problemu. A przecież mogłyby w tym zakresie odgrywać kolosalną i pozytywną rolę: mogłyby prowadzić cykliczne programy o zdrowiu, nie tylko zakażeniach np. HCV, ale także o cukrzycy i innych chorobach przewlekłych. Komunikacja medialna powinna być systematyczna - tak, by istotne wątki mogły wejść w repertuar myślenia i postępowania (wpływ podprogowy), by tam zostały. Powinna również mieć odpowiedni format i ton emocjonalny. W programach telewizyjnych nie powinno się straszyć ludzi, ale powinno się w nich pokazywać konsekwencje zachorowań: obniżenie jakości życia, długotrwałość leczenia. Efektem takiego działania

powinna być motywacja do prawidłowych zachowań prewencyjnych, swoista sumienność w ich przejawianiu, ale nie strach i odrzucenie - ponieważ to zwrótnie może się przeradzać np. w stygmatyzowanie osób chorych. Pewien niski poziom niepokoju jest więc potrzebny - tak, by skutecznie wyeliminować pewne negatywne zachowanie, aby ukształtować i wzmocnić te pozytywne.

#### **4.1.16. Edukacja specjalistyczna**

Wśród grup, które powinny być objęte permanentnymi, specjalistycznymi szkoleniami, wymieniano:

- przedstawiciele zawodów związanych z ryzykiem transmisji zakażeń krwio pochodnych;
- nauczycieli profesji medycznych i w/w zawodów;
- pracowników firm sprzątających i zakładów komunalnych;
- przedstawiciele służb mundurowych i pracowników socjalnych - ze względu na ich narażenie na kontakt z grupami ryzyka.

#### **A. Przedstawiciele zawodów narażonych na transmisję zakażeń**

Wiedzę pracowników medycznych mających kontakt z materiałem biologicznym trzeba systematycznie aktualizować i przekładać na praktyczne działania. Tym bardziej, że jak sami przyznają niektórzy przedstawiciele tych zawodów, od ukończenia szkoły, kursów przygotowujących, nie mieli dostępu do jakichkolwiek informacji czy szkoleń w tym zakresie. W efekcie ich praktyka może opierać się na nieaktualnych już lub niepełnych informacjach, co może generować luki w systemie zabezpieczenia przed transmisją zakażeń. To, co jest bardzo istotne, to weryfikowanie nieprawidłowych nawyków w tych grupach zawodowych. Zdarzają się bowiem przypadki, w których w dobrej wierze prowadzi się działania potencjalnie ryzykowne, np. stosuje się pakiety narzędzi dedykowane poszczególnym klientom (co jednak oznacza rezygnację z dezynfekcji i sterylizacji takich pakietów) lub stosowanie narzędzi przynoszonych przez klientów. Ważnym wyzwaniem jest kształtowanie prawidłowych postaw w zakresie higieny rąk i stosowania rękawiczek jednorazowych. W obecnej chwili zdarza się, że personel nosi ten sam zestaw rękawiczek i wykonuje nim zabiegi u kilku osób bądź w trakcie zabiegu rękawiczkami dotyka np. telefonu czy innych przedmiotów, które nie są odpowiednio odkażone. Wydaje się, że takie postawy (opisywane również w kontekście personelu medycznego) wynikają z nieprawidłowego przekonania, że środki bezpieczeństwa mają chronić personel przed zakażeniami 'przynoszonymi' do gabinetu przez pacjentów lub klientów. Procedury powinny być tak zorganizowane i tak przestrzegane, by raportowanie posiadanych zakażeń nie było w ogóle konieczne. W przypadku zawodów medycznych postu-

lowano, by szkolenia były obowiązkowe niezależnie do formy zatrudnienia. Pojawiały się też sugestie, że szkolenia powinny być elementem dopuszczenia do pewnych zawodów, np. od właścicieli i pracowników punktów świadczących usługi niemedyczne, w których jednak może dochodzić do naruszenia ciągłości tkanek (np. salony kosmetyczne, fryzjerskie, tatuażu), powinno się - na etapie rejestracji działalności - wymagać przejścia odpowiedniego przeszkolenia i uzyskania certyfikatu, poświadczającego prawo do wykonywania zawodu. Taki certyfikat mógłby być też sygnałem dla klientów, że jest w miejscu bezpiecznym, a jego brak powinien powodować rezygnację z niebezpiecznych usług.

#### **B. Studenci, uczniowie, nauczyciele i osoby wchodzące w nowy zawód**

Szkolenia, które objęły grupę nauczycieli w szkołach zawodowych, pokazały, że obecny program kształcenia nie docenia wagi zakażeń krwiopochodnych, a treści przekazywane na szkoleniach (dedykowanych w założeniu młodzieży) były w dużej części nowe także dla nauczycieli. Pokazuje to lukę w wiedzy i kompetencji osób, które te właśnie kompetencje powinni kształtować. Wypełnienie tej luki jest możliwe poprzez rozpropagowanie istniejących materiałów edukacyjnych dla nauczycieli oraz uczniów i danie im szansy na przećwiczenie praktycznych aspektów w ramach szkoleń i warsztatów. Programy takie powinny objąć także młodych lekarzy, młode pielęgniarki, które dopiero rozpoczynają na poważnie pracę w szpitalu. Pojedyncze akcje tego typu realizowane w różnych ośrodkach spotykają się z pozytywnym przyjęciem, ponieważ pokazują praktyczną stronę podejmowanego zawodu, przy okazji ujawniając braki wyniesione z systemu edukacji.

#### **C. Przedstawiciele firm sprzątających, odbierających odpady komunalne**

Pracownicy firm sprzątających obsługujących szpitale nie przechodzą specjalnego przeszkolenia. Firmy usługowe są przeważnie wybierane z uwzględnieniem kryterium najniższej ceny, co generuje potrzebę szukania oszczędności. Znane są więc przypadki zranień i skaleczeń z powodu 'przepetnionych' koszy na śmieci, stosowania (tańszych) worków foliowych zamiast pojemników o twardych ścianach, a także stosowanie preparatów do czyszczenia sprzętu i sprzątania w stężeniach niższych niż zalecane. Specjalne szkolenia powinny objąć również pracowników firm komunalnych, odbierających odpady - nie tylko ze szpitali, zakładów fryzjerskich czy salonów tatuażu, ale po prostu domów mieszkalnych, których lokatorzy mogą cierpieć na różne, również zakaźne choroby. Takie szkolenia powinny dotyczyć m.in. tego, w jaki sposób prawidłowo należy obchodzić się z odpadami, żeby nie narażać siebie i innych na zakażenie. W innych krajach, np. Wielkiej Brytanii, na liście zawodów pozamedycznych wymienia się również pracowników zakładów

krematoryjnych, laboratoriów kryminalistycznych, a także wszystkich funkcjonariuszy służby szybkiego reagowania - strażaków, ratowników, policjantów, pracowników socjalnych itp. [9].

#### **D. Przedstawiciele służb mundurowych, penitencjarnych i pracownicy socjalnych**

Odbiorcami szkoleń i programów profilaktycznych powinni być także pracownicy służb mundurowych (przede wszystkim Policji i Straży Miejskiej) oraz służb penitencjarnych, a także pracowników socjalnych - tj. grupy zawodowe narażone na kontakt z osobami agresywnymi, rannymi, poszkodowanymi, w tym z grupami ryzyka zakażeń krwiopochodnych.

#### **E. Pracodawcy**

Szkolenia powinny też obejmować samych pracodawców! Podejmując decyzje, np. o alokacji środków, przyznając priorytet pewnych aktywnościom, powinni mieć oni świadomość ryzyka i zależności. W tym kontekście zwracano uwagę na dwojakie obowiązki pracodawców. Po pierwsze chodziło o stworzenie bezpiecznego środowiska pracy, udostępnienie odpowiednich strojów, pomieszczeń, środków, ale również o dawanie dobrego przykładu i nadawanie odpowiedniej rangi kwestiom związanym z zakażeniami krwiopochodnymi. Obecnie w obu tych obszarach pojawia się wiele nieprawidłowości.

### **4.1.17. Rekomendacje zmian w szkoleniach**

Podstawowym postulatem badanych było to, by wszystkie szkolenia miały charakter praktyczny. To natomiast, jakie elementy praktyki będą na nich prezentowane i ćwiczone (!), powinno być dopasowane i każdorazowo opracowywane dla konkretnej grupy odbiorców. Istotne, by edukacja taka nie odbywała się przy okazji, ale by miała swoje stałe miejsce w programie nauczania i planie szkoleń w miejscu pracy. Postulowano, by kwestiom tym były - na etapie edukacji - poświęcone osobne zajęcia, a w miejscu pracy powinien funkcjonować inspektor dedykowany temu tylko tematowi (żeby nie był to kolejny punkt na długiej liście dotatkowych obowiązków).

Kluczowe wydaje się więc znalezienie przystępnej i atrakcyjnej formy dla przekazywanych informacji. Do ludzi w obecnych czasach przemawiają krótkie filmy, pliki video, krótkie przekazy, nowoczesne formy edukacji.

Dobrym sposobem zwrócenia uwagi uczestników spotkań edukacyjnych i szkoleń jest też nawiązywanie do sytuacji z życia, powiązanych z historią np. opartą na drobnych sensacjach, przemawiających do wyobraźni przykładów z życia, ze świata etc. Sprawdzają się też przykłady osób medialnych, zaprezentowanych tak by wzbudzić zainteresowanie wśród słuchaczy - aby ważne treści trafiły na

wysoki poziom zaangażowania i zainteresowania z ich strony. Powinno się też zmienić sam styl prowadzenia szkoleń i przejść od straszenia/ostrzegania do pokazywania ludziom korzyści, mówienia w sposób pozytywny, językiem korzyści. Pozytywny przekaz - jak dowodzą badania - jest chętniej przyjmowany, większa jest szansa, że zostanie przyswojony. Język korzyści powinien być też skierowany do pracodawców - tak, by i oni dostrzegli korzyści w podnoszeniu kwalifikacji swojego personelu, współpracowników (a nie tylko związane z tym koszty). Korzyści te powinny być wyrażone w pieniądzach, skutkach ekonomicznych dla firmy - zarówno w postaci zysków, jak i ryzyka strat (w przypadku narażenia kogoś na utratę lub uszczerbek na zdrowiu). Należy wykorzystywać instrukcje i wskazania, jak postępować. To też pomaga odbiorcom wynieść z tego praktyczne, proste, aplikowalne od zaraz rozwiązania. Powinno się też stosować przykłady, ilustracje z życia, które poprzez pokazywanie cudzych błędów, mogą nam uświadamiać nasze własne ryzykowne zachowania. Szkolenia powinny być ciekawe, łatwo dostępne - np. organizowane w centrum miasta, w miejscach, do których łatwo dojechać. Oczekuje się, że będą prowadzone w trybie warsztatowym, w małych grupach, co pozwoli na wykonywanie wielu ćwiczeń. Wiele osób podkreślało rolę prowadzącego - praktyka szkoleniowca, dydaktyka który potrafi nawiązać kontakt, zainteresować i zaangażować uczestników. Istotne jest też - szczególnie w przypadku szkoleń dla praktyków - by osoba szkoląca miała doświadczenie w danym zawodzie, by znała realia pracy wykonywania czynności, z których szkoli. Tak by wiedza nie była odbierana jako proponowany 'nierealistyczny model', którego rad i zaleceń nie da się przenieść na życie i codzienną pracę.

Szkolenia dla „niespecjalistycznych” grup docelowych powinny być dość ogólne, nie muszą dotyczyć konkretnych schorzeń, ale ogólnych zagrożeń i ogólnych zasad zabezpieczenia się przed tymi zagrożeniami. Rozdzielenie, wyodrębnianie i osobne omawianie różnych zagrożeń (np. HIV i HCV) jest uzasadnione w przypadku szkoleń specjalistycznych, dotyczących wybranych grup zawodowych czy studentów, uczniów, przygotowujących się do wykonywania tych zawodów - przede wszystkim medycznych. Tu istotne byłoby rozróżnienie zagrożeń np. na te, przed którymi można się chronić szczepionką (jak HBV), oraz takie, które takiego zabezpieczenia nie posiadają (jak HCV). Szkolenia powinny dotyczyć kwestii, które można zastosować w codziennej pracy. Za bardzo przydatny uznano przykład szkolenia dla stomatologów, które miało bardzo klarownie nakreślony i praktyczny cel: poprawę umiejętności w zakresie sterylizacji, pakietowania i dezynfekcji. Aby nauczyciele w szkołach, czy ogólnie prowadzący szkolenia, mogli podołać tak wysoko postawionym wymaganiom, zmiany powinny objąć również ich kształcenie oraz dedykowane im szkolenia. Bardzo duża jest rola kształcenia ustawicznego - zarówno w sektorze edukacji, jak i w sektorze medycznym.

## Podsumowanie

Analiza danych pozwala na sformułowanie wniosków dot. zasadności wprowadzenia zmian w systemie edukacji, nadzoru, leczenia, regulacji prawnych, finansowania, organizacji prewencji zakażeń krwiopochodnych.

**Tabela 4.1.**

Lista priorytetów (wybrana w oparciu o przypisanie wartości punktowej problemowi)

Legenda kolorystyczna dotycząca poniższej tabeli

*legislacja*
 *edukacja*
 *organizacja*
 *finanse*

Zagadnienie	liczba głosów
16. Należy uruchomić kampanie medialne i społeczne (współorganizowane przez organizacje pozarządowe) skierowane do szerokiej grupy odbiorców - powinny być one emitowane w telewizji (spoty, wątki w popularnych serialach), w mediach społecznościowych; należy zadbać o to, by kanał, przekaz i jego forma były dostosowane do grupy wiekowej); cel: zwrócenie uwagi na problem, walka ze stereotypami, poprawa dostępu do leczenia dla osób zakażonych.	18
29. Należy ułatwić dostęp do diagnostyki i usprawnić uruchomienie procedur poekspozycyjnych/ leczenia - pomoc mogą w tym np. ogólnodostępne 'kalkulatory szacowania ryzyka zakażenia' (do samodzielnego wypełnienia, dostępne w internecie lub gabinetach lekarskich) wraz z instrukcją, co robić (gdzie się zgłosić), żeby dowiedzieć się więcej, przeprowadzić pełną diagnostykę i ewentualnie rozpocząć leczenie.	13
7. Potrzebne jest ujęcie HCV w zakresie podstawowej profilaktyki zdrowotnej - lekarze POZ powinni móc zlecać odpowiednie testy diagnostyczne, powinni też posiadać wiedzę i umiejętności w zakresie informowania pacjentów o prawidłowych zachowaniach (szczególnie w przypadku stwierdzenia lub podejrzenia zakażenia); konieczne jest też udrożnienie dostępu do konsultacji lekarskiej i do weryfikacji podejrzeń pod kątem zakażenia; cel: powstrzymanie rozprzestrzeniania zakażeń, prawidłowa opieka nad osobami zakażonymi.	11
1. Należy zdefiniować grupy wymagające specjalnych regulacji prawnych nie poprzez stosunek pracy (np. pracownik/ pracodawca) czy zawód (np. pielęgniarka epidemiologiczna), ale poprzez wykonywane czynności - tak, by odpowiednie regulacje objęły np. personel sprząający czy inne grupy z sektora pozamedycznego; cel: dostosowanie przepisów do sytuacji na rynku pracy (różnorodne formy zatrudnienia, outsourcing) i do dynamicznie zmieniających się realiów (nowe zawody, nowe wyzwania).	11



<p>20. Szkolenia specjalistyczne dla osób wykonujących czynności zawodowe z naruszeniem ciągłości tkanek powinny kłaść nacisk na praktykę i uczyć np., jak prawidłowo przeprowadzić dezynfekcję; cel: przystosowanie personelu specjalistycznego do wykonywanego zawodu, zrozumienie wagi zagrożeń, nabywanie prawidłowych postaw i zachowań - już na poziomie szczegółowym, nastawionym na konkretne typy zagrożeń (HCV, HBV, HIV...).</p>	5
<p>25. Należy dokonać - wspólnie z ekspertami GIS i przedstawicielami Polskiego Stowarzyszenia Pielęgniarek Epidemiologicznych - przeglądu zalecanych procedur postępowania w szpitalach i poradniach w zakresie zapobiegania zakażeniom krwiopochodnym; dotyczy to szczególnie tych jednostek, których działanie zostało w badaniach epidemiologicznych powiązane ze statystycznie znamionym podwyższeniem ryzyka zakażenia.</p>	5
<p>27. Niezbędne jest udrożnienie dostępu wszystkich HCV(+) do konsultacji lekarskiej i do sprawdzenia obecności zakażenia, a dla osób ze wskazaniami do dalszej opieki medycznej, przyjazne pacjentowi ułatwienia w przechodzeniu kolejnych etapów na drodze od wykonania badania diagnostycznego do terapii zakażeń HCV i chorób związanych z tym zakażeniem.</p>	5
<p>8. Należy podjąć kroki nastawione na optymalizację badań przesiewowych dla zwiększenia liczby wykrytych zakażeń przy minimalizacji związanych z tym kosztów.</p>	4
<p>14. Potrzebna jest edukacja społeczna nt. osób zakażonych; cel: przeciwdziałanie dyskryminacji i stygmatyzacji</p>	4
<p>15. Niezbędne jest rozpowszechnienie działań o charakterze „harm reduction” w stosunku do osób uzależnionych; przeciwdziałanie stygmatyzacji tych osób i udrożnienie dostępu dla zakażonych HCV do terapii.</p>	4
<p>19. Potrzebne jest przygotowanie odpowiednich programów i systematyczne okresowe szkolenia personelu medycznego (lekarzy i pielęgniarek), ale także pozostałego personelu szpitalnego w zakresie zapobiegania zakażeniom krwiopochodnym z uwzględnieniem bezpieczeństwa personelu i pacjentów; odbycie takiego szkolenia powinno stanowić wymóg dopuszczenia do kontaktu z pacjentami (np. w ramach obowiązków, funkcjonujących w zespołach ds. zakażeń etc.).</p>	4
<p>5. Należy wprowadzić zasadę odpowiedzialności indywidualnej za wypełnianie wytycznych i przepisów; cel: zwiększenie zaangażowania w przestrzeganie przepisów i wymogów sanitarnych.</p>	3
<p>11. Należy wprowadzić programy typu life-long learning, profilaktykę, które obejmowałyby różne grupy wiekowe (od przedszkola po seniorów); sugerowano wprowadzenie odrębnego przedmiotu w szkołach (przygotowanie do życia, edukacja zdrowotna, seksualna...); działania prowadzone w tym zakresie byłyby nastawione na kształtowanie <u>praktycznych zachowań</u> w różnych dziedzinach życia (prawidłowa dieta, dźwiganie ciężarów, pozycja przy biurku...); cel: kształtowanie szeroko rozumianych pozytywnych zachowań; za wzór stawiano tu przeważnie kraje skandynawskie.</p>	3

17. Potrzebne jest poszerzenie programu kształcenia w zakresie zapobiegania zakażeniom krwiopochodnym w uczelniach medycznych na wydziałach lekarskich, stomatologicznych i pielęgniarskich oraz w szkołach zdrowia publicznego.	3
2. Należy lepiej rozpisać role pomiędzy instytucjami na poziomie lokalnym (np. poprzez rozporządzenia) cel: zachęta do współpracy na poziomie lokalnym, mechanizmy pozwalające na unikanie duplikowania zadań.	2
3. Należy zmienić zadania i kryteria oceny pracodawcy (właściciela placówki) i (współ)pracownika w kontekście dbania o bezpieczeństwo sanitarne usług medycznych i pozamedycznych cel: ograniczenie tendencji do oszczędzania na kwestiach związanych z profilaktyką i prewencją zakażeń (np. szkolenia, inwestycje w bezpieczne technologie).	2
12. Należy wprowadzić temat zakażeń krwiopochodnych do programu nauczania higieny w szkołach średnich.	2
26. Potrzebny jest przegląd procedur kontrolnych odnoszących się do zapobiegania zakażeniom krwiopochodnym w szpitalach i ambulatoriach i rygorystyczna kontrola przestrzegania ich przez odpowiednio przeszkolonych kontrolerów powiatowych stacji sanitarno-epidemiologicznych.	2
28. Powinien powstać/zostać rozpowszechniony centralny rejestr zakażeń - dla regionu i kraju pozwoli to na lepsze monitorowanie sytuacji na bieżąco i podejmowanie ewentualnych działań zaradczych.	2
4. Należy zmienić przepisy w zakresie prowadzenia kontroli - kontrole powinny być częste i niezapowiedziane, dotyczyć praktycznych aspektów wykonywania pracy, obejmować identyfikację odpowiedzialnych (pracownik/ pracodawca); kontrole powinny się kończyć instruktażem/zaleceniem udziału w konkretnych szkoleniach; w przypadku stwierdzenia powtórnych naruszeń należy karać surowymi (ale stopniowanymi w zależności od przewinienia) karami finansowymi cel: nastawienie na praktyczne aspekty wykonywania czynności budujących bezpieczeństwo sanitarne, na poprawę jakości usług, na eliminowanie punktów usługowych nie spełniających norm.	1
9. Należy wprowadzić podział edukacji na ogólną, skierowaną do całego społeczeństwa oraz specjalistyczną, dla przedstawicieli wybranych grup zawodowych/wykonyjących konkretne czynności (wiążące się z podwyższonym ryzykiem zakażeń krwiopochodnych).	1
10. W kontekście ogólnej edukacji społecznej należy połączyć HCV z innymi typami zakażeń i zagrożeń, ogólną higieną i zdrowym stylem życia cel: budowanie prawidłowych zachowań 'w ogóle', bez inwestycji w chronienie się przed poszczególnymi zagrożeniami (co jest trudne, kosztowne, skazane na wyrwykowość).	1
13. Potrzebne jest udostępnianie i dostarczanie wiedzy z zakresu promocji zdrowia w postaci drukowanej i elektronicznej w poczekalniach szpitali i poradni (np. teledymy).	1

21. Specjaliści powinni uczestniczyć w programach kształcenia ustawicznego; powinni przechodzić okresowe obowiązkowe szkolenia praktyczne (assessment + instruktaż) dla osób wykonujących czynności o podwyższonym ryzyku zakażeń (w tym np. personel sprzątający) cel: utrzymanie wysokiego poziomu wiedzy i umiejętności; identyfikacja i korygowanie zachowań nieprawidłowych, przeciwdziałanie popadaniu w rutynę.	1
23. Należy dotożyć starań, by szkolenia były atrakcyjne - powinno się więc opracować wymogi dotyczące szkoleń z naciskiem na nastawienie na praktykę, wykorzystanie atrakcyjnych materiałów, przykładów z życia cel: zwiększenie przydatności szkoleń i chęci udziału w nich.	1
30. Należy odejść od kryterium ceny jako głównego elementu przy wyborze dostawców i uwzględnić jakość w ocenie ofert cel: wyjście z impasu, w którym niska cena skazuje instytucje na np. szkolenia niskiej jakości, zakup bezpiecznego (nowoczesnego sprzętu).	1

## PODZIĘKOWANIA

Składamy podziękowania wszystkim ekspertom i praktykom uczestniczącym w projekcie na wszystkich jego etapach.

## PIŚMIENNICTWO

1. Goffman E. (1963) Stigma. Notes on the management of spoiled identity.
2. Charles P, Angus P, Sasadeusz J, Grayson M. (2003) Management of healthcare workers after occupational exposure to hepatitis C virus. MJA.
3. Dyk-Duszyńska A. (2013) Ekspozycja zawodowa pracowników medycznych na wirusy zapalenia wątroby typu B (HBV) i C (HCV) oraz ludzki wirus niedoboru odporności (HIV). Rozprawa doktorska. Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu.
4. HIV, Hepatitis B and Hepatitis C - management of health care workers potentially exposed (2005/2016). Ministry of Health, NSW. [www.health.nsw.gov.au/policies/](http://www.health.nsw.gov.au/policies/).
5. Dancewicz M, Szymankiewicz M, Kowalewski J, Karwacka M. (2005) Postępowanie w przypadku ekspozycji pracowników szpitala na HBV, HCV i HIV. Przegląd epidemiologiczny 59: 671-677.
6. Guideline for the management of occupational exposure to blood and body fluids. Department of Health, Queensland, Australia.
7. Rogowska-Szadkowska D, Stanisławowicz M, Chlabicz S. (2010) Ryzyko ekspozycji pracowników opieki medycznej na drobnoustroje przenoszone przez krew zwiększają utrzymujące się złe przyzwyczajenia. Przegląd epidemiologiczny 64: 293-295.

8. Revised Recommendations for Reducing the Risk of Human Immunodeficiency Virus Transmission by Blood and Blood Products (2015) Guidance for Industry. U.S. Department of Health and Human Services Food and Drug Administration. Center for Biologics Evaluation and Research.
9. Advisory Committee on Dangerous Pathogens Protection against blood-borne infections in the workplace: HIV and Hepatitis. UK.

# ZGŁASZALNOŚĆ ZAKAŻEŃ HCV W RAMACH RUTYNOWEGO NADZORU EPIDEMIOLOGICZNEGO JAKO NARZĘDZIE MONITOROWANIA EPIDEMIOLOGII HCV W POLSCE

Dr hab. n. o zdr. Magdalena Rosińska, prof. NIZP-PZH,  
Lek. med. Małgorzata Stępień  
Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego - PZH

Wirus zapalenia wątroby typu C (HCV) został odkryty w 1988 r., a testy laboratoryjne umożliwiające wykrycie zakażenia stały się dostępne w 1989 r. [1]. Wcześniej jednak zauważono, że wiele z potransfuzyjnych zapaleń wątroby nie jest wywoływanych ani wirusem typu A ani wirusem typu B [2]. Również analizy filogenetyczne, wykonane dużo później, wykazały, że najprawdopodobniej szybkie szerzenie się wirusa typu C w Europie miało miejsce już w latach 60-tych, kiedy zaczęto stosować transfuzje krwi i produktów krwiopochodnych na szeroką skalę [3]. W momencie, gdy pojawiła się możliwość monitorowania występowania wirusa typu C należy założyć, że był on już dość szeroko rozpowszechniony w populacji.

Jest to o tyle istotne, że z powodu bezobjawowego przebiegu lub występowania jedynie nietypowych objawów, diagnostyka często jest opóźniona. Ma to swoje konsekwencje kliniczne, ale jest również kluczową trudnością jeśli chodzi o monitorowanie występowania zakażeń tym wirusem. W przypadku, gdy w populacji nagromadzi się istotna liczba nierozpoznanych zakażeń, wzrost liczby rozpoznań może być interpretowany albo jako zwiększająca się liczba nowych zakażeń (przy tym samym poziomie testowania) albo jako zwiększenie dostępności diagnostyki. A więc jako tendencja niekorzystna lub jako sukces prowadzonych działań.

Sytuacja taka ma miejsce w Polsce, gdzie szacuje się, że w latach 2013-2015 około 78% osób zakażonych w populacji nie jest tego świadoma [4]. Zwiększenie liczby wykonywanych badań może więc nieść za sobą wzrost liczby rozpoznań. W Polsce nieliczne prace odnoszą się do liczby wykonanych badań i częstości

wykrywania zakażeń wśród badanych. Jednakże w dostępnych opracowaniach, w ostatnich latach notuje się albo spadek częstości wykrywania HCV wśród badanych albo stabilną tendencję, co może wskazywać na brak zwiększania się liczby nierozpoznanych zakażeń w populacji [5,6].

Podobnie - porównania pomiędzy regionami, a zwłaszcza porównania pomiędzy krajami na podstawie rozpoznanych przypadków - nie w pełni oddają rzeczywiste różnice w sytuacji epidemiologicznej. Porównując dwa wskaźniki: nowych rozpoznaj i rozpowszechnienie HCV w populacji, na poziomie europejskim otrzymuje się zupełnie odmienny obraz sytuacji - rozpowszechnienie HCV jest najwyższe na południu Europy, podczas gdy wskaźnik nowych rozpoznaj - na północy [7,8].

Mając na uwadze te ograniczenia należy podkreślić, że rutynowa zgłaszalność nowo-rozpoznanych przypadków jest tylko jednym ze źródeł danych niezbędnych do monitorowania sytuacji epidemiologicznej WZW C. Według ramowych wytycznych WHO zgłaszanie nowych rozpoznaj stanowi jedno z sześciu podstawowych źródeł danych, wraz z badaniami rozpowszechnienia, rejestracją zachorowań na raka wątrobowokomórkowego oraz marskość wątroby, medycznymi danymi statystycznymi (np. liczba wykonanych testów diagnostycznych w kierunku HCV, liczba igieł i strzykawek rozdanych użytkownikom narkotyków), szczegółowymi badaniami w zakresie bezpieczeństwa procedur i modelowaniem matematycznym [9].

W rezultacie, sformułowane poniżej cele prowadzenia nadzoru epidemiologicznego, oprócz zgłaszania nowych rozpoznaj HCV często odnoszą się do dodatkowych danych. Wśród celów nadzoru należy wymienić:

- A. identyfikację ognisk epidemicznych HCV na podstawie poszerzonego dochodzenia epidemiologicznego w przypadku zachorowań ostrych;
- B. określenie grup społeczno-demograficznych szczególnie narażonych oraz dróg przenoszenia zakażenia poprzez monitorowanie trendów nowych rozpoznaj, a zwłaszcza zachorowań ostrych z uwzględnieniem możliwych narażeń;
- C. określenie skuteczności strategii diagnostycznych według cech demograficznych (wiek, płeć, województwo) poprzez monitorowanie trendów nowych rozpoznaj, w odniesieniu do innych źródeł danych;
- D. określenie skali obciążenia chorobą i planowanie zasobów koniecznych do spełnienia potrzeb w zakresie leczenia na podstawie trendów liczby nowych rozpoznaj, optymalnie w odniesieniu do innych źródeł danych.

## 5.1. Ewolucja systemu nadzoru epidemiologicznego nad wirusowym zapaleniem wątroby typu C (WZW C) w Polsce

WZW C jest rejestrowane w systemie nadzoru epidemiologicznego w Polsce od początku jego wykrywania. Nadzór nad tą jednostką chorobową podlegał jednakże licznym przekształceniom, które mogą prowadzić do istotnych trudności interpretacyjnych. W tabeli 5.1. przedstawiono główne aspekty adaptacji systemu nadzoru nad WZW C, wraz z okresem czasu wprowadzania kolejnych zmian.

Należy zwrócić uwagę na wdrożenie obowiązku zgłaszania dodatnich wyników badań przez kierowników laboratoriów. Obowiązek ten istniał przejściowo w latach 2006-2007, a następnie został zawieszony, aż do 2014 r. Wprowadzenie obowiązku zgłaszania przez laboratoria zwykle prowadzi do poprawy zgłaszalności („uszczelnienie systemu”) i wzrostu liczby rejestrowanych przypadków.

Zmiany, które miały istotny wpływ na obserwowane trendy, to również kolejne modyfikacje definicji zachorowania do celów nadzoru epidemiologicznego. Początkowo, do 1997 r. WZW C nie było rejestrowane oddzielnie. Następnie zgłoszeniom podlegały wszystkie rozpoznawane zakażenia HCV oraz zachorowania na WZW C, z tym, że na podstawie zgłoszeń lekarskich rozróżniano „nosicieli” oraz „zachorowania”. Centralnie wykazywane były tylko zgłoszenia „zachorowań”, nawet jeśli „nosicielstwo” było zarejestrowane dużo wcześniej. Pierwsza definicja została w Polsce wdrożona po wejściu do Unii Europejskiej (UE) i obowiązywała od 2005 r. Kolejne zmiany i modyfikacje dotyczyły najczęściej implementacji zmian w ustawodawstwie europejskim, tj. dyrektywach zmieniających definicje chorób (Tab. 5.1.). Poniżej podano treść poszczególnych definicji [10]:

- Def. WZW C UE 2005 (Decyzja Komisji z dnia 19 marca 2002 r. ustanawiająca definicje przypadku w celu zgłaszania chorób zakaźnych do sieci wspólnotowej na podstawie decyzji 2119/98/WE Parlamentu Europejskiego i Rady. Dostęp: <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/ALL/?uri=CELEX:32002D0253>):

Opis kliniczny: W przypadkach objawowych, obraz kliniczny odpowiadający zapaleniu wątroby, np. ostre pojawienie się objawów i żółtaczkę lub wzrost aktywności transaminaz.

Laboratoryjne kryteria rozpoznania: wykrycie przeciwciał swoistych dla HCV (wirusa zapalenia wątroby typu C) lub wykrycie kwasu nukleinowego HCV w materiale klinicznym.

**Tabela 5.1.**

Zmiany w nadzorze epidemiologicznym nad wirusowym zapaleniem wątroby typu C w Polsce w latach 2005-2016

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
<b>Zgłaszanie przypadków do stacji sanitarno-epidemiologicznych</b>												
WZW C (objawowe lub zakażenie wirusem typu C)	Tak	Tak	Tak	Tak	Tak	Tak	Tak	Tak	Tak	Tak	Tak	Tak
Zgon z powodu WZW C	Tak	Tak	Tak	Tak	Tak	Tak	Tak	Tak	Tak	Tak	Tak	Tak
<b>Przypadki wykazywane w rutynowym raportowaniu (np. MZ-56)</b>												
WZW C (objawowe)	Tak	Tak	Tak	Tak	Tak	Tak	Tak	Tak	Tak	Tak	Nie <sup>4</sup>	Nie <sup>4</sup>
Nowo wykryte zakażenia wirusem typu C	Nie	Tak	Tak	Tak	Tak	Tak	Tak	Tak	Tak	Tak	Tak	Tak
Zgon z powodu WZW C	Tak	Tak	Tak	Tak	Tak	Tak	Tak	Tak	Tak	Tak	Tak	Tak
<b>Podmioty zobowiązane do zgłaszania</b>												
lekarz lub felczer rozpoznający/podejrzewający WZW C	Tak	Tak	Tak	Tak	Tak	Tak	Tak	Tak	Tak	Tak	Tak	Tak
lekarz lub felczer rozpoznający/podejrzewający zgon z powodu WZW C	Tak	Tak	Tak	Tak	Tak	Tak	Tak	Tak	Tak	Tak	Tak	Tak
kierownik laboratorium stwierdzającego zakażenie WZW C	Nie <sup>1</sup>	Tak <sup>1</sup>	Tak	Nie <sup>2</sup>	Nie	Nie	Nie	Nie	Nie	Tak <sup>5</sup>	Tak	Tak
<b>Definicje przypadku stosowane w nadzorze epidemiologicznym</b>												
Definicja WZW C UE 2005 (tylko zachorowania objawowe)	Tak	Tak	Tak	Tak	Tak	Tak	Tak	Tak	Tak	Tak	Nie	Nie
Definicja nowo wykrytego zakażenia HCV <sup>3</sup>	Nie	Nie	Nie	Tak	Nie	Nie	Nie	Nie	Nie	Nie	Nie	Nie
Definicja WZW C UE 2008 (laboratoryjna)	Nie	Nie	Nie	Nie	Tak	Tak	Tak	Tak	Tak	Nie	Nie	Nie
Definicja WZW C UE 2012 (laboratoryjna)	Nie	Nie	Nie	Nie	Nie	Nie	Nie	Nie	Nie	Tak	Tak	Tak
<b>Elektroniczny system rejestracji wywiadów</b>												
Aplikacja NADZÓR	Nie	Nie	Nie	Nie	Nie	Nie	Nie	Nie	Nie	Nie	Nie	Tak

<sup>1</sup> Rozporządzenie Ministra Zdrowia Dz.U.2005 nr 186 poz.1563 z dnia 8 września 2005;

<sup>2</sup> Rozporządzenie Ministra Zdrowia Dz.U.2007 nr 203 poz.1467 z dnia 17 października 2007;

<sup>3</sup> Po raz pierwszy zgłaszane do Państwowej Inspekcji Sanitarnej;

<sup>4</sup> Przypadki objawowe nie są rejestrowane odrębnie, ale informacja o wystąpieniu objawów jest odnotowywana dla nowo wykrywanych zakażeń;

<sup>5</sup> Rozporządzenie Ministra Zdrowia Dz.U.2014 poz. 459 z dnia 25 marca 2014, obowiązek zgłaszania przez kierowników laboratoriów został przywrócony od kwietnia 2014.



Klasyfikacja przypadków: a) możliwy: nie dotyczy; b) prawdopodobny: nie dotyczy; c) potwierdzony: przypadek objawowy potwierdzony laboratoryjnie.

Przyjmowana interpretacja: dla zapewnienia porównywalności danych z wcześniej rejestrowanymi „zachorowaniami”, za przypadek objawowy uznano wystąpienie dowolnych objawów klinicznych powiązanych przez lekarza z WZW C lub wykrycie podwyższonego poziomu transaminaz u osoby, u której stwierdzono obecność przeciwciał anty-HCV dowolnym testem lub potwierdzono obecność HCV-RNA. Należy podkreślić, że w związku z przyjętą definicją, u części rejestrowanych przypadków mogło brakować ostatecznego potwierdzenia zakażenia HCV. Część przypadków rejestrowanych w danym roku dotyczyła też osób, u których zakażenie HCV stwierdzono wcześniej, ale objawy wystąpiły dopiero w momencie bezpośrednio poprzedzającym zgłoszenie.

- Def. Zakażenie HCV PL 2008 (Definicje przypadków chorób zakaźnych na potrzeby nadzoru epidemiologicznego, stosowane w 2008 r. Dostępne na stronie NIZP-PZH: [http://wwwold.pzh.gov.pl/oldpage/epimeld/index\\_p.html](http://wwwold.pzh.gov.pl/oldpage/epimeld/index_p.html)):

Opis kliniczny: Brak objawów lub obraz kliniczny odpowiadający zapaleniu wątroby.

Laboratoryjne kryteria rozpoznania: a) wykrycie przeciwciał swoistych dla HCV (wirusa zapalenia wątroby typu C) metodą immunoenzymatyczną potwierdzone testem RIBA (lub innym testem wykorzystującym metodę immunoblot) LUB dodatni wynik testu RIBA (lub innego testu wykorzystującego metodę immunoblot); b) wykrycie kwasu nukleinowego HCV w materiale klinicznym.

**DLA PRZYPADKU PRAWDOPODOBNEGO:** a) wykrycie przeciwciał swoistych dla HCV metodą immunoenzymatyczną (np. EIA, ELISA, CIA, MEIA, CMIA) ORAZ nie wykluczenie ich obecności metodą immunoblot.

Klasyfikacja przypadków: a) możliwy: nie dotyczy; b) prawdopodobny: spełnione kryterium laboratoryjne dla przypadku prawdopodobnego; c) przypadek potwierdzony laboratoryjnie.

Przyjmowana interpretacja: Na poziom centralny wykazywane były zgłoszone po raz pierwszy nowo wykryte zakażenia (rozpoznanie postawione od 2008 r.). Z uwagi na odstęp czasowy pomiędzy pierwszym badaniem przesiewowym a badaniem potwierdzającym - wykonywanym dopiero w opiece specjalistycznej - rejestrowano również przypadki, w których potwierdzenie nastąpiło w roku 2008 lub później.

- Def. WZW C UE 2008 (Decyzja Komisji z dnia 28 kwietnia 2008 r. zmieniająca decyzję 2002/253/WE w sprawie ustanowienia definicji przypadku w celu zgłaszania chorób zakaźnych do sieci wspólnotowej na podstawie decyzji nr 2119/98/WE Parlamentu Europejskiego i Rady (2008/426/WE). Dostęp: [http://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?qid=1488811759629&uri=CELEX:32008D042\\_6](http://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?qid=1488811759629&uri=CELEX:32008D042_6)

Kryteria kliniczne: nie dotyczy.

Kryteria laboratoryjne: a) wykrycie kwasu nukleinowego wirusa zapalenia wątroby typu C w surowicy krwi; b) wykazanie obecności swoistych przeciwciał przeciw wirusowi zapalenia wątroby typu C potwierdzone innym testem w kierunku obecności przeciwciał.

Kryteria epidemiologiczne: nie dotyczy.

Klasyfikacja przypadku: a) możliwy: nie dotyczy; b) prawdopodobny: nie dotyczy; c) potwierdzony: każda osoba spełniająca kryteria laboratoryjne.

Przyjęta interpretacja: Na poziom centralny wykazywane były wszystkie nowo wykryte zakażenia. W związku z brakiem kryterium klinicznego zgłoszeniem wystarczającym do wykazania przypadku było zgłoszenie laboratoryjne, o ile dotyczyło ono wyniku badania ujętego w definicji.

- Def. WZW C UE 2012 (Decyzja wykonawcza Komisji z dnia 8 sierpnia 2012 r. zmieniająca decyzję 2002/253/WE ustanawiającą definicje przypadku w celu zgłaszania chorób zakaźnych do sieci wspólnotowej na podstawie decyzji nr 2119/98/WE Parlamentu Europejskiego i Rady (2012/506/UE). Dostęp: [http://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?qid=1488543298281&uri=CELEX:32012D050\\_6](http://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?qid=1488543298281&uri=CELEX:32012D050_6)

Kryteria kliniczne: nie dotyczy

Kryteria laboratoryjne: a) wykrycie kwasu nukleinowego wirusa zapalenia wątroby typu C w surowicy krwi (HCV-RNA); b) wykrycie antygeny rdzeniowego wirusa zapalenia wątroby typu C (HCV-core); c) wykazanie obecności swoistych przeciwciał przeciw wirusowi zapalenia wątroby typu C (anty-HCV) potwierdzone innym testem w kierunku obecności przeciwciał (np. immunoblot) u osób starszych niż 18 miesięcy, bez dowodu zwalczenia zakażenia.

Kryteria epidemiologiczne: nie dotyczy.

Klasyfikacja przypadku: a) możliwy: nie dotyczy; b) prawdopodobny: nie dotyczy; c) potwierdzony: każda osoba spełniająca kryteria laboratoryjne.

Przyjęta interpretacja: Nie wykazuje się przypadków przebytego, wyeliminowanego zakażenia, rozpoznanych na podstawie dodatniego wyniku badania

w kierunku przeciwciał anti-HCV i negatywnego wyniku badania w kierunku HCV-RNA lub negatywnego badania w kierunku antygeny rdzeniowego HCV.

W okresie 2009-2014 zgłoszenia WZW C były wykazywane według dwóch definicji - definicji UE 2005 i definicji UE 2008. Ten przejściowy etap został wprowadzony w celu utrzymania możliwości analizy trendów w czasie. Pomimo początkowych trudności z klasyfikacją przypadków według nowej definicji, analiza przeprowadzona w 2011 r. wykazała, że Powiatowe Stacje Sanitarно-Epidemiologiczne (PSSE) prawidłowo sklasyfikowały 96,7% zgłoszonych przypadków jako spełniające lub nie spełniające definicji UE 2008 [11]. Wprowadzona w 2012 r. modyfikacja definicji z 2008 r. wyszła naprzeciw opracowaniu i coraz częstszemu stosowaniu testów komercyjnych w kierunku antygeny rdzeniowego HCV [12]. Z uwagi na brak stosowania w praktyce klinicznej w Polsce tych testów (zwłaszcza przed 2014 r.) należy uznać, że zmiana definicji z UE 2008 na UE 2012 w 2014 r. nie miała w Polsce wpływu na obserwowane trendy wykrywanych zakażeń.

Przyjęte przez Europejską sieć nadzoru nad WZW C zasady zakładają również zróżnicowanie przypadków jako ostrych, przewlekłych lub o nieznanym czasie trwania według następujących zasad [8]:

- przypadek ostry: wykazanie serokonwersji HCV (negatywny wynik testy w kierunku HCV do 12 miesięcy przed wynikiem dodatnim) LUB wykrycie HCV-RNA lub antygeny rdzeniowego HCV w próbce, w której nie wykryto przeciwciał anti-HCV;
- przypadek przewlekły: wykrycie HCV-RNA lub antygeny rdzeniowego HCV w dwóch próbkach od pacjenta w odstępie 12 miesięcy (jeśli przypadek został zgłoszony dopiero przy drugim wyniku);
- przypadek o nieokreślonym czasie trwania: każdy nowo rozpoznany przypadek, którego nie można sklasyfikować jako ostry lub przewlekły.

Definicja ta z punktu widzenia praktycznego zastosowania w Polsce jest niestety mało przydatna. Z uwagi na rzadkie wykonywanie badań w kierunku HCV w populacji polskiej, niezwykle rzadko można uchwycić moment serokonwersji. Rzadko również pozyskiwane są informacje dotyczące powtórnych badań. Z drugiej jednak strony, informacja o zachorowaniach ostrych jest cenna z punktu widzenia zarówno wdrożenia dochodzenia epidemiologicznego, jak również śledzenia bieżących dróg przenoszenia zakażenia. Stąd też na potrzeby nadzoru epidemiologicznego w Polsce przyjęto następującą, poszerzoną i mniej swoistą definicję [13]:

przypadek zgłoszony przez lekarza jako ostre WZW C, który:

- spełnia kryteria europejskie;

LUB

- objawowy przypadek WZW C, w którym wystąpiła żółtaczka lub podwyższona aktywność transaminaz (> 350 IU/ml lub ALT>10N).

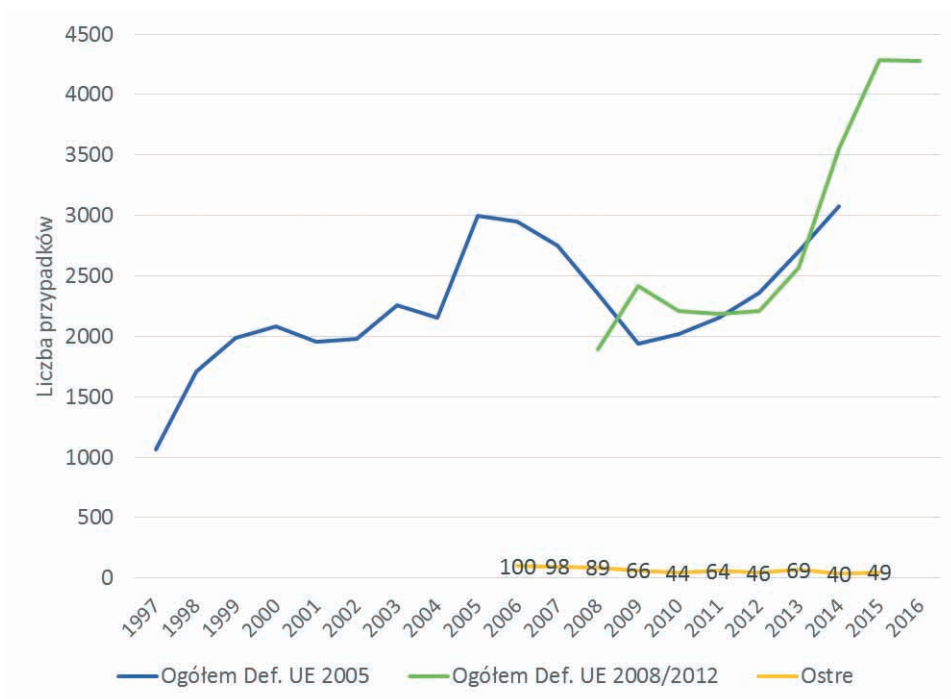
Z punktu widzenia celów nadzoru epidemiologicznego, istotne jest nie tylko rozpoznanie ostrego i przewlekłego WZW C, ale także wyodrębnienie przypadków przewlekłych rozpoznanych późno, u których doszło już do znacznego uszkodzenia wątroby. Brak elektronicznego systemu przekazywania danych spowodował, że pomimo zbierania danych indywidualnych przez Państwową Inspekcję Sanitarną (PIS) na poziomie powiatu, baza danych na poziomie krajowym zawierała jedynie podstawowe informacje, co istotnie ograniczało możliwości szczegółowej analizy sytuacji epidemiologicznej. W 2016 r. wprowadzono w nadzorze elektroniczną aplikację, umożliwiającą wprowadzanie danych zebranych w ramach wywiadów epidemiologicznych bezpośrednio do centralnej bazy danych (Tab. 5.1.). Umożliwi to podjęcie w przyszłości szczegółowych analiz dotyczących stanu klinicznego przy rozpoznaniu, w tym m. in. kwalifikacji przypadków jako późnych rozpoznań. Dodatkowo, tworzona baza posłuży do analiz epidemiologicznych dotyczących prawdopodobnych dróg przenoszenia zakażeń. Informacja pozyskiwana podczas wywiadu obejmuje bowiem pytania dotyczące możliwych ekspozycji - podczas zabiegów medycznych jak i niemedyzycznych, a także przyjmowania substancji odurzających we wstrzyknięciach. Monitorowanie tej ostatniej grupy ma szczególne znaczenie w związku z wyjątkowo wysokim rozpowszechnieniem zakażeń HCV, a także doświadczeniami krajów Europy Zachodniej, gdzie do większości zakażeń HCV dochodzi właśnie w tej grupie [8].

## 5.2. Dodatkowe źródła danych

W poniższym zestawieniu wykorzystano dane z rutynowego nadzoru epidemiologicznego nad WZW C, zwracając szczególną uwagę na trendy wykrywania WZW C w ostatnich latach, przy zastosowaniu definicji UE 2008 zmodyfikowanej w 2012 r. Dodatkowo posłużono się wynikami dwóch badań przekrojowych w populacji ogólnej: wykonanego w latach 2010/11 (grant NCN nr N N404 191636, kierownik prof. Kazimierz Madaliński) [14] oraz w latach 2013/14 (grant SPPW, nr KIK-35, kierownik modułu dr hab. Magdalena Rosińska) [15]. Wykorzystano oszacowania rozpowszechnienia zakażenia HCV (potwierdzone obecnością HCV-RNA) według płci, wieku i miejsca zamieszkania (miasto-wieś).

## 5.3. Występowanie WZW C w Polsce - trendy i charakterystyka demograficzna

Dane dotyczące występowania WZW C w Polsce wykazują dość stabilną tendencję wzrostową, niezależnie od zastosowanej definicji (Ryc. 5.1.).



### Rycina 5.1.

Liczba nowo rozpoznanych przypadków WZW C w Polsce, w latach 1997-2016, w zależności od definicji (UE 2005, UE 2008/12, zachorowania ostre)

Zwracają uwagę wzrosty liczby rozpoznań ponad poziom, którego można byłoby oczekiwać na podstawie ogólnego trendu, w latach 2005-2007 i następnie od 2014 r. Nie jest to do końca wyjaśnione zjawisko, ale zbiega się ono w czasie z wprowadzeniem obowiązku zgłoszeń dodatnich wyników badań przez kierowników laboratoriów. Wzrosty te można więc zinterpretować w kategoriach poprawy zgłaszalności.

Ogólny trend wzrostowy, biorąc pod uwagę niezależnie uzyskane wyniki dotyczące częstości wykrywania zakażeń wśród testowanych [5,6], wskazują raczej na wzrost rozpoznawalności niż zwiększoną transmisję wirusa. Niestety, wzrost rozpoznawalności dotyczy głównie przypadków objawowych, a więc najprawdopodobniej późnych rozpoznań, a podobne trendy wykazuje umieralność z powodu WZW C [16].

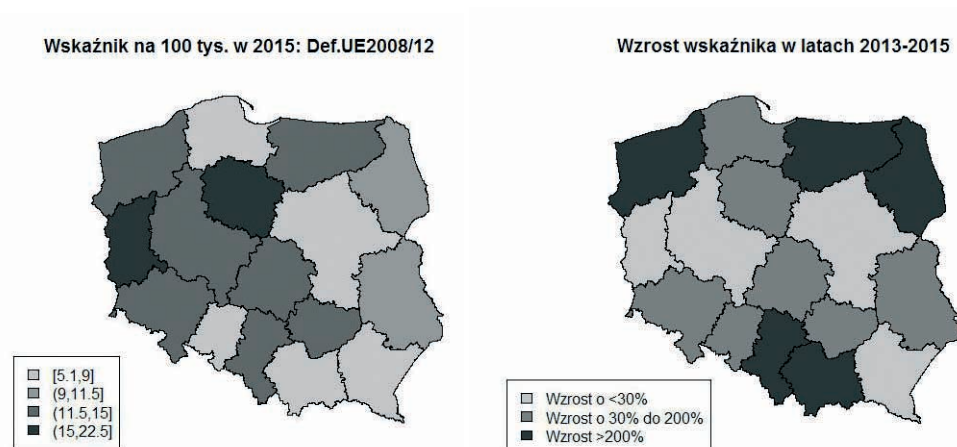
Z kolei jedynie kilkadziesiąt (do 100 przypadków rocznie) jest zgłaszanych jako zachorowania ostre i spełnia kryteria definicji przypadku ostrego stosowanego w Polsce (głównie kryterium ostrego wystąpienia objawów klinicznych). Biorąc pod uwagę, że objawy ostrego WZW występują u około 10-15% zakażonych, można domniemywać, że roczna liczba nowych zakażeń w Polsce oscyluje

wokół 1000. W tej sytuacji można stwierdzić, że wykrywa się większą liczbę zakażeń niż liczba nowych transmisji, więc pula osób z nierozpoznanym zakażeniem ulega zmniejszeniu. Z kolei w związku z tym, że osoby u których rozpoznano zakażenie podlegają obecnie skutecznemu leczeniu, w perspektywie kilku lat, można się spodziewać niewielkiego spadku rozpowszechnienia HCV w Polsce.

Zwraca uwagę duże zróżnicowanie geograficzne, jeśli chodzi o liczbę nowo rozpoznawanych zakażeń w przeliczeniu na 100 tys. mieszkańców (Ryc. 5.2.).

Ogólnie rozpoznawalność w 2015 r. była wyższa w województwach zachodniej Polski, niż na wschodzie i południu kraju. Różnica wskaźnika nowych rozpoznań na 100 tys. mieszkańców pomiędzy województwem o najniższym wskaźniku (Małopolskie; 5,1) a województwem o najwyższym wskaźniku (Kujawsko-Pomorskie; 22,5) była ponad czterokrotna. Na różnice te mogą składać się trzy elementy: różnice w częstości występowania HCV w populacji poszczególnych województw, różnice w dostępności testowania oraz różnice w funkcjonowaniu nadzoru epidemiologicznego. Duże znaczenie wydaje się mieć zróżnicowanie dostępności i wykonywania badań w kierunku HCV. Zwraca również uwagę, że w niektórych województwach wskaźnik nowych rozpoznań w latach 2013-2015 wzrósł ponad trzykrotnie (Ryc. 5.2.), przy czym liczba zachorowań na ostre WZW C pozostała bez zmian. Można więc stwierdzić, że wzrost ten głównie odpowiada poprawie rozpoznawalności przewlekłego WZW C.

Wskaźnik nowo rozpoznanych zakażeń w latach 2013-2015 był o 60% wyższy niż w latach 2010-2012. Porównując tendencję tego wskaźnika według płci i wieku stosunkowo istotniejszy wzrost wystąpił w starszych grupach wieku oraz



### Rycina 5.2.

Wskaźnik nowo rozpoznawanych zakażeń HCV (wg. Def. UE 2008/12) w 2015 r. oraz trend tego wskaźnika w latach 2013-2015, w województwach

wśród kobiet (Tab. 5.2.). Szczególnie wysoki wzrost rozpoznawania wystąpił wśród kobiet powyżej 55 r.ż. - o 120% w grupie wieku 55-74 lat i o 210% w grupie wieku powyżej 75 r.ż. W tej ostatniej grupie jednak - we wcześniejszych latach - wskaźnik znajdował się na zdecydowanie najniższym poziomie w porównaniu z pozostałymi grupami wieku. W młodszych grupach wiekowych relatywnie większy wzrost (o 80%) wystąpił wśród kobiet w wieku 25-34 lata. Jest to również jedyna grupa, w której odnotowano istotnie więcej nowych rozpoznań zakażeń (Def. UE 12) niż przypadków objawowych (Def. UE 05) [16]. Może to wynikać z wprowadzenia w 2012 r. programu badań przesiewowych kobiet ciężarnych [17]. Według danych Narodowego Funduszu Zdrowia zakres wykonywania tych badań jest nie zadowalający. W ramach NFZ badanych jest kilkanaście procent grupy docelowej [18]. Mimo to, obok badań kandydatów na dawców krwi, jest to w chwili obecnej jedyny szerzej zakrojony program badań przesiewowych w kierunku HCV w naszym kraju.

**Tabela 5.2.**

Średni roczny wskaźnik nowo rozpoznawanych zakażeń na 100 tys. mieszkańców, w latach 2010-2012 i 2013-2015 (Def. UE 2008/12)

	Wskaźnik nowo rozpoznanych zakażeń na 100 000		Relatywna zmiana wskaźnika
	2010-2012	2013-2015	
<b>Mężczyźni w wieku:</b>			
15-24	7,3	5,2	-30%
25-34	8,6	11,9	+40%
35-54	8	13	+60%
55-75	6,8	11,3	+70%
75+	4,3	6,9	+60%
<b>Kobiety w wieku:</b>			
15-24	5,6	6,4	+10%
25-34	6,9	12,4	+80%
35-54	7,1	10,1	+40%
55-75	6,1	13,3	+120%
75+	1,8	5,5	+310%
<b>Miejsce zamieszkania:</b>			
Miasto	7	11	+60%
Wieś	1,6	6,1	+280%
<b>Ogółem</b>	<b>5,8</b>	<b>9,1</b>	<b>+60%</b>

## 5.4. Wykrywalność WZW C - nowe rozpoznania a rozpowszechnienie w populacji

Rozpatrując wskaźnik nowo rozpoznanych zakażeń w aspekcie wykrywalności, informację o nowych rozpoznaniach można odnieść do rozpowszechnienia w populacji. Oszacowanie rozpowszechnienia HCV w populacji Polski - według cech demograficznych - było dostępne w następujących okresach czasu 2010/11 [14] i 2013/14 [15]. Szacunkowa liczba zakażonych w populacji była zbliżona w obu okresach - nieco wyższa w 2010/11 (0,6%) niż w 2013/14 (0,5%). Odpowiada to w przybliżeniu 185 tys. i 165 tys. zakażeniami osób dorosłych w skali kraju, choć różnica znajduje się na granicy błędów oszacowań. Odnosząc liczby rozpoznania do liczby zakażeń w populacji, uwidacznia się wyraźna poprawa wykrywalności. W latach 2010-2011 rozpoznawano rocznie 9,2 nowe zakażenia na 1000 zakażeń w populacji, podczas gdy w latach 2013-2014 - 19,4 (Ryc. 5.3.).



**Rycina 5.3.**

Roczna liczba rozpoznania na 1000 osób zakażonych w populacji w Polsce w latach 2010-2011 i 2013-2014, według cech demograficznych

Szczególnie zwraca uwagę poprawa wskaźnika wśród kobiet - od 7,7 na 1000 zakażonych w populacji w latach 2010-2011 do 23,5 w latach 2013-2014. Jeśli chodzi o rozkład wiekowy to wzrost najsilniej uwidocznił się w grupie wieku



45-64 - od 11,3 do 29,5. Wzrost wykrywalności był większy na terenach wiejskich (ponad 3-krotny), niż miejskich (o 85%). Wykrywalność na terenach wiejskich pozostaje jednak na znacznie niższym poziomie niż na terenach miejskich, odpowiednio 16,5 i 23,4 na 1000 zakażeń w populacji. Wskazuje to na potrzebę szczególnego uwzględnienia tych obszarów podczas planowania badań przesiewowych w kierunku HCV. W latach 2013-2014 możliwe było, dodatkowo, obliczenie wskaźnika nowych rozpoznań w odniesieniu do nierozpoznanych wcześniej zakażeń w populacji - wyniósł on 25 na 1000 [4]. Pomimo poprawy należy stwierdzić, że wskaźniki wykrywalności pozostają nadal na bardzo niskim poziomie. Brak poprawy możliwości diagnostycznych i dostępu do leczenia może prowadzić do zwiększających się kosztów społecznych późnych następstw zakażenia w kolejnych latach [19].

## Podsumowanie

Z uwagi na przebieg kliniczny choroby, liczba rozpoznań uzależniona jest od liczby wykonywanych testów. Stąd też, dane dotyczące zakażeń wykrytych w roku, należy rozpatrywać w kontekście liczby wykonywanych badań oraz liczby osób zakażonych w populacji.

W ostatnich latach uwidocznił się trend wzrostowy liczby nowo rozpoznanych zakażeń, który przy braku istotnych zmian rozpowszechnienia HCV może wskazywać na poprawę rozpoznawalności. Należy jednak podkreślić, że nawet w latach 2013-2014 liczba nowych rozpoznań osiągnęła jedynie poziom 19,4 rozpoznania rocznie na 1000 zakażeń w populacji (25 na 1000 nierozpoznanych zakażeń w populacji).

Poprawa wykrywalności uwidoczniła się zwłaszcza wśród kobiet, głównie w starszych grupach wieku, ale też wśród kobiet w wieku rozrodczym. Zwiększona rozpoznawalność w grupie młodszych kobiet może wiązać się z wdrożeniem w 2012 r. standardu opieki okołoporodowej, który obejmuje również badanie w kierunku HCV.

Wskaźnik nowo wykrywanych zakażeń wykazuje duże zróżnicowanie terytorialne, z dużym prawdopodobieństwem związane z dostępnością diagnostyki. Wykrywalność jest również niższa na terenach wiejskich (16,5 na 1000 zakażonych w populacji) niż miejskich (23,4 na 1000 zakażonych w populacji). Wskazuje to na nierówności w zdrowiu, które powinny zostać wzięte pod uwagę przy planowaniu programów profilaktycznych, w szczególności dotyczących usprawnienia diagnostyki w kierunku HCV.

W najbliższej perspektywie możliwe będzie uzyskanie istotnych informacji dotyczących nowych rozpoznań WZW C w Polsce. Dotyczy to w szczególności:

- a. możliwości określenia okoliczności wykrycia zakażenia, co pozwoli zweryfikować skuteczność działań mających na celu poprawę diagnostyki WZW C w Polsce;
- b. przynależności do grup szczególnego ryzyka, m.in. użytkowników narkotyków;
- c. stanu klinicznego przy rozpoznaniu, co pozwoli monitorować późne rozpoznania, a także uściśli oszacowania kosztów zakażenia.

## PODZIĘKOWANIA

Praca została wykonana w ramach zadania nr 6/EM.1/2017 Statutowych Badań Naukowych NIZP-PZH.

## PIŚMIENNICTWO

1. Choo QL, Kuo G, Weiner AJ et al. (1989) Isolation of a cDNA clone derived from a blood-borne non-A, non-B viral hepatitis genome. *Science* 244:359-362.
2. Feinstone SM, Kapikian AZ, Purcell RH, Alter HJ, Holland PV. (1975) Transfusion-associated hepatitis not due to viral hepatitis type A or B. *N Engl J Med* 292:767-70.
3. Magiorkinis G, Magiorkinis E, Paraskevis D et al. (2009) The global spread of hepatitis C virus 1a and 1b: a phylodynamic and phylogeographic analysis. *PLoS Med.* 6: e1000198.
4. Rosinska M, Parda N, Stępień M, Zakrzewska K. (2017) Potrzeby i proponowane metody poszerzenia diagnostyki w kierunku HCV w populacji ogólnej. W „Zapobiegania zakażeniom HCV jako przykład zintegrowanych działań w zdrowiu publicznym na przeczn ograniczenia zakażeń krwiopochodnych, red. Wysocki M, Zieliński A, Gierczyński R. NIZP-PZH, Warszawa.
5. Walewska-Zielecka B, Religioni U, Juszczak G, Wawrzyniak ZM, Czerw A et al. (2017) Anti-hepatitis C virus seroprevalence in the working age population in Poland, 2004 to 2014. *Euro Surveill.* 22:pil=30441. DOI: <http://dx.doi.org/10.2807/1560-7917.ES.2017.22.2.30441>.
6. Grabarczyk P, Kopacz A, Sulkowska E, Kubicka-Russel D, Mikulska M et al. (2015) Blood donors screening for blood born viruses in Poland. *Przegl Epidemiol.* 69:473-7, 591-5.
7. Hahné SJ, Veldhuijzen IK, Wiessing L, Lim TA, Salminen M, et al. (2013) Infection with hepatitis B and C virus in Europe: a systematic review of prevalence and cost-effectiveness of screening. *BMC Infect Dis.* 13:181. doi: 10.1186/1471-2334-13-181.
8. European Centre for Disease Prevention and Control. (2016) Annual Epidemiological Report 2016 - Hepatitis C. [Internet]. Stockholm: ECDC; 2016. Dostępne nad stronie: [http://ecdc.europa.eu/en/healthtopics/hepatitis\\_C/Pages/Annual-Epidemiological-Report.aspx#sthash.wAFex14H.dpuf](http://ecdc.europa.eu/en/healthtopics/hepatitis_C/Pages/Annual-Epidemiological-Report.aspx#sthash.wAFex14H.dpuf).

9. WHO. (2016) Monitoring and evaluation for viral hepatitis B and C: recommended indicators and framework. World Health Organization 2016. Dostępne na stronie: <http://www.who.int/hepatitis/publications/hep-b-c-monitoring-evaluation/en/>.
10. Zakład Epidemiologii NIZP-PZH, Pracownia Monitorowania i Analizy Sytuacji Epidemiologicznej. Definicje przypadków chorób zakaźnych na potrzeby nadzoru epidemiologicznego. Dostępne na stronie [http://wwwold.pzh.gov.pl/oldpage/epimeld/index\\_p.html](http://wwwold.pzh.gov.pl/oldpage/epimeld/index_p.html).
11. Tomialoic R, Stępień M, Parda N, Rosinska M. (2013) Hepatitis C surveillance evaluation in Poland in 2011: case classification accuracy. ESCAIDE 2013 Abstract Book pg. 113.
12. Tillmann, H. L. (2014) Hepatitis C virus core antigen testing: Role in diagnosis, disease monitoring and treatment. World Journal of Gastroenterology? 20: 6701-6706. <http://doi.org/10.3748/wjg.v20.i22.6701>.
13. Stępień M, Rosińska M. (2015) Hepatitis C outbreaks in Poland in 2003-2013. Medical procedures as a dominant route of HCV transmission. Przegl Epidemiol, 69:465-472.
14. Godzik P, Kotakowska A, Madaliński K, Stępień M, Zieliński A, et al. (2012) Rozpowszechnienie przeciwciał ant y-HCV wśród osób dorosłych w Polsce - wyniki badania przekrojowego w populacji ogólnej. Przegl Epidemiol. 66: 575-80.
15. Parda N, Stępień M, Zakrzewska K, Madaliński K, Kotakowska A, et al. (2016) What affects response rates in primary healthcare-based programmes? An analysis of individual and unit-related factors associated with increased odds of non-response based on HCV screening in the general population in Poland. BMJ Open 6:e013359. doi: 10.1136/bmjopen-2016-013359.
16. Rosińska M, Parda N, Stępień M. (2016) Hepatitis C in Poland in 2014. Przegl Epidemiol. 70: 386-394.
17. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 września 2012 r. w sprawie standardów postępowania oraz procedur medycznych przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, połogu oraz opieki nad noworodkiem z późniejszymi zmianami. (Dz.U. 2012 r. poz. 1100 i Dz.U. 2015 r. poz. 1514).
18. Madaliński K, Zakrzewska K, Godzik P, Kotakowska A. (2017) Badanie kobiet w ciąży w kierunku zakażeń HCV jako istotny element opieki nad matką i dzieckiem. W „Zapobiegania zakażeniom HCV jako przykład zintegrowanych działań w zdrowiu publicznym na przeciw ograniczenia zakażeń krwiopochodnych, red. Wysocki M, Zieliński A, Gierczyński R. NIZP-PZH, Warszawa.
19. Hatzakis A, Chulanov V, Gadano AC, Bergin C, Ben-Ari Z et al. (2015) The present and future disease burden of hepatitis C virus (HCV) infections with today's treatment paradigm - volume 2. J Viral Hepat. Suppl 1:26-45. doi: 10.1111/jvh.12351.

# ROLA PIEŁĘGNIAREK EPIDEMIOLOGICZNYCH W PREWENCJI WZW TYPU C W POLSCE

Dr n. med. Mirosława Małara, Dr n. przyr. Grzegorz Ziółkowski,  
Mgr Małgorzata Sobania, Mgr Małgorzata Giemza,  
Rita Pawletko, Mgr Edyta Synowiec  
Polskie Stowarzyszenie Pielęgniarek Epidemiologicznych

## MOTTO

*Życie jest trudną lekcją, której nie można się nauczyć. Trzeba ją przeżyć*

Stefan Żeromski (1864-1925)

Do priorytetowych zadań w XXI wieku dla pielęgniarstwa epidemiologicznego nadal pozostaje nadzór nad zakażeniami związanymi z opieką zdrowotną (ang. HAI - Healthcare Associated Infection), w tym zakażeń szpitalnych związanych ze stosowanymi urządzeniami (ang. device-related HAI)) rozumiany jako aktywna prewencja i ograniczanie ryzyka nabycia i rozwoju zdarzeń niepożądanych (w tym zakażeń jatrogennych, definiowanych jako dowolna choroba lub patologia związana z obecnością zarazka/czynnika alarmowego lub jego produktów w związku z kontaktem z obiektami opieki zdrowotnej, zabiegami opieki zdrowotnej lub leczniczymi) [1].

Zakażenia nabyte w szpitalu to te zakażenia, które pojawiły się po zastosowaniu postępowania terapeutycznego w szpitalu lub są związane z pobytem pacjenta w podmiocie leczniczym. Najczęściej zakażenie uznaje się za szpitalne, jeżeli wystąpiło w ciągu 48-72h od przyjęcia lub 30-90 dni od naruszenia ciągłości tkanek bądź zastosowania biomateriałów [1,2]. Do zakażeń o długim okresie wylegania zalicza się zapalenia wątroby (WZW B, WZW C). Okres wylegania po zakażeniu wirusem HCV wynosi od 4 do 20 tygodni, średnio 7-8 tygodni. HCV-RNA wykrywa się już po 1-3 tygodniach od zakażenia, a przeciwciała anty-HCV dopiero po 4-10 tygodniach. W Polsce, zapadalność na WZW C w 2012 r. wynosiła 6,12/100.000, by w 2013 r. osiągnąć poziom 6,83-7,03/100.000 ludności [3,4]. Aktywne zakażenie, poprzez obecność HCV-RNA we krwi, występuje u około 0,6% mieszkańców Polski, co oznacza ponad 230 tys. dorosłych Polaków [5].

W Polsce dominuje genotyp (GT)1. Należy jednak zwrócić uwagę, że około 20-40% ostrych zakażeń HCV ustępuje samoistnie [5]. Szacuje się, że z powodu zwiększającej się zapadalności na WZW C, będzie również wzrastała liczba marskości i nowotworów wątroby (a tym samym zgonów) co wpłynie realnie na generowanie większych kosztów związanych z tym zakażeniem.

Według przyjętej klasyfikacji szkodliwych czynników biologicznych z 2005 r. (Dz. U. Nr 81, poz.716 z późn.zm) oraz Dyrektywy 2000/54/WE Parlamentu Europejskiego i Rady Europy z dnia 18 września 2000 r. w sprawie ochrony pracowników przed ryzykiem związanym z narażeniem na działanie czynników biologicznych w miejscu pracy, HCV został zaliczony do trzeciej grupy zagrożenia. Grupa ta obejmuje czynniki, które mogą wywoływać choroby u ludzi, są niebezpieczne dla pracowników, a rozprzestrzenianie ich w populacji ludzkiej **jest bardzo prawdopodobne**. Zazwyczaj istnieją w stosunku do nich **skuteczne metody profilaktyki lub leczenia**.

Ryzyko wystąpienia zakażeń nabytych w szpitalu pozostaje w precyzyjnym związku z rodzajem wykonywanych u pacjentów zabiegów diagnostycznych i terapeutycznych. Obecnie w Unii Europejskiej występuje rocznie około 4 mln przypadków HAIs, z czego około 37 tys. stanowi bezpośrednią przyczynę zgonu [6,7]. Powikłania WZW C stanowią - według szacunków WHO - przyczynę ponad 350 tys. zgonów rocznie, z czego 86 tys. zgonów dotyczy Europy [8]. W Polsce, w 2012 r. odnotowano - według Głównego Urzędu Statystycznego (GUS) - 217 zgonów spowodowanych WZW C. W 2013 r. odnotowano już tylko 175 zgonów z powodu WZW C, zwanym też cichym zabójcą [4].

W Europie, według ekspertów z Europejskiego Towarzystwa Mikrobiologii Klinicznej i Chorób Zakaźnych (ESCMID), współczynnik zachorowalności wystąpienia zakażenia nabytego w szpitalu waha się od 4,6% do 9,3% [2].

Infekcje WZW C rejestrowane są od 0,1% do 20% [9] i występują głównie w grupie wiekowej 11-59 lat. Wirusowe zapalenie wątroby typu C częściej występują w populacji mężczyzn niż kobiet oraz dwukrotnie częściej wśród mieszkańców miast niż mieszkańców wsi. Dlatego tak ważnym elementem w minimalizowaniu występowania zakażeń krwiopochodnych - w tym WZW C - w pracy pielęgniarki epidemiologicznej jest ich monitorowanie (ang. surveillance) w celu oceny ryzyka nabycia oraz zakażenia i wdrażania efektywnych działań profilaktycznych.

Ustawa z 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz.U. nr 234, poz.1570 z późn.zm.) definiuje całą paletę obowiązków dla pielęgniarek epidemiologicznych w zakresie budowy i wdrożenia kompleksowego systemu zapobiegania i zwalczania zakażeń szpitalnych oraz wdrożenia standardów proceduralnych w zakresie profilaktyki i kontroli zakażeń, a także prowadzenia kontroli wewnętrznej.

W Polsce, według danych Polskiego Towarzystwa Zakażeń Szpitalnych (PTZS), częstość zakażeń szpitalnych występuje na poziomie 7-10%, a wskaźnik śmier-

telności dla wszystkich form klinicznych zakażeń to około 6,9% [10]. Obecność HCV-RNA i anty-HCV dotyczy 26% pacjentów szpitalnych oraz 66% leczonych w lecznictwie otwartym [11]. Stąd najczęściej do zakażeń wirusem HCV w Polsce dochodzi w podmiotach leczniczych. Niewielka liczba zakażeń WZW C dotyczy gabinetów kosmetycznych, wykonywania tatuaży czy iniekcyjnego przyjmowania środków odurzających. Pielęgniarka epidemiologiczna jest aktywna w działaniach na rzecz profilaktyki, edukacji i promocji zdrowia z zakresu zakażeń krwiopochodnych, również poza swoim obszarem działania, jakim jest zakład pracy. Uczestniczy w kursach i szkoleniach z zakresu prewencji zakażeń krwiopochodnych, dedykowanych pracownikom kosmetologii, zakładom tatuażu i piercingu.

Według Kierownika Renaty Cieślik-Tarkota oddziału epidemiologii WSSE w Katowicach w 2014 r. w Polsce wykryto 3 553 zachorowania na WZW C, z czego tylko w województwie śląskim odnotowano 591 zachorowań, co stanowiło około 17%. W 2015 r. zdiagnozowano już w Polsce 3 551 przypadków WZW C, w województwie śląskim w tym samym czasie odnotowani 582 przypadki, co stanowiło około 16%. W następnym roku (2016) odnotowano wzrost zachorowań na WZW C - 4 227 przypadków. Zaś w województwie śląskim, liczba zarejestrowanych przypadków była zbliżona do roku poprzedniego - 587, co stanowiło około 14%.

Jeden z tych elementów stanowi ciągła edukacja. Ustawiczne szkolenia dla poszczególnych grup pracowników na temat sposobów transmisji czynników chorobotwórczych, szkolenia z zakresu postępowania poekspozycyjnego, nadzór nad przestrzeganiem zasad izolacji oraz procedur z zakresu higieny rąk, stosowania odzieży ochronnej, ograniczania ryzykownych kontaktów z materiałem biologicznym. Pielęgniarka epidemiologiczna - współpracując ze służbami BHP - szkoli i nadzoruje pracowników z zakresu procedur dotyczących pobierania krwi, podawania leków drogą wstrzyknięć, zakładania dostępów naczyniowych. Ważnym elementem pracy są działania na rzecz propagowania rozwiązań eliminujących ryzyko ekspozycji, czyli stosowanie bezpiecznego sprzętu, systemów bezigłowych, sprzętu jednorazowego użycia.

Chorobowość zakażeń związanych z opieką zdrowotną i stosowaniem antybiotyków w szpitalach pracujących w systemie ostrego dyżuru w latach 2014-2015 wykazano odpowiednio 6,4% oraz 5,6%. Chorobowość HAI w UE wyniosła 6,0% [12]. U dawców krwi anty-HCV wykrywano u 1,7%-4,3%, co dawało średnią na poziomie 2,7% [11]. Przeciwciała anty-HCV w Polsce występują u 0,95% (320 tys.) populacji, podczas gdy obecność HCV-RNA szacowana jest na 0,6% (230 tys. osób) [4]. Powoduje to szczególną troskę pielęgniarstwa epidemiologicznego w zakresie przetoczenia preparatów krwiopochodnych i przeszczepienie narządów wcześniej niezbadanych, ekspozycji zawodowej (np. zaktucie zakażoną igłą), używania niesterylnego sprzętu medycznego, hemodializy, iniekcyjnego przyjmowania narkotyków, a także wykonywania tatuaży i podejmowania ryzykownych zachowań seksualnych.

Nadzór nad zakażeniami, w tym zakażeniami powodowanymi przez wirusy hepatotropowe, jest podstawowym zadaniem każdego szpitala oraz pielęgniarki epidemiologicznej i musi być prowadzony wewnątrz szpitala przez jego wykwalifikowanych pracowników, wysoko postawionych w hierarchii szpitala i pracujących razem w Zespole Kontroli Zakażeń Szpitalnych (ZKZS). Pielęgniarstwo epidemiologiczne jest procesem holistycznym opartym o aktywne partnerstwo i współpracę, a także zrozumienie potrzeb i oczekiwań Polskiego Stowarzyszenia Pielęgniarek Epidemiologicznych (PSPE) i zadań w zakresie zdrowia publicznego w Polsce. Należy również pamiętać, że czynny lub bierny nadzór nad zakażeniami nabytymi w szpitalu wynika z faktu, kto wykrywa i kto rejestruje przypadki zakażenia.

Ponad 90% spraw o odszkodowanie lub zadośćuczynienie w związku z zakażeniem szpitalnym dotyczy zakażeń wirusami hepatotropowymi. W komisjach ds. orzekania o zdarzeniach medycznych przy wojewodach, pracują również pielęgniarki epidemiologiczne, co stanowi poważne wyzwanie dla tej grupy zawodowej w zakresie uczestniczenia w procesach sądowych i dużej znajomości epidemiologii.

Podwyższone ryzyko zakażenia WZW C drogą płciową jest stosunkowo rzadkie i może dotyczyć wyłącznie osób mających wielu partnerów seksualnych, nie stosujących żadnych zabezpieczeń. Salon fryzjerski stwarza mniejsze ryzyko zakażenia HCV, wykonywanie zaś tatuażu lub piercingu w dużej mierze może być źródłem zakażenia.

Nadzór nad zakażeniami szpitalnymi - oparty o efektywną współpracę i aktualną wiedzę - to nadzór nie tylko tworzony, ale przede wszystkim wykorzystywany dla efektywnego minimalizowania wykrywanych zagrożeń powodowanych przez szkodliwe czynniki biologiczne związane z bezpieczeństwem epidemiologicznym pacjenta [1]. Najważniejszym obecnie wyzwaniem dla PSPE i pielęgniarstwa epidemiologicznego jest wprowadzenie efektywnych działań w zakresie **monitorowania** zakażeń szpitalnych i procedur wysokiego ryzyka, opartych o zarządzanie procesowe/parametryzację i jasnym podziale kompetencji i odpowiedzialności, a także przygotowaniu praktycznej i aktualnej dokumentacji obrazującej prowadzenie kontroli zakażeń szpitalnych, w tym nad WZW w danym podmiocie leczniczym. Współczynniki epidemiologiczne takie jak zachorowalność, chorobowość, gęstość zachorowania, umieralność, wzmacniają autorytet pielęgniarki epidemiologicznej, gdyż są dobrem epidemiologii szpitalnej i pozwalają ocenić i przewidywać określoną sytuację/trendy w medycynie zakażeń oraz epidemiologii WZW B i C.

Standardy proceduralne (utrzymanie czystości pomieszczeń, dekontaminacja narzędzi i sprzętu medycznego, dezynfekcja rąk, gospodarka odpadami, polityka ubraniowa, zaopatrzenie w sprzęt jednorazowy, itp.) pisane na potrzeby wewnętrzne, nie są aktami prawnym, ale wyznacznikiem aktualnej wiedzy i staran-

ności w wykonywaniu czynności medycznych. Stanowią również podstawę prowadzonej przez pielęgniarki epidemiologiczne wewnętrznej kontroli zakażeń, szczególnie w obszarze higieny szpitalnej, w tym higieny rąk jako najskuteczniejszej metody ograniczania zjawiska transmisji i wielooporności drobnoustrojów oraz zakażeń szpitalnych. Działania w tym obszarze pielęgniarstwa epidemiologicznego zwiększają świadomość społeczeństwa, a tym samym podnoszą wymagania wobec procedur higienicznych stosowanych w podmiotach leczniczych oraz intensyfikują wymagania wobec zachowań prozdrowotnych.

Istotne w chwili obecnej są kwestie związane z wszechstronnymi działaniami z zakresu monitorowania zakażeń, polegające nie tylko na wykrywaniu i rejestracji zakażeń, ale obejmujące również ich analizę opisową. Istotną cechą wielu Zespołów Kontroli Zakażeń Szpitalnych (ZKZS) jest fakt, nie braku danych epidemiologicznych, ale co z tych danych wynika, jakie można podjąć działania naprawcze na poziomie ZKZS, wynikające z codziennej pracy specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa epidemiologicznego, higieny i epidemiologii w podnoszeniu jakości, bezpieczeństwa i efektywności profilaktyki i kontroli zakażeń.

Monitorowanie powinno mieć charakter czynny, co oznacza, że oprócz rejestrów ustawowych (zakażeń i czynników alarmowych) pielęgniarki epidemiologiczne prowadzą rejestr pacjentów gorączkujących, zacewnikowanych, posiadających cewniki donaczyniowe, otrzymujących antybiotyki, mających wykonywane procedury zabiegowe/operacyjne, zakażonych wirusami zapalenia wątroby, w tym HCV. PSPE zdaje sobie sprawę z wagi problemu w kwestii ujawniania przypadków ekspozycji zawodowej, prowadzenia poradnictwa poekspozycyjnego i co za tym idzie ryzyka zakażenia, publikując na łamach Pielęgniarki Epidemiologicznej tematy, takie jak *Zakażenia HCV, HIV - dyskwalifikacja zawodowa?* wyrażając w ten sposób troskę o zdrowie i kontynuację pracy zawodowej pacjentów i personelu medycznego.

Celem monitorowania zakażeń jako określonego horyzontu jest nie tylko uzyskanie danych o zakażeniach bakteryjnych, wirusowych czy grzybiczych występujących w szpitalu, ale przede wszystkim co z tych danych wynika i jakie należy podjąć kroki przeciwepidemiczne oraz edukacyjne, czego przykładem może być kampania *Clean Care in Safer Care* czy akcje prowadzone przez inne ośrodki jak *Obudź się, póki wirus HCV drzemie* czy opracowanie raportu systemowego *WZW typu C, konieczność zmian w organizacji systemu ochrony zdrowia* (Kraków 2014).

Elementami w profilaktyce pierwszej fazy, wykorzystywanymi przez pielęgniarki epidemiologiczne są również aktualne i skuteczne standardy proceduralne w zakresie procedur wysokiego ryzyka, aktywna rejestracja zakażeń jako najpilniejszy i najnowocześniejszy standard współczesnej medycyny zakażeń, rozpoznawanie zakażeń na podstawie aktualnych definicji oraz szybkie przetwarzanie gromadzonych danych epidemiologicznych.



Brak zrozumienia takiej aktywnej i wszechstronnej roli pielęgniarstwa epidemiologicznego w sposób znaczący zmniejsza skuteczność nadzoru nad zakażeniami, a tym samym zwiększa koszty zakażeń nabytych w szpitalu oraz koszty związane z odszkodowaniem i zadośćuczynieniem. Zatem obowiązkiem każdego podmiotu leczniczego jest zorganizowanie i zapewnienie optymalnego funkcjonowania systemu kontroli zakażeń, w którym pielęgniarka epidemiologiczna pełni kluczową rolę.

Uzupełnieniem monitorowania i kontroli zakażeń szpitalnych jest prowadzenie szpitalnej polityki antybiotykowej (SPA), której celem priorytetowym jest ograniczenia narastania wielooporności drobnoustrojów, co powoduje, że najważniejszym elementem systemu kontroli zakażeń związanych z opieką zdrowotną jest partnerska współpraca pielęgniarki epidemiologicznej z samodzielnym laboratorium epidemiologii i mikrobiologii oraz lekarzem prowadzącym proces terapeutyczny.

W związku z Narodowym Programem Ochrony Antybiotyków niewątpliwie aktywnym obszarem działalności pielęgniarstwa epidemiologicznego jest również monitorowanie lekowrażliwości drobnoustrojów rozumianym jako proces zbierania, analizowania i raportowania, pozwalający na ocenę lokalnej sytuacji epidemiologicznej w zakresie rozprzestrzeniania się oporności, w związku z nieracjonalną antybiotykoterapią czy nieprzestrzeganiem szpitalnych rekomendacji diagnostyki i terapii zakażeń, w tym zakażeń powodowanych przez wirusy hepatotropowe oraz niestosowanie się do praktyk określonych w szpitalnej liście antybiotyków i preparatów przeciwwirusowych.

Jedynym sensownym i skutecznym wyzwaniem i rozwiązaniem w zakresie kontroli zakażeń - w ocenie PSPE - jest rozwijanie profilaktyki, higieny, promocji zdrowia i oświaty zdrowotnej, poprzez racjonalne wdrożenie i realizację kontroli wewnętrznej zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 27 maja 2010 r. (Dz.U. nr 100, poz.646) obejmującego m.in.:

- ocenę ryzyka występowania zakażeń związanych z wykonywanymi w szpitalu procedurami wysokiego ryzyka;
- monitorowanie czynników alarmowych i zakażeń pełnoobjawowych i inwazyjnych;
- ocenę prawidłowości i skuteczności procedur zapobiegania zakażeniom i chorobom zakaźnym w tym procedur dekontaminacji
- stosowanie środków ochrony indywidualnej i zbiorowej celem unikania kontaktów z krwią pacjentów;
- wykonywanie badań mikrobiologicznych;
- analizę lokalnej sytuacji epidemiologicznej;
- ocenę prawidłowości profilaktyki i terapii antybiotykowej - dane do analizy opisowej zbiera Zespół Kontroli Wewnętrznej/ZKZS.

Obecnie jedną z determinant zakażenia szpitalnego są **drobnoustroje szpitalne występujące w środowisku szpitalnym takie jak:**

- *E. Enterococcus spp.*, (VRE) ponad 60% szczepów *Enterococcus faecium* izolowane z zakażeń krwi były odporne na wankomycynę;
- *S. Staphylococcus aureus* (MRSA, VISA, VRSA) spowodował w 2005 r. zakażenia inwazyjne u około 94 tys. osób, spośród których ponad 19 tys. zmarło;
- *K. Klebsiella spp.*, (ESBL, CHDL, MBL, KPC) - nabyta plazmidowa oporność na karbapenemy, NDM-1 New Delhi Metallo-1) w latach 2006-2007 wywołały 18% wszystkich infekcji związanych z udzielaniem świadczeń medycznych. Obecnie największe zagrożenie w zdrowiu publicznym, poprzez szybkie rozprzestrzenianie się oporności na karbapenemy u pałeczek jelitowych;
- *A. Acinetobacter baumannii* (MBL, CHDL), który odpowiada za 3% zakażeń szpitalnych szczególnie u osób z chorobą oparzeniową i poddawanych wentylacji mechanicznej (VAP - Ventilation Associated Pneumonia);
- *P. Pseudomonas aeruginosa* (ESBL, MBL) odpowiada za ponad 8% infekcji szpitalnych szczególnie u chorych chirurgicznych i z oddziałów intensywnej terapii;
- *E. Enterobacter spp.*, *E. coli* (ESBL, AmpC, MBL, CHDL, KPC, NDM-1 New Delhi Metallo-1) powodujący 5% wszystkich zakażeń związanych z leczeniem i kontaktem z podmiotami leczniczymi [13];
- ***Clostridium difficile* szpitalne biegunki poantybiotykowe;**
- **WZW B i C** - nowe programy lekowe, które poprawią skuteczność w eradykacji wirusów HBV i HCV i eliminacje czynnej wiremii.

WZW C w ponad 80% jest zakażeniem nabywanym w podmiotach leczniczych z powodu nieprzestrzegania zasad związanych z wykonywaniem zabiegów medycznych, w tym stomatologicznych oraz zasad związanych z procesami dezynfekcji i sterylizacji. Jako choroba zakaźna wywoływana jest przez wirus RNA należący do rodziny *Flaviviridae*. Do zakażenia dochodzi podczas kontaktu z krwią lub preparatami krwiopochodnymi, naruszenia ciągłości tkanek przez zakażony sprzęt medyczny lub sprzęt kosmetyczny, poprzez ekspozycję zawodową oraz drogą wertykalną. Źródłem zakażenia są chorzy i osoby będące zakażone wirusem HCV. W Polsce najważniejszym czynnikiem ryzyka zakażenia WZW C jest kontakt z opieką zdrowotną, podczas gdy w Europie Zachodniej najczęstszym czynnikiem ryzyka WZW C jest iniekcyjne użytkowanie narkotyków.

Skutkiem zakażenia wirusami hepatotropowymi jest proces zapalny w wątrobie i włóknienie prowadzące do rozwoju marskości lub raka wątrobowo-komórkowego (ang. HCC - hepatocellular carcinoma). Rak wątrobowokomórkowy jest piątym, co do częstości występowania, nowotworem złośliwym i trzecią przyczyną zgonów z powodu tychże nowotworów na świecie. Rocznie diagnozuje się ponad 600 tys. nowych zachorowań. W leczeniu raka wątrobowokomórkowego

(HCC) wprowadzono sorafenib (nexavar). Inną metodą leczenia jest przeszczep wątroby z którym niestety związane jest ryzyko nabycia zakażenia. W Polsce wykonuje się około 30 przeszczepień rocznie a leczonych sorafenibem jest mniej więcej 60 osób.

Choroby przewlekłe, a taką chorobą jest WZW C, bardzo często wykluczają ludzi społecznie i zawodowo, co jest zjawiskiem negatywnym dla gospodarki i społeczeństwa, dlatego tak ważna jest rola pielęgniarek epidemiologicznych w procesie edukacji oraz oceny prawidłowości i skuteczności procedur zapobiegania zakażeniom i chorobom zakaźnym (w tym procedur dekontaminacji oraz stosowania środków ochrony indywidualnej i zbiorowej weryfikowanych przez pielęgniarki epidemiologiczne jako specjalistów ds. epidemiologii lub higieny i epidemiologii w codziennej pracy związanej z prowadzeniem prospektywnego nadzoru nad zakażeniami nabytymi w szpitalu.

Wyzwania zdrowia publicznego w zakresie epidemiologii zakaźnej/medycyny zakażeń i pielęgniarstwa epidemiologicznego to:

- Rola i zadania ZKZS, którego członkiem jest pielęgniarka epidemiologiczna, w aspekcie aktywnego monitorowania zakażeń i oceny ryzyka jego nabycia, a tym samym uzyskanie efektywności i wiarygodności zbieranych danych
- Monitorowanie zakażeń - jako bazy do analiz epidemiologicznych i edukacji personelu medycznego - celem zmniejszania zachorowalności na zakażenia związane z opieką zdrowotną (największe wyzwanie polskiej opieki zdrowotnej). Najważniejsze w obecnej chwili jest zaangażowanie oraz wiedza i konieczność przestrzegania obowiązujących standardów proceduralnych w obszarze kontroli zakażeń nabytych w podmiotach leczniczych.
- Zjawisko pojawiania się, selekcji i rozprzestrzeniania wielooporności drobnoustrojów, co zagraża bezpieczeństwu chorego i zwiększa ryzyko nieskuteczności terapii preparatami przeciwdrobnoustrojowymi.
- Poprawa polityki antybiotykowej i przeciwwirusowej poprzez bieżącą weryfikację programów lekowych i receptariusza szpitalnego oraz racjonalizacji jego stosowania.
- Higiena szpitala szeroko rozumiana jako metody kontroli np. badania przesiewowe przy przyjęciu do szpitala, dezynfekcja rąk, przygotowanie pacjenta, kąpiel, higiena jamy ustnej, higiena sprzętu wykorzystywanego do terapii i diagnostyki, jak również higiena pomieszczeń.
- Ograniczanie ryzyka zakażeń o etiologii bakteryjnej i wirusowej w zakresie podstawowych procedur wysokiego ryzyka.
- Ograniczenie ryzyka przenoszenia WZW C drogą endoskopową.
- Analiza częstości zakażeń HCV u pacjentów leczonych nerkozastępczo, problemowych użytkowników narkotyków i/lub alkoholu, osadzonych lub pozbawionych wolności, a także zakażonych HIV.

- Praktyczne wymagania dla wszystkich narzędzi i instrumentów przeznaczonych do diagnozowania i leczenia chorób, pod względem ich czystości mikrobiologicznej i skuteczności procesów sterylizacji jako łańcucha zależności.
- Nowe technologie w kontroli zakażeń: zimna plazma, miedź, fumigacja, laminarny nawiew, indywidualne dezynfektanty do szybkiej dezynfekcji rąk.
- Optymalizacja diagnostyki mikrobiologicznej i wczesne wykrywanie osób zakażonych HCV, bez objawów klinicznych choroby, poprzez wykonywanie badań laboratoryjnych pacjentów przyjmowanych do szpitali.

**Pierwszym krokiem** w ograniczaniu ryzyka zakażenia WZW C powinna być w ocenie PSPE wczesna diagnostyka. Strategia postępowania w wirusowych schorzeniach wątroby musi opierać się na wczesnym rozpoznaniu. Ten kluczowy element poprawia nie tylko sytuację chorych, ale istotnie wpływa na zmniejszenie liczby bezobjawowych zakażonych.

Celem tego pierwszego kroku jest również poprawa efektywności schematów terapeutycznych oraz zachowanie jakości życia i kontynuowanie aktywności zawodowej. Pozwala to na obniżanie kosztów bezpośrednich (leczenia) tej choroby. Do kosztów pośrednich związanych z HCV zaliczyć można nakłady medyczne, koszty związane z utratą produktywności oraz koszty związane z leczeniem powikłań polekowych i narządowych.

**Drugim krokiem** jest stworzenie szerokiego dostępu do nowoczesnych i skutecznych terapii. Nowe technologie medyczne w istotny sposób wpływają na sytuację pacjenta i sprawiają, że choroba przewlekła nie oznacza rezygnacji z normalnego życia, realizacji marzeń czy kontynuowania pracy zawodowej. Głównym celem wdrożonego leczenia powinna być eradykacja wirusa, zapobiegająca późnym następstwom zakażenia HCV.

**Trzecim krokiem** jest prowadzenie przez pielęgniarki epidemiologiczne edukacji zdrowotnej i prospektywnego nadzoru nad zakażeniami związanymi z WZW C, gdyż zakażenie HCV należy do najczęstszych przyczyn przewlekłej choroby wątroby i dotyczy około 200 mln ludzi na świecie [14]. Prowadzenie przez pielęgniarki epidemiologiczne rejestrów zakażeń oraz rejestrów ekspozycji zawodowej na materiał potencjalnie zakaźny - w dużej mierze poprzez wykonywanie analizy opisowej - pozwala na wykrywanie nieszczelności we wdrożonych i wykonywanych standardach proceduralnych związanych z kontrolą zakażeń. W analizach opisowych pielęgniarki epidemiologiczne wykorzystują mierniki epidemiologiczne, takie jak zachorowalność, chorobowość czy umieralność.

Ważnym w tym kontekście jest zatem pytanie: Czy WZW C stygmatyzuje pacjenta czy pracownika medycznego. Na to pytanie trudno jest odpowiedzieć. Zarówno pacjenci jak i personel medyczny otoczony opieką ZKZS, nie ma problemu ze społeczną akceptacją, czy też dostępem do lekarza chorób zakaźnych, a tym bardziej do nowoczesnej terapii przeciwwirusowej. Rzadko też pacjent traci zaufanie do swojego lekarza, a personel medyczny zaufanie do zespołu, z którym pracuje w podmiocie leczniczym, czy swojej dyrekcji.

**Krok czwarty** to wdrożenie takich ogólnopolskich standardów proceduralnych, aby do minimum ograniczyć kontakt personelu medycznego z krwią pacjenta, a także kompleksowego postępowania prewencyjnego po ekspozycji zawodowej. Jedynie pracownicy medyczni w pełni świadomi istniejących zagrożeń biologicznych i stosujący sprzęt ochrony indywidualnej, są w stanie uchronić się przed ewentualną ekspozycją zawodową nie tylko siebie, ale również współpracowników, domowników oraz pacjentów. Dlatego w procesie edukacji personelu medycznego jest ważne odwoływanie się do jego wiedzy oraz emocji i przekonań.

- Sprzęt medyczny spełnia wymogi bezpieczeństwa jedynie, jeżeli nie stwarza zagrożeń lub nie staje się źródłem ekspozycji na krew lub jej rozprysk.
- Korzystanie z obwodowych kaniul dożylnych powoduje, że personel medyczny jest narażony nie tylko na zakłucie, ale także na rozprysk krwi w codziennej pracy, co wymaga stosowania osłon na twarz.
- Ochrona pracowników medycznych powinna być bardzo solidna i zapewniać, że nie będą oni narażeni na kontakt choćby z najmniejszą ilością krwi pacjenta.
- Obowiązujące w Polsce Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 6 czerwca 2013 r. w sprawie bezpieczeństwa i higieny pracy przy wykonywaniu prac związanych z narażeniem na zranienie ostrymi narzędziami używanymi przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych (Dz.U. poz.696) nakłada na pracodawcę obowiązek informowania o sposobach zapobiegania zranieniom, promowania dobrych praktyk oraz wdrażania procedury poekspozycyjnej. Pracodawca, a tym samym ZKZS, został również zobligowany do wprowadzenia systemu szkoleń w zakresie postępowania i zgłaszania ekspozycji. Ustawa z 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. nr 234, poz.1570 z późn.zm.) określiła również sposób niszczenia szkodliwych czynników biologicznych poprzez mycie, dezynfekcje i sterylizację. Sposób dekontaminacji sprzętu medycznego dokonujemy na podstawie klasyfikacji Spauldinga [15, 16].

**Krok piąty** to opracowanie skutecznych leków i uzyskanie przeciwciał do prewencji infekcji WZW C, po ekspozycji, jeżeli istnieje wysokie ryzyko zakażenia po ekspozycji.

**Krok szósty** to wykorzystanie medycyny personalizowanej w celu prowadzenia diagnostyki i leczenia najbardziej odpowiedniego dla danego pacjenta [17]. W naturalnym przebiegu WZW C największe ryzyko powikłań dotyczy populacji mężczyzn po 50 roku życia [11].

Wirusy krwiopochodne, w krwi pozostawionej na suchych powierzchniach nieożywionych przeżywają ponad tydzień [18]. Co zwiększa prawdopodobieństwo ich transmisji bezpośredniej poprzez ręce pracownika danego podmiotu leczniczego. Stąd obowiązkiem pracowników medycznych jest nie dopuszczanie do zakażenia poprzez skuteczną higienę rąk i wdrożenie strategii WHO *Clean Care is Safer Care* w podmiotach leczniczych. Program ten wdrażany przez pielęgniarki epidemiologiczne jest najskuteczniejszą metodą ograniczania szerzenia się zakażeń drogą krwiopochodną, jak i szerzenia się drobnoustrojów o złożonych mechanizmach oporności, a także budowaniu świadomości społecznej Polaków związanych z zagrożeniem WZW C [19]. Polskie Stowarzyszenie Pielęgniarek Epidemiologicznych widząc ogromną potrzebę środowiskową w tym temacie, wydało w 2014 r. zeszyt edukacyjny nr XIII, dotyczący higieny rąk w placówkach ochrony zdrowia.

W Polsce problem zwalczania WZW C został omówiony także w Narodowym Programie Zdrowia na lata 2016-2020 wprowadzonym Rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 4 sierpnia 2016 r. (Dz.U. poz.1492) zaś realizacja świadomości społecznej Polaków objęta Ustawą o Zdrowiu Publicznym z 3 grudnia 2015 r. (Dz.U. poz.1916) oraz działalność Polskiej Grupy Ekspertów HCV, która wydała rekomendacje dotyczące leczenia przeciwwirusowego przewlekłego WZW C na 2016 r. [18,5].

Światowy Dzień Wirusowego Zapalenia Wątroby jest obchodzony 28 lipca, co powoduje duże zaangażowanie pielęgniarek epidemiologicznych w promocję i edukację zdrowotną. Nowe opracowane i wdrażane przez WHO strategie wprowadzają światowe cele w kontroli WZW, czyli zmniejszenia o 30% liczby nowych przypadków WZW B i C oraz zmniejszenie o 10% umieralności z powodu WZW do 2020 r. Cele te stanowią również podstawę działania pielęgniarek epidemiologicznych w podmiotach leczniczych. Dzień 28 lipca 2016 r. po raz szósty był obchodzony w Polsce z aktywnym udziałem PSPE. W tym Światowym Dniu WZW pielęgniarki epidemiologiczne zwracały uwagę, że obecnie w Polsce większość zachorowań stanowi postać przewlekłą. Większość chorych na WZW C nie ma objawów choroby wątroby, co wymaga wdrożenia obowiązkowego programu badań przesiewowych w celu identyfikacji pacjentów zakażonych wirusami zapalenia wątroby oraz wdrażania skutecznych metod zapobiegających przeniesieniu tych wirusów na innych chorych, kontaminację środowiska szpitalnego.

Na zakończenie można przytoczyć słowa prof. Andrzeja Matyja, prezesa Okręgowej Rady Lekarskiej w Krakowie *Łatwiej jest w Polsce wybudować nowy szpital i go wyposażać niż skompletować kadrę medyczną do pracy.*

## PIŚMIENNICTWO

1. Wójkowska-Mach J, Heczko P. (2012) Definicje i kryteria rozpoznania zakażenia szpitalnego stosowane w różnych populacjach pacjentów *Forum Zakażeń* 3:43-47).
2. Szewczuk MT, Cwajda-Białasik J, Mościcka P, Jawień A. et al. (2015) Zalecenia Profilaktyki zakażeń miejsca operowanego i stosowania antybiotykoterapii w okresie przedoperacyjnej opieki pielęgniarskiej na oddziałach zabiegowych. *Pielęgniarstwo chirurgiczne i angiologiczne* 2:3-19.
3. Heczko P, Wróblewska M, Pietrzyk A. (Red). *Mikrobiologia Lekarska PZWL*, 2014, 394.
4. Parada N, Rosińska M, Stępień M. (2015) Wirusowe zapalenie wątroby typu C w Polsce w 2013 roku. *Przegl. Epidemiol.* 69:375-378.
5. Halota W, Flisiak R, Boroń-Kaczmarek A, Juszczyk J et al. (2016) Rekomendacje leczenia wirusowych zapaleń wątroby typu C Polskiej Grupy Ekspertów HCV; <http://www.pasl.pl/Rekomendacje-PGE-HCV-20162.pdf>. Data wejścia 05.03.2016 r.
6. European Centre for Disease Prevention and Control. (2015) Annual epidemiological report 2014. Antimicrobial resistance and healthcare-associated infections. Stockholm: ECDC; <http://ecdc.europa.eu/en/publications/publications/antimicrobial-resistance-annual-epidemiological-report.pdf>. Data wejścia 08.12.16.
7. Deptuła A, Trejnowska E, Ozorowski T, Hryniewicz W. (2015) Risk factors for healthcare-associated Infection in light of two years of experience with the ECDC point Prevalence Survey of Healthcare-associated Infection and antimicrobial use in Poland. *J Hosp Inf.* 90:310-15.
8. Welnicki M. (2014) Aktualna sytuacja dotycząca zakażeń i leczenia HCV w Polsce *Służba Zdrowia* 51-59.
9. Esteban J, Saleda S, Quer J. (2008) The changing epidemiology of hepatitis C virus infection in Europe. *J. Hepatol.* 48:148-162.
10. Zakażenia chirurgiczne (Red.) Michał Drews, Ryszard Marciniak. Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu. Poznań 2008.
11. Juszczyk J. (2012) Zakażenia wirusem C zapalenia wątroby (anty-HCV i HCV-RNA) w Polsce wczoraj i dzisiaj. *Zakażenia* 2:62-68.
12. Deptuła A, Trejnowska E, Ozorowski T, Pawlik K, Hryniewicz W. *Badania Punktowe Zakażeń związanych z opieką zdrowotną i stosowaniem antybiotyków w szpitalach pracujących w systemie ostrego dyżuru (PPS HAI/AU) w Polsce*. NPOA, Warszawa 2016.
13. Boucher HW, Talbot GH, Bradley JS, Edwards JE, Gilbert D et al. (2009) Bad bugs, no drugs, no ESCAPE. *Clinical Infection Disease* 48:1-12.
14. Rogalska-Płońska M, Flisiak R. (2012) Interferon pegylowany alfa2 a jako podstawa terapii anty-HCV. *Zakażenia* 1:49-54.
15. Włodarczyk-Rajska J. (2011) Czy sterylizacja na bloku operacyjnym jest możliwa i właściwa. *Zakażenia* 2:6-9.
16. Włodarczyk-Rajska J. (2011) Punkty krytyczne procesów sterylizacji w szpitalach. *Zakażenia* 2:10-16.

17. Pawłowska M, Halota W. (2011) Personalizacja w leczeniu zakażeń HCV. Zakażenia 2: 90-95.
18. Kramer A, Schwebke I, Kampf G. (2007) Jak długo patogeny szpitalne mogą przetrwać na powierzchniach nieożywionych? Przegląd systematyczny. Zakażenia 4: 16-24.
19. Mączyńska A. Higiena rąk w placówkach medycznych. Przewodnik krok po kroku. Alfa-medica press. Bielsko-Biała 2015.



# AKTUALNE PROBLEMY NADZORU NAD WARUNKAMI HIGIENICZNO-SANITARNYMI W PODMIOTACH WYKONUJĄCYCH DZIAŁALNOŚĆ Z NARUSZENIEM CIĄGŁOŚCI TKANEK

Mgr Aleksandra Czyrznikowska, Mgr Izabela Kucharska,  
Lek. med. Marek Posobkiewicz  
Główny Inspektorat Sanitarny

Pomimo trudności i zmian organizacyjnych dokonywanych na przestrzeni lat, Państwowa Inspekcja Sanitarna pozostaje jednym z kluczowych elementów systemu w obszarze zapobiegania oraz zwalczania zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, realizującą swoje zadania z dużą efektywnością. Działania Państwowej Inspekcji Sanitarnej - w tym edukacyjne, kontrolno-represyjne, przeciwepidemiczne, zapobiegawcze oraz w zakresie nadzoru - przyczyniły się do poprawy sytuacji epidemiologicznej chorób zakaźnych. Od kilkunastu lat jednym z priorytetów działania Państwowej Inspekcji Sanitarnej pozostaje zmniejszenie narażenia na choroby zakaźne i zakażenia, w tym zakażenia wirusem zapalenia wątroby typu C (HCV). Z uwagi na brak szczepień przeciwko tej chorobie, efektywność działań przeciwepidemicznych może być zapewniona jedynie na drodze przedsięwzięć o charakterze nieswoistym. W tym celu prowadzona jest między innymi analiza systemu pozwalająca na identyfikację luk i nieścisłości o charakterze prawnym (w razie konieczności inicjowane są zmiany systemowe), na bieżąco podejmowane są czynności edukacyjno-informacyjne na każdym szczeblu organizacyjnym Państwowej Inspekcji Sanitarnej, a także prowadzone są działania zapobiegawcze oraz nadzorowe.

Niejednokrotnie charakter tych działań należy dostosować do zmieniającej się sytuacji epidemiologicznej, uwarunkowań czy też pojawiających się potrzeb i wniosków z dotychczasowych doświadczeń. Dla przykładu - uwzględniając wnioski z prowadzonych działań edukacyjnych na przestrzeni lat, rozszerzano i zmieniano grupy docelowe obejmowane szkoleniami. Pierwsze programy edukacyjno-szkoleniowe skierowane były głównie do personelu medycznego, a następnie stopniowo rozszerzano wachlarz adresatów szkoleń, kierując je do takich odbiorców jak np. uczniowie szkół ponadgimnazjalnych oraz ich rodzice. Doświadczenia

z prowadzonego nadzoru w ostatnich latach pozwalają twierdzić, że rosnącym zagrożeniem dla zdrowia stają się nieprawidłowo wykonywane procedury lub ich brak w związku z przeprowadzaniem zabiegów z naruszeniem ciągłości tkanek w sektorze usług pozamedycznym (kosmetyka, salony tatuażu, salony odnowy biologicznej, zakłady fryzjerskie). Popularność tego typu zabiegów w Polsce jest coraz większa. Dlatego też uznano za konieczne podjęcie działań edukacyjnych skierowanych do osób wykonujących zawody takie jak fryzjer, kosmetyczka, tatuażysta.

W trakcie realizacji zadań ustawowych, przedstawiciele Państwowej Inspekcji Sanitarnej niejednokrotnie napotykają na różnego rodzaju bariery i problemy, ale też konstruktywne sugestie przedstawiane przez osoby reprezentujące zawody o zwiększonym ryzyku transmisji zakażeń w środowisku pracy. Część ze spostrzeżeń może stanowić podstawę dyskusji na temat systemu zapobiegania zakażeniom i chorobom zakaźnym przenoszonym drogą krwi. Niektóre jednak stanowią wyraz nieznamomości przepisów prawa i obowiązków ciążyących na podmiotach prowadzących działalność gospodarczą i usługową. Wydaje się, iż kształtowanie świadomości i poszerzanie wiedzy grup zawodowych wykonujących zabiegi z przerwaniem ciągłości tkanek (zarówno z sektora usług medycznych, jak i pozamedycznych), w tym uwrażliwianie na konieczność wdrażania, stosowania i uaktualniania procedur zapobiegających szerzeniu się zakażeń i chorób zakaźnych, przynosi korzystne efekty. W poniższym rozdziale, z uwagi na ograniczoną objętość materiału, przedstawiono jedynie wybrane problemy zidentyfikowane w obszarze wiedzy z zakresu legislacji, organizacji, edukacji i finansowania działań prewencyjnych.

## **7.1. Podstawa działań zapobiegających szerzeniu się zakażeń HCV**

Z dniem 3 grudnia 2015 r. weszła w życie ustawa z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym. Głównym założeniem ustawy jest przyjęcie Narodowego Programu Zdrowia (NPZ) jako dokumentu strategicznego i podstawy działań w zakresie zdrowia publicznego. Jednym z głównych celów strategicznych Narodowego Programu Zdrowia jest poprawa jakości życia związanej ze zdrowiem. W tym celu określono zadania służące realizacji celów operacyjnych. Jeden z nich - cel operacyjny nr 4 - dotyczy ograniczenia ryzyka zdrowotnego wynikającego z zagrożeń fizycznych, chemicznych i biologicznych w środowisku zewnętrznym, miejscu pracy, zamieszkania, rekreacji oraz nauki. W ramach realizacji celu nr 4 wymienione zostały takie zadania jak: zmniejszanie narażenia na biologiczne czynniki chorobotwórcze oraz profilaktyka chorób zakaźnych i zakażeń u ludzi. Kierunki te wpisują się również w ustawowe kompetencje Państwowej

Inspekcji Sanitarnej, która powołana została do realizacji zadań z zakresu zdrowia publicznego, w tym do sprawowania nadzoru nad warunkami higieny pracy w zakładach pracy oraz warunkami higieniczno-sanitarnymi, jakie powinien spełniać personel medyczny, sprzęt oraz pomieszczenia, w których są udzielane świadczenia zdrowotne [1-3].

Należy uznać, że redukcja liczby nowych zakażeń, spowodowanych wirusem zapalenia wątroby typu C, stanowiąca obecnie jeden z priorytetów działania Państwowej Inspekcji Sanitarnej, znalazła swoje odzwierciedlenie w Narodowym Programie Zdrowia na lata 2016-2020. Działania w zakresie zapobiegania zakażeniom HCV wpisują się ponadto w określoną przez WHO globalną strategię zwalczania WZW dla sektora zdrowia, której założeniem docelowym jest wyeliminowanie WZW C, jako istotnego zagrożenia dla zdrowia publicznego do 2030 r., poprzez zmniejszenie rozpowszechnienia i umieralności na tę chorobę. Strategia ta zatwierdzona została w 2016 r. na Światowym Zgromadzeniu Zdrowia i stanowi obecnie podstawę działań dla poszczególnych państw świata [2,4].

Pomimo jednak wysokiej priorytetyzacji tego zagadnienia przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej, wciąż obserwowane jest zjawisko bagatelizowania problemu przez przedstawicieli niektórych środowisk. Przedstawione poniżej zagadnienia stanowią próbę wyjaśnienia niektórych wątpliwości związanych z wciąż zbyt niską świadomością społeczną i niepełną lub nieaktualną wiedzą osób pracujących w zawodach narażonych na ryzyko transmisji zakażeń HCV. Omawiane kwestie, z uwagi na konieczność ograniczenia do niniejszego rozdziału, wybrane zostały na podstawie obserwacji własnej, a także wniosków przekazywanych przez ekspertów i osoby związane ze środowiskiem medycznym.

## 7.2. Wybrane problemy w obszarze zakażeń krwiopochodnych

Według danych liczbowych i statystycznych gromadzonych przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej, we współpracy z Narodowym Instytutem Zdrowia Publicznego - PZH, co roku w Polsce rejestruje się średnio ok. 2-3 tys. nowych przypadków zakażeń HCV. Większość przypadków wciąż diagnozowana jest na etapie rozwoju objawów chorobowych bądź przypadkowo przy okazji wykonywania innych badań diagnostycznych. Okresowy wzrost liczby zgłaszanych do organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej przypadków obserwowano bezpośrednio po ogólnokrajowych interwencjach edukacyjno-informacyjnych prowadzonych w ostatnich latach na terenie kraju. Okresowy wzrost rejestrowanej liczby przypadków zakażeń HCV wynika z poprawy poziomu ich zgłaszalności dzięki m.in. wzrostowi częstości kierowania pacjentów na badania diagnostyczne w wyniku intensyfikacji działań informacyjnych, przypominających lekarzom o spoczywającym na nich obowiązku dokonywania zgłoszeń, a pacjentom

o konieczności dbania o swoje zdrowie. Dodatkowo wzrost liczby zgłaszanych przypadków może być związany z nowymi metodami diagnostycznymi, umożliwiającymi szybkie potwierdzenie zakażenia, a także prowadzonymi coraz częściej badaniami przesiewowymi, wykonywanymi w grupach podwyższonego ryzyka zachorowania na WZW C.

W Polsce od 2009 r. odnotowywany jest wzrost liczby zachorowań na WZW C. Z jednej strony jest to konsekwencją poprawiającej się wykrywalności przypadków przewlekłych i pozytywnym efektem prowadzonych działań, z drugiej jednak stanowi nadal powód do niepokoju, ponieważ ocenia się, że przypadki rejestrowane nie odzwierciedlają rzeczywistej skali zachorowań. Przyczynia się do tego fakt długiego okresu wylęgania choroby - objawy występują po wielu latach od zakażenia i nie dają początkowo specyficznych objawów. Ocenia się, iż w Polsce rozpoznaje się rocznie jedynie około 25 zakażeń na 1000 osób żyjących z nierozpoznanym zakażeniem w populacji. Stąd też eliminacja tego zagrożenia jest trudna. Szacuje się, że w Polsce żyje kilkadziesiąt tysięcy zakażonych osób, które nie mają świadomości tego faktu. W związku z tym, przy braku lub niewłaściwym wykonywaniu procedur zapobiegających szerzeniu się zakażeń w trakcie wykonywania zabiegów z naruszeniem ciągłości tkanek, nieświadome zakażenia osoby mogą być źródłem narażenia innych pacjentów, klientów lub personelu [5,6].

W ciągu ostatnich lat prowadzone były kampanie ogólnokrajowe takie jak np.: *HCV można pokonać*, *Pilotażowy Projekt Profilaktyki Zakażeń HCV pn. STOP!HCV*, czy też ostatni, realizowany w ramach Szwajcarsko-Polskiego Programu Współpracy Projekt *Zapobieganie Zakażeniom HCV*, mające na celu m.in. rozpoznanie faktycznej sytuacji epidemiologicznej w zakresie rozpowszechnienia HCV oraz zwiększenie świadomości społeczeństwa i wybranych grup zawodowych o istniejącym ryzyku zakażeń HCV. Poza przedsięwzięciami inicjowanymi i koordynowanymi na poziomie centralnym (krajowym), prowadzone są również inicjatywy regionalne w ramach programów polityki zdrowotnej, uwzględniające specyficzne uwarunkowania i potrzeby lokalnych społeczności. Inicjatywy takie podejmowane są między innymi przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej w terenie, czy jednostki samorządu terytorialnego. Programy polityki zdrowotnej prowadzone są zgodnie z uregulowaniami zawartymi w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych i uwzględniają priorytety zdrowotne określone w wydanym na podstawie tej ustawy rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie priorytetów zdrowotnych, a także cele strategiczne i operacyjne Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016-2020 [7,8].

Prowadzenie kampanii edukacyjnych i programów zdrowotnych w zakresie WZW C na poziomie lokalnym i regionalnym jest o tyle istotne, że pozwala na uwzględnienie bieżących potrzeb i problemów społeczności, ale też pojawiających się w nadzorze zapobiegawczym, a także w działaniach przeciwepidemicznych

prowadzonych przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej. Na potrzebę permanentnej edukacji wskazują również problemy pojawiające się na poziomie podmiotów wykonujących zabiegi z naruszeniem ciągłości tkanek, co wskazywać może na brak gruntownej wiedzy merytorycznej na temat ryzyka transmisji zakażeń krwiopochodnych i sposobów ich prewencji. Państwowa Inspekcja Sanitarna spotyka się niejednokrotnie z nieznaną przepisów prawa w zakresie wymogów dla zabiegów przebiegających z naruszeniem ciągłości tkanek i ciężących w związku z tym na właścicielach podmiotów i personelu wykonującym tego typu zabiegi obowiązkach.

Doświadczenia Państwowej Inspekcji Sanitarnej wskazują, że kampanie informacyjne powinny być prowadzone w taki sposób, aby uwzględnić w nich szerszy kontekst zagrożeń. Szkolenia dotyczące prewencji zakażeń przenoszonych drogą krwi powinny być natomiast ujednolicone. Celem działań jest bowiem budowanie nawyku pożądanych zachowań, nie zaś uwrażliwianie na potrzebę chronienia się przed poszczególnymi, pojedynczymi zagrożeniami oddzielnie, takimi jak HBV, HCV i HIV. Z uwagi na dostępność materiałów i większe zainteresowanie społeczeństwa problemem AIDS, personel wykonujący usługi przebiegające z naruszeniem ciągłości tkanek prezentuje zdecydowanie większą świadomość zagrożenia oraz wiedzy odnośnie sposobów prewencji HIV niż HCV. Stosowanie procedur zapobiegających szerzeniu się wirusa HIV przy wykonywaniu zabiegów przebiegających z naruszeniem ciągłości tkanek przynosi pozytywne efekty w odniesieniu do ograniczania transmisji HCV i HBV. Prowadzenie więc odrębnych kampanii dla każdej z chorób przenoszonych drogą krwi generuje dodatkowe koszty, angażuje kolejne siły i środki. Dlatego należy rozważyć możliwość przedstawiania tematyki zakażeń krwiopochodnych łącznie, wyjaśniając jednocześnie różnice w epidemiologii poszczególnych chorób przenoszonych drogą krwi (HBV, HCV, HIV), a także ryzyka z nimi związanego i możliwości zapobiegania chorobom powodowanym przez te wirusy.

Niejednokrotnie, na różnych szczeblach funkcjonowania, analizując problem szerzenia się zakażeń, Państwowa Inspekcja Sanitarna spotyka się z opinią, iż w celu poprawy sytuacji epidemiologicznej, w tym w zakresie chorób przenoszonych drogą krwi, należy wprowadzić ogólnie, jednolite i obligatoryjne standardy konkretnych działań przeciwepidemicznych w trakcie wykonywania zabiegów z naruszeniem ciągłości tkanek. Taki pogląd pokazuje jak ważne jest:

1. stałe uzupełnianie wiedzy w oparciu o aktualne doniesienia medyczne;
2. edukowanie o obowiązkach zawartych w przepisach prawa.

Zgodnie ustawą o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi to kierownicy podmiotów leczniczych oraz inne osoby udzielające świadczeń zdrowotnych są obowiązani do prowadzenia działań zapobiegających szerzeniu się zakażeń i chorób zakaźnych. Wśród obligatoryjnych elementów systemu

zapobiegania zakażeniom i chorobom zakaźnym w podmiotach prowadzących działalność leczniczą należy wymienić:

- ocenę ryzyka wystąpienia zakażenia związanego z udzielaniem świadczeń zdrowotnych;
- opracowanie, wdrożenie i nadzór nad procedurami zapobiegającymi zakażeniom i chorobom zakaźnym związanym z udzielaniem świadczeń zdrowotnych (w tym m.in. dekontaminacji skóry, błon śluzowych i tkanek, wyrobów medycznych, powierzchni pomieszczeń i urządzeń).

Przy określaniu standardów i procedur powinny zostać wzięte pod uwagę takie elementy jak m.in. specyfika podmiotu leczniczego, zakres udzielanych świadczeń, odrębność posiadanego sprzętu, liczba personelu czy środki do dekontaminacji zakupione w ramach przepisów ustawy o zamówieniach publicznych. Ponadto, wśród opracowywanych procedur powinny znaleźć się procedury dotyczące stosowania środków ochrony indywidualnej i zbiorowej, a także postępowania z odpadami medycznymi potencjalnie skażonymi czynnikami biologicznymi. Jednocześnie należy zauważyć, iż ustawa o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi przewiduje konsekwencje dla osób nie wykonujących ciężących na nich obowiązków. Osoby, które wbrew obowiązkowi przeciwdziałania szerzeniu się zakażeń szpitalnych nie podejmują działań określonych w ustawie, podlegają karze grzywny. Istnieją również inne normy prawne wyznaczające standardy, których podmioty są zobowiązane przestrzegać w zakresie wymagań sanitarno-higienicznych. Zawarte zostały one w ustawie o działalności leczniczej i również podlegają kontroli Państwowej Inspekcji Sanitarnej [9-11].

W 2013 r. opublikowane zostało rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie bezpieczeństwa i higieny pracy przy wykonywaniu prac związanych z narażeniem na zranienia ostrymi narzędziami używanymi przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych. Rozporządzenie to określa zadania pracodawcy w zakresie odpowiedniej organizacji pracy oraz wdrażania procedur bezpiecznego posługiwania się ostrymi narzędziami. Rozporządzenie stanowi implementację postanowienia Dyrektywy 2010/32/UE z dnia 10 marca 2010 r. w sprawie wykonywania umowy ramowej dotyczącej zapobiegania zranieniom ostrymi narzędziami w sektorze szpitali i opieki zdrowotnej zawartej między Europejskim Stowarzyszeniem Szpitali i Pracodawców Ochrony Zdrowia (European Hospital and Healthcare Employers' Association - HOSPEEM) a Europejską Federacją Związków Zawodowych Służb Publicznych (European Public Services Union - EPSU). Celem dyrektywy jest poprawa warunków pracy poprzez np. wyposażenie w sprzęt zapobiegający zranieniom ostrymi narzędziami. Należy zwrócić uwagę, iż to do obowiązków pracodawcy, wynikających z ustawy Kodeks pracy i przepisów wykonawczych, należy zapewnienie stosowania wszelkich, dostępnych środków do eliminacji zranień ostrymi narzędziami [12, 13]. Żądanie zapewnienia bezpieczeństwa w podmiocie

przez jednostki, instytucje zewnętrzne, nie znajduje odzwierciedlenia zarówno w rzeczywistości prawnej jak i pragmatyce.

Również w stosunku do osób innych niż udzielające świadczeń zdrowotnych podejmujących czynności w trakcie wykonywania których, dochodzi do naruszenia ciągłości tkanek ludzkich, istnieją przepisy prawne wprowadzające obowiązek wdrożenia i stosowania procedur zapewniających ochronę przez zakażeniami oraz chorobami zakaźnymi - zgodnie z zapisami art. 16 ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi. I podobnie jak w przypadku kierowników podmiotów leczniczych, nieprzestrzeganie tych przepisów grozi karą grzywny, nakładaną w drodze postępowania administracyjnego. Należy również pamiętać, iż klienci, u których doszło do zakażenia na skutek nie stosowania procedur zapobiegających szerszeniu się zakażeń lub niewłaściwego ich stosowania, mogą dochodzić roszczeń na drodze postępowania cywilnego [9, 14].

Jednym z ważniejszych czynników, warunkujących skuteczności podejmowanych czynności w zakresie zapobiegania zakażeniom związanym z udzielaniem świadczeń zdrowotnych i wykonywaniem usług z naruszeniem ciągłości tkanek, jest wysoka świadomość i odpowiednia postawa przełożonych lub osób zarządzających podmiotem, co przekłada się na odpowiedni sposób organizowania wewnętrznego systemu zapobiegania zakażeniom i chorobom zakaźnym oraz właściwy nadzór wewnętrzny nad tym systemem, w celu wyeliminowania ryzyk zdrowotnych i zapewnienia wysokiego poziomu bezpieczeństwa personelowi oraz klientom czy pacjentom.

Państwowa Inspekcja Sanitarna w czasie wykonywania działań kontrolnych - w ramach prowadzonego nadzoru - może wydać zalecenia stanowiące podstawę do podjęcia działań korygujących. Tak więc, istnieje możliwość sprawowania nadzoru przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej, umożliwiającego zainicjowanie lub wprowadzenie zmian w systemie funkcjonującym w danym podmiocie w sposób całkowicie sformalizowany. W przypadku niektórych podmiotów wydanie zaleceń pokontrolnych może być ponadto sposobem ułatwiającym personelowi pozyskanie dodatkowych środków finansowych lub innych środków koniecznych do wprowadzenia dodatkowego zabezpieczenia przez zakażeniami i chorobami zakaźnymi w miejscu pracy na poziomie kierowników i właścicieli zakładów pracy.

W działaniach spotykamy się również z twierdzeniem, iż kwestia zakażeń krwiopochodnych jest stosunkowo dobrze poznana w szpitalach i nie ma potrzeby wprowadzania dalszych modyfikacji i udoskonaleń na poziomie podmiotów wykonujących działalność leczniczą. Jednocześnie bagatelizowany jest problem wykonywania zabiegów z naruszeniem ciągłości tkanek w sektorze pozamedycznym. Zastanawiające wydaje się, iż bardziej akceptowalne dla społeczeństwa jest ryzyko przeniesienia zakażenia w salonach typu podmioty kosmetyczne, czy też tatuażu, niż w sektorze medycznym. Zgodnie z prezentowanymi opiniami,

zabiegi z naruszeniem ciągłości tkanek poza sektorem medycznym - jako drobne zabiegi, postrzegane są jako bezpieczniejsze. Takie powierzchowne traktowanie sprawy, przyczynia się jednak w rzeczywistości do rosnącego zagrożenia w związku z coraz powszechniej wykonywanymi zabiegami upiększającymi i z zakresu tatuażu i piercingu. Z praktyki wynika bowiem, iż to właśnie drobne zabiegi są przyczyną rozpowszechniania zakażeń z uwagi na brak lub niewłaściwie wykonanie procedur zapobiegających szerzeniu się chorób przenoszonych drogą krwi. Wśród najczęściej wymienianych błędów i uchybień wymieniane są między innymi niewłaściwe stosowanie rękawiczek jednorazowych (zbyt rzadko zmieniane), niewłaściwie dobierane i stosowane preparaty do dezynfekcji narzędzi (zbyt krótki czas dezynfekcji, używanie roztworu roboczego przez dłuższy czas niż zalecany przez producenta), czy też używanie narzędzi wielokrotnego użytku bez ich dezynfekcji i sterylizacji pomiędzy klientami (np. cążki do manicure). Co prawda, jak wspomniano powyżej, art. 16 ustawy zakaźnej wskazuje na konieczność wdrażania procedur zapobiegających szerzeniu się zakażeń również w podmiotach innych niż udzielających świadczeń zdrowotnych, podejmujących czynności, w trakcie wykonywania których dochodzi do naruszenia ciągłości tkanek ludzkich, jednak brak szczegółowych wymogów prawnych w tym zakresie może być uznawany przez właścicieli tego typu podmiotów za brak regulacji szczegółowych i powód nie stosowania konkretnych sposobów zapobiegania zakażeniom przenoszonym drogą krwi.

Projektowane rozporządzenie w sprawie szczegółowych wymagań sanitarno-higienicznych, jakim powinny odpowiadać obiekty, w których świadczone są usługi fryzjerskie, kosmetyczne, tatuażu i odnowy biologicznej doprecyzuje m.in. szczegółowe wymagania sanitarno-higieniczne, jakim powinny odpowiadać obiekty, w których świadczone są usługi fryzjerskie, kosmetyczne, tatuażu i odnowy biologicznej w zakresie procedur utrzymania czystości i dekontaminacji, czy też sposoby postępowania mające na celu zapobieganie zakażeniom i chorobom zakaźnym. Określi także kwalifikacje osób uprawnionych do realizacji procedur czystości i dekontaminacji. W projekcie rozporządzenia Ministra Zdrowia wymagania sanitarno-higieniczne w zakresie dezynfekcji i sterylizacji, w obiektach świadczących usługi fryzjerskie, tatuażu i odnowy biologicznej, określono podobnie jak w podmiotach leczniczych świadczących usługi medyczne. Pojawia się jednak pytanie - czy szczegółowe doregulowanie wymogów, bez gruntownej wiedzy usługodawcy i jego wewnętrznego przekonania o potrzebie chronienia zdrowia swojego i zdrowia klienta/ pacjenta, zmniejszy ryzyko zakażeń?

Niepokój może budzić również fakt, iż zabiegi wykonywane z naruszeniem ciągłości tkanek w sektorze usług medycznych i pozamedycznych otrzymują różną wagę. Państwowa Inspekcja Sanitarna spotyka się z poglądami, że zakażenia HBV, HCV czy HIV są problemem zakażeń szpitalnych i nie dotyczą salonów usługowych, wykonujących zabiegi inwazyjne z naruszeniem ciągłości tkanek. Zresztą



często, jako źródło problemu w takim przypadku identyfikowany jest klient nie podający swojego statusu medycznego (nie ma takiego obowiązku), nie zaś brak lub niewłaściwie wykonywane procedury zapobiegające szerzeniu się zakażeń. W praktyce, bez względu na sektor, w którym wykonywane są zabiegi z przerwaniem ciągłości tkanek, procedura taka wiąże się zawsze z ryzykiem ekspozycji na potencjalnie skażoną krew, a co za tym idzie wymaga wdrożenia i przestrzegania działań zapobiegających szerzeniu się zakażeń krwiopochodnych. Rozróżnianie podmiotów na medyczne i niemedyczne nie ma merytorycznego uzasadnienia. Poza określeniem wymogów prawnych w tym zakresie wciąż aktualna pozostaje potrzeba prowadzenia kampanii i akcji podnoszących poziom wiedzy w zakresie ryzyka transmisji zakażeń krwiopochodnych i ich prewencji. Szczególnie w sektorze usług pozamedycznych, wobec personelu nie mającego często zawodowego przygotowania w zakresie wiedzy medycznej, w tym wiedzy o sposobach minimalizacji ryzyka przeniesienia zakażeń.

Wśród problemów wymienianych przez przedstawicieli niektórych instytucji znajdują się również kwestie związane z finansowaniem elementów systemu zapobiegania zakażeniom krwiopochodnym przez świadczeniodawców/usługodawców, generujących dodatkowe, zbędne ich zdaniem koszty oraz pokusa szukania oszczędności przy wykonywaniu procedur zapobiegających szerzeniu się zakażeń i chorób zakaźnych. Wydaje się, iż do utrzymania takiego stanu rzeczy przyczyniają się również sami klienci poszukujący taniej usługi. Dlatego istotne jest kształtowanie świadomości społeczeństwa, gdyż wysokie wymagania klienta wymuszą stosowanie procedur gwarantujących bezpieczeństwo wykonywanych zabiegów przez personel i przedsiębiorców.

Jako rozwiązanie tego problemu wskazywane jest również wprowadzenie systemu odpowiedzialności finansowej w przypadku nie stosowania odpowiednich zabezpieczeń przez personel. Taki system jednak już istnieje w polskim prawie. Zgodnie z ustawą o zapobieganiu i zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych nieprzestrzeganie przepisów zawartych w art. 16 i 14 dotyczących opracowania i wdrożenia procedur przeciwepidemicznych dla podmiotów prowadzących działalność leczniczą i innych niż udzielające świadczeń medycznych, grozi karą grzywny, postępowanie zaś prowadzone jest na drodze kodeksu postępowania administracyjnego w sprawach o wykroczenia. Ponadto w razie stwierdzenia rażących nieprawidłowości sanitarno-higienicznych organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej mają odpowiednie narzędzia prawne - od wydania konkretnych zaleceń, nakazania działań w celu usunięcia uchybień do unieruchomienia podmiotu w całości lub części (w skrajnych przypadkach). Brak świadomości i znajomości przepisów prawa, a co za tym idzie konsekwencji nie stosowania systemu zapobiegania zakażeniom w podmiotach leczniczych i w sektorze pozamedycznym powinien zostać uwzględniony w działaniach interwencyjnych i edukacyjnych w przyszłości [9].

Odpowiedzialność finansowa za nieprzestrzeganie procedur zapobiegania zakażeniom dotyczy nie tylko odpowiedzialności wynikającej bezpośrednio z przepisów prawa. Należy zauważyć, iż to kierownik podmiotu wykonującego działalność leczniczą ponosi koszty postępowania w związku ze zwalczaniem ognisk zakażeń szpitalnych w sytuacji ich wystąpienia. Nie można bagatelizować kosztów odszkodowań z powództwa cywilnego dla pacjentów i klientów zakładów spoza sektora usług medycznych, w przypadku gdy udowodnione zostanie, iż do zakażenia doszło w wyniku zaniedbań z winy podmiotu. Zwłaszcza w tym ostatnim przypadku nieświadomość wysokich kosztów jakim może być obciążony podmiot wykonujący działalność usługową rodzi pokusę oszczędności na systemie zapobiegania zakażeniom i chorobom zakaźnym.

Niektóre podmioty wykonujące działalność gospodarczą postrzegają kontrole prowadzone przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej jako zagrożenie dla swojej działalności. W pogoni za szybkim zyskiem, kontrola traktowana jest jak istotne utrudnienie w prowadzeniu działalności. W związku z tym powstaje oczekiwanie, iż Państwowa Inspekcja Sanitarna powinna pełnić rolę jedynie doradczą, a mandaty karne i decyzje w zakresie konieczności wdrożenia zaleceń powinny być nakładane dopiero po kilkakrotnym ich stwierdzeniu, jako ostateczna forma wyegzekwowania odpowiednich standardów udzielania świadczeń z naruszeniem ciągłości tkanek. Takie podejście stanowi niebywałe zagrożenie dla zdrowia i życia pacjentów w sektorze usług medycznych i klientów podmiotów usługowych, bowiem narażenie na zakażenie w przypadku niewłaściwego stosowania procedur przeciwepidemicznych powstaje już od początku funkcjonowania podmiotu, a prawdopodobieństwo zakażenia rośnie, tak długo jak procedury nie są stosowane. Obecna forma kontroli i nadzoru jest skuteczna i błędem byłoby dalsze ustępstwa dla podmiotów. Jednocześnie należy zaznaczyć, iż podmioty spoza sektora medycznego mają możliwość przy opracowywaniu procedur, skonsultowania ich z właściwym państwowym inspektorem sanitarnym, który z kolei ma obowiązek wydania opinii w tym zakresie zgodnie z ustawą o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi. W praktyce jednak przedstawiciele stacji sanitarno-epidemiologicznych wskazują, iż usługodawcy nie korzystają z możliwości zasięgnięcia fachowej opinii w przedmiotowym zakresie [9].

Część instytucji przedstawia podgląd o konieczności wprowadzenia ścisłej kontroli, w tym społecznej poprzez upublicznianie wyników kontroli organów nadzorujących podmioty, z podaniem dokładnej treści stwierdzonych uchybień i zastrzeżeń. Podobne rozwiązania funkcjonują co prawda w niektórych krajach UE, ale przyjmowanie pojedynczych rozwiązań bez szczegółowej analizy uwarunkowań działalności podmiotów leczniczych i innych przedsiębiorstw usługowych w danym kraju, może powodować odmienne skutki niż zamierzone np. może prowadzić do naruszenia swobody działalności gospodarczej. Obecnie zgodnie z zapisami ustawy o Państwowej Inspekcji Sanitarnej, uzyskane przez organy PIS

w trakcie kontroli informacje oraz dokumenty zawierające tajemnicę prawnie chronioną kontrolowanego, nie mogą być przekazywane innym organom ani ujawniane (z wyłączeniem sądu lub prokuratora). Poza tym podanie do powszechnej wiadomości informacji zgodnie z postulatami mogłoby prowadzić do tzw. niezdrowej konkurencji. Mając na względzie zapewnienie skuteczności zapobiegania szerzeniu się zakażeń i chorób zakaźnych oraz cele nadzoru epidemiologicznego, określony został rozporządzeniem Ministra Zdrowia zakres i sposób prowadzenia kontroli zewnętrznej w zakresie realizacji zadań związanych z podejmowaniem działań zapobiegających szerzeniu się zakażeń i chorób zakaźnych w podmiotach leczniczych, a także warunki udostępniania i przechowywania dokumentacji powstałej w wyniku kontroli [3,9,15].

Dodatkowo postulowano również zmianę przepisów w zakresie prowadzenia kontroli tak, aby zwiększona została częstotliwość kontroli, a także aby umożliwić ich prowadzenie w sposób niezapowiedziany. Postulat taki jest niezrozumiały w kontekście przepisów, zgodnie z którymi państwowy inspektor sanitarny ma prawo wstępu do zakładów pracy oraz wszystkich pomieszczeń i urzędzeń wchodzących w ich skład, obiektów użyteczności publicznej, a także wstępu do mieszkań – w razie podejrzenia lub stwierdzenia choroby zakaźnej, zagrożenia zdrowia czynnikami środowiskowymi, a także jeżeli w mieszkaniu jest lub ma być prowadzona działalność produkcyjna lub usługowa. Jednocześnie należy podkreślić, iż ustawa o swobodzie działalności gospodarczej gwarantuje podmiotom 7 dni na przygotowanie się do kontroli. W praktyce większość kontroli jest prowadzona w sposób zaplanowany zgodnie z planem kontroli. Istnieje również możliwość przeprowadzenia w razie konieczności kontroli doraźnej np. na skutek istnienia podejrzenia nieprzestrzegania warunków sanitarno-higienicznych i procedur zapobiegających szerzeniu się zakażeń i chorób zakaźnych [3,15].

Mając na uwadze powyższe, należy stwierdzić, iż zarówno wprowadzenie zbyt wysokich obostrzeń (upublicznianie wyników kontroli), jak i całkowitej rezygnacji z konieczności przestrzegania standardów (likwidacja uprawnień Państwowej Inspekcji Sanitarnej do prowadzenia nadzoru i kontroli zewnętrznej na rzecz działań doradczych) może przynieść niekorzystne efekty dla zdrowia publicznego. Rozwiązaniem godnym uwagi wydaje się natomiast wprowadzenie w przyszłości, systemu certyfikacji salonów odnowy biologicznej, tatuażu i innych tego typu podmiotów w zakresie spełniania wymagań sanitarno-higienicznych i gwarantujących bezpieczeństwo oferowanych usług zarówno dla klienta jak i personelu.

Dodatkowo należy zwrócić uwagę na aspekt edukacyjny. W przeszłości w zakładach wykonujących usługi z naruszeniem ciągłości tkanek w sektorze poza-medycznym stosowane były np. z powodów oszczędności finansowych tzw. „sterylizatory” UV czy „sterylizatory” kulkowe nie nadające się do wykonywania procesu sterylizacji. W chwili obecnej, w skutek prowadzonych akcji informacyjnych, edukacyjnych, a także działań kontrolnych, sprzęt tego typu wycofywany

jest z użycia, a w jego miejsce stosowane są sterylizatory, które zapewniają skuteczność sterylizacji sprzętu wielokrotnego użytku. Ponadto coraz częściej stosowane są sprzęty i narzędzia jednorazowe, zapewniające bezpieczeństwo wykonywanych zabiegów z naruszeniem ciągłości tkanek. Coraz częściej obserwuje się stosowanie dobrych praktyk i dbałość w aspekcie profilaktyki zakażeń, a także chęć pogłębiania wiedzy w celu doboru najbardziej efektywnych rozwiązań do rodzaju wykonywanych usług. Należy też pamiętać, iż nie w każdym przypadku istnieje konieczność ponoszenia wysokich kosztów wykonywania procedur. Kierujący podmiotem usługowym ma bowiem możliwość np. podpisania umowy z innym zakładem w zakresie sterylizacji sprzętu wielokrotnego użytku bez konieczności zakupu drogiego sprzętu, wydzielania pomieszczenia na ten cel i kształcenia personelu do jego obsługi.

Z wniosków zebranych w toku działań Państwowej Inspekcji Sanitarnej, wynika, że wiedza nauczycieli zawodów zwiększonego ryzyka transmisji zakażeń krwiopochodnych jest często nieaktualna. Dodatkowo w toku kształcenia zawodowego tematyka zakażeń krwiopochodnych i ich prewencji jest traktowana w sposób powierzchowny lub marginalny. W związku z tym istnieje potrzeba aktualizowania podstawy programowej wybranych zawodów takich jak fryzjer, kosmetyczka oraz szkoleń podyplomowych nauczycieli ww. zawodów w celu uposażenia ich w narzędzia umożliwiające przekazywanie rzetelnej wiedzy w zakresie ryzyka zakażeń krwiopochodnych i sposobów ich zapobiegania. Kolejny problem stanowią kwestie związane z możliwością zapewnienia odpowiednich szkoleń dla tatuażystów. W Polsce nie ma bowiem kierunku zawodowego przeznaczanego dla tej grupy zawodowej. W związku z czym pozyskują oni wiedzę w zakresie zakażeń i chorób zakaźnych niejednokrotnie na drodze samokształcenia. Wydaje się, iż kontynuowanie organizacji szkoleń dla tej grupy zawodowej może przyczynić się do poprawy standardów wykonywania usług typu tatuaż i poprawy ich bezpieczeństwa. Podkreślenia wymaga fakt, iż ta grupa zawodowa chętnie poddaje się szkoleniom, głównie z uwagi na wysoką świadomość ryzyka jakim jest możliwość przeniesienia drogą krwi wirusa HIV, a wiedza prezentowana przez tę grupę osób jest niejednokrotnie postrzegana na wysokim poziomie.

W przypadku zawodów medycznych wiedza nt. HCV jest przekazywana zarówno w toku studiów podstawowych, jak i w toku kształcenia ustawicznego (podyplomowego i specjalizacyjnego) oraz w trakcie szkoleń personelu szpitali w zakresie kontroli zakażeń szpitalnych, które zgodnie z ustawą o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych prowadzone są przez Zespoły Kontroli Zakażeń Szpitalnych. Należy jednak zaznaczyć, że również w tym zakresie daje się zidentyfikować pewne braki np. z ankiety przeprowadzonej wśród studentów medycyny i kierunku stomatologicznego pierwszego i ostatniego roku w ramach projektu SPPW *Zapobieganie Zakażeniom HCV* w Projekcie nr 4 *Jako-*

ściowa ocena ryzyka zakażeniem HCV w świetle stosowanych procedur medycznych w wybranych zakładach opieki zdrowotnej wynika, że studenci - niezależnie od rocznika studiów - mają niską świadomość w zakresie ryzyka i prewencji HCV [6,9].

O niewystarczającej wiedzy pracowników w zakresie prewencji zakażeń krwiopochodnym może świadczyć wymienianie, wśród katalogu naruszeń sprzyjających szerzeniu się chorób przenoszonych drogą krwi, takich uchybień jak niewłaściwy stan pomieszczeń, czy też zbyt gęsto ustawione łóżka. Uchybienia te choć rzeczywiste i w sposób znaczny obniżające standardy usług medycznych, nie mają większego znaczenia w przypadku prewencji chorób krwiopochodnych. Mogą natomiast oczywiście mieć znaczenie w przypadku innych zakażeń szpitalnych przenoszonych np. drogą kontaktową (np. na skutek bezpośredniej styczności z drobnoustrojami chorobotwórczymi).

Wychodząc naprzeciw potrzebom, jak wspomniano już we wcześniejszej części materiału, na przestrzeni ostatnich lat zostały zorganizowane duże projekty edukacyjno-szkoleniowe o zasięgu ogólnokrajowym, obejmujące różne grupy docelowe, w tym personel medyczny, społeczeństwo i tzw. grupy zawodowe zwiększonego ryzyka. Szkolenia te odbywały się bezpłatnie dla uczestników. Z doświadczeń jakie płyną z ich organizacji wynika, że niejednokrotnie ww. grupy zawodowe zwiększonego ryzyka nie dostrzegają znaczenia kształcenia. Nawet bezpłatne szkolenia wymagały bardzo dużego zaangażowania w zebranie odpowiedniej liczby uczestników. Jako powód nieuczestniczenia w szkoleniach podawano niedogodne terminy związane z faktem, iż całodzienne szkolenia powodują konieczność zamknięcia salonu i utratę dochodów. Pozytywny odzew ze strony części podmiotów przekłada się jednak na bezpieczeństwo personelu i klientów, a w konsekwencji może doprowadzić w rzeczywistości do zwiększenia zarobku wynikającego z zadowolenia klienta, który będzie chętnie wracał po kolejne usługi.

Wychodząc naprzeciw oczekiwaniom personelu sektora usługowego w ramach Szwajcarsko-Polskiego Programu Współpracy *Zapobieganie Zakażeniom HCV* realizowanego w latach 2012-2016 opracowano - poza kursami stacjonarnymi - również szkolenia e-learningowe. Dotychczas ze szkoleń internetowych skorzystało ponad 6 000 osób. Na platformie internetowej zamieszczone są materiały informacyjno-edukacyjne w zakresie ryzyka transmisji zakażenia na skutek niewłaściwie wykonywanych procedur w trakcie zabiegów z naruszeniem ciągłości tkanek, a także sposobów prewencji tego typu zakażeń. Wydaje się, iż szkolenia e-learningowe z uwagi na możliwość odbycia kursu w dowolnym czasie i lokalizacji powinny stać się dogodnym narzędziem, umożliwiającym zdobycie rzetelnej i aktualnej wiedzy na temat zakażeń krwiopochodnych [6].

## Podsumowanie

Istotną rolę w ograniczeniu zachorowalności na WZW C i inne choroby przenoszone drogą krwiopochodną w Polsce mają podejmowane przez Państwową Inspekcję Sanitarną działania o charakterze uregulowań prawnych i bieżącego nadzoru sanitarnego, które doprowadziły do zdecydowanej poprawy bezpieczeństwa epidemiologicznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych wykonywanych w podmiotach leczniczych. Do czasu wydania podobnych uregulowań prawnych, których adresatami będą podmioty prowadzące działalność gospodarczą z zakresu fryzjerstwa, kosmetologii, tatuażu i innych zabiegów upiększających, w stosunku do właścicieli i personelu tych zakładów, kontynuowane muszą być działania nadzorująco-edukacyjne.

Brak szczepionki przeciwko HCV powoduje, że obok wczesnej diagnostyki osób z grup ryzyka oraz nadzoru nad przestrzeganiem procedur uniemożliwiających szerzenie się zakażeń HCV, jedną z najważniejszych metod zapobiegania jest edukacja społeczeństwa. Celem tych działań jest podniesienie poziomu wiedzy środowiska medycznego i społeczeństwa na temat wirusa HCV, w tym o drogach zakażenia i czynnikach ryzyka w podmiotach wykonujących zabiegi z naruszeniem ciągłości tkanek. Pomimo organizowanych od kilkunastu lat kampanii ogólnokrajowych dotyczących zapobiegania zakażeniom HCV, a także inicjatyw lokalnych wdrażanych przez jednostki samorządu terytorialnego, istnieje potrzeba prowadzenia dalszych działań edukacyjnych i szkoleniowych skierowanych do szerokich grup odbiorców.

Mając na uwadze cele globalnej strategii zwalczania WZW C dla sektora zdrowia przewiduje się, iż w Polsce trendy dotyczące liczby pacjentów z odległymi następstwami zakażenia HCV będą dotyczyć głównie wzrostu liczby osób z marskością i zdekompensowaną marskością wątroby o 50% rocznie, a także wzrostu zachorowań na raka pierwotnego wątroby o 60% rocznie. W związku z powyższym działania w zakresie prewencji zakażeń HCV powinny być bezwzględnie kontynuowane.

Opinie niektórych osób, zwłaszcza działających w obszarze zdrowia publicznego, na temat niedoskonałości systemu nadzoru, edukacji czy kształcenia, powinny być zweryfikowane w oparciu o aktualne przepisy prawa, funkcjonujące rozwiązania merytoryczne oraz zaktualizowane dane epidemiologiczne.

## PIŚMIENNICTWO

1. Ustawa z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznych (Dz. U. 1916).
2. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 4 sierpnia 2016 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016-2020 (Dz.U. 2016 poz. 1492).
3. Ustawa z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej (Dz. U. z 2015 r. poz. 1412 z późn. zm).
4. Praca zbiorowa. (2016) Global Health Strategy on Viral Hepatitis for 2016-2020, WHO.
5. Meldunki epidemiologiczne, [www.nizp.pzh.gov](http://www.nizp.pzh.gov).
6. Praca zbiorowa. (2017) Zapobieganie zakażeniom HCV” jako przykład zintegrowanych działań w zdrowiu publicznym na rzecz ograniczania zakażeń krwiopochodnych.
7. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2015 r. poz. 581 z późn. zm.).
8. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 sierpnia 2009 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych (Dz.U. 2009 nr 137 poz. 1126).
9. Ustawa z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. z 2016 r. poz. 1866).
10. Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2015 r. poz. 618 z późn.zm.).
11. Ustawa z dnia 14 grudnia 2012 r. o odpadach (Dz.U. 2016 poz. 1987).
12. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 czerwca 2013 r. w sprawie bezpieczeństwa i higieny pracy przy wykonywaniu prac związanych z narażeniem na zranienie ostrymi narzędziami używanymi przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych (Dz. U. poz. 696).
13. Praca zbiorowa. (2013) Zranienia ostrymi narzędziami - przewodnik po rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 6 czerwca 2013 r. w sprawie bezpieczeństwa i higieny pracy przy wykonywaniu prac związanych z narażeniem na zranienie ostrymi narzędziami używanymi przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych.
14. Jakimiak B, Röhm-Rodowald E. Profilaktyka zakażeń, w tym zakażeń HCV, w gabinetach usług upiększających - wymagania sanitarne ze szczególnym uwzględnieniem zagadnień dekontaminacji, w tym dezynfekcji i sterylizacji, materiał opracowany w ramach Projektu „Edukacja pracowników wybranych zawodów zwiększonego ryzyka transmisji zakażeń krwiopochodnych i ogółu społeczeństwa w zakresie prewencji (HCV, HBV, HIV)”.
15. Ustawa z dnia 2 lipca 2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej (Dz. U. z 2016 r. poz.1829 z późn. zm.).

# SYTUACJA CHORYCH NA WZW C W POLSCE NA TLE UNII EUROPEJSKIEJ

Mgr Barbara Pepke

Prezes Fundacji Gwiazda Nadziei, Lider Koalicji Hepatologicznej

Pacjenci ze zdiagnozowanym wirusowym zapaleniem wątroby typu C (WZW C) stanowią szczególną grupę, która ze swoim problemem nie ujawnia się w bliższym i dalszym otoczeniu, w obawie przez stygmatyzacją. Dlatego tym większą rolę w nagłaśnianiu problemów oraz zabieganiu o poprawę w dostępie do diagnostyki i leczenia mają organizacje pacjentów, działające w tym obszarze. Niniejszy rozdział przybliży działania tych organizacji. Zawarto w nim opis sytuacji pacjentów, wskazując na specyfikę choroby zakaźnej, której towarzyszy dyskryminacja i wykluczenie społeczne. Przedstawiono dane dotyczące kolejek oczekiwania na diagnostykę i leczenie oraz poziom nakładów finansowych przeznaczonych na terapię w poszczególnych województwach. Wskazano obszary wymagające poprawy z punktu widzenia pacjenta. Dzięki wdrożeniu systemowych rozwiązań w tym zakresie, możliwe będzie ograniczenie liczby powikłań bezpośrednio zagrażających zdrowiu i życiu pacjentów zakażonych wirusem HCV.

Mając na uwadze to, że w Polsce ponad 80% osób cierpiących na WZW C zostało zakażonych w placówkach medycznych podczas transfuzji krwi (w Polsce przed 1992r krew nie była badana na obecność wirusa HCV) albo też wskutek błędu ludzkiego lub niedbalstwa w wykonywaniu procedur medycznych i sterylizacji, moralnym obowiązkiem Państwa Polskiego oraz zadaniem systemu publicznej ochrony zdrowia jest dołożenie wszelkich starań do wykrywania zakażeń HCV na jak najwcześniejszym etapie oraz zapewnienie kompleksowej opieki medycznej, zmierzającej do eliminacji HCV na skalę światową.

## **8.1. Rola organizacji społecznych w kształtowaniu polityki zdrowotnej**

W Polsce istnieje 7 organizacji pozarządowych działających w obszarze chorób wątroby. Choć same organizacje bardzo się od siebie różnią w sposobie swojego działania - jedne koncentrują się na edukacji o chorobie i organizacji badań



przesiewowych, drudzy na tworzeniu grup wsparcia, jeszcze inni na rzeczowej i finansowej pomocy - łączy ich jeden cel: dążenie do poprawy w dostępie do świadczeń medycznych swoich podopiecznych. Dlatego w 2012 r. najbardziej aktywne organizacje pozarządowe w Polsce, które w swych działaniach skupione są na poprawie sytuacji pacjentów z chorobami wątroby, powołały do życia Koalicję Hepatologiczną. Odtąd to Koalicja reprezentuje interesy osób z chorobami hepatotropowymi, współpracując z innymi instytucjami i organizacjami eksperckimi.

Koalicję Hepatologiczną tworzą następujące organizacje pozarządowe, reprezentujące głos blisko miliona pacjentów dotkniętych HCV i HBV w Polsce:

- **Fundacja „Gwiazda Nadziei”**  
[www.gwiazdanadziei.pl](http://www.gwiazdanadziei.pl)
- **Fundacja Osób po Przeszczepieniu Wątroby „Transplantacja OK!”**  
[www.trok.org.pl](http://www.trok.org.pl)
- **Stowarzyszenie Pomocy Chorym Dzieciom „LIVER”**  
[www.liver.pl](http://www.liver.pl)
- **Stowarzyszenie Pomocy Pacjentom ze Schorzeniami Wątroby na Tle Wirusowym „SOS WZW”**  
[www.soswzw.pl](http://www.soswzw.pl)
- **Stowarzyszenie „Życie po Przeszczepie”**  
[www.przeszczep.pl](http://www.przeszczep.pl)

Oprócz wyżej wymienionych organizacji, pacjentów z wirusowym zapaleniem wątroby również zrzeszają:

- **Stowarzyszenie Pomocy Osobom Zakażonym Wirusami Hepatotropowymi Hepa-Help**  
[www.hepahelp.pl](http://www.hepahelp.pl)
- **Ogólnopolskie Stowarzyszenie Pomocy Chorym z HCV Prometeusze**  
[www.prometeusze.pl](http://www.prometeusze.pl)

Organizacje skupione w Koalicji Hepatologicznej - od samego początku połączenia sił - starają się brać czynny udział w kształtowaniu polityki zdrowotnej na każdym jej etapie, aby tym samym przyczynić się do poprawy opieki nad pacjentami, zwiększyć wykrywalność zakażeń na wczesnym etapie, a tym samym ograniczyć konieczność transplantacji oraz zmniejszyć liczbę przedwczesnych zgonów. Członkowie Koalicji Hepatologicznej zwracają również uwagę na konieczność podnoszenia świadomości społeczeństwa na temat WZW, aby móc ograniczyć sytuacje sprzyjające rozprzestrzenianiu się zakażeń oraz budować poczucie tolerancji wobec osób już zakażonych [1].

Spółeczne organizacje pacjenckie posiadają narzędzia i środki, dzięki którym potrafią wypełnić luki w zaspakajaniu potrzeb związanych z tematyką HCV. Czynią to na co dzień między innymi przez:

- wspieranie finansowe i rzeczowe placówek oraz instytucji, a także indywidualnych chorych;
- organizowanie i finansowanie terapii, zakupów sprzętu rehabilitacyjnego, leków;
- organizowanie badań przesiewowych wykrywających choroby wątroby;
- organizowanie i prowadzenie szkoleń dla lekarzy oraz programów edukacyjnych skierowanych do młodzieży;
- inicjowanie, wspieranie, bądź organizowanie akcji społecznych, profilaktycznych oraz edukacyjnych, w których starają się wszechstronnie upowszechnić informacje o drogach rozprzestrzeniania się zakażenia oraz zachęcać do diagnozowania;
- udzielanie wsparcia psychologicznego chorym oraz ich rodzinom;
- organizowanie programów diagnostycznych i terapeutycznych.

## 8.2. Aspekt społeczny zakażenia HCV

Niewiele opracowań porusza problem zakażeń wirusem HCV w ujęciu psychologicznym i społecznym. Zostało to zauważone również przez twórców opracowania pt. *HCV w Polsce. Strategia rozwiązywania problemu zdrowotnego oraz działania w perspektywie 2015-2016*, w której autorzy przyznają, iż pomijanie tych kwestii i skupianie się jedynie nad epidemiologią i leczeniem jest nieuzasadnionym i zawężonym podejściem. Stygmatyzujący charakter zakażenia HCV sprawia, iż aspekt społeczny i psychologiczny winien być traktowany na równi z aspektem zdrowotnym [2].

Osoba, u której zostało zdiagnozowane przewlekłe WZW C przeżywa podwójną traumę. Oprócz obawy o własne życie i zdrowie, pojawia się lęk o bezpieczeństwo swoich bliskich. Pierwszą i z reguły najważniejszą informacją, która dociera do świadomości pacjenta jest to, że WZW C jest chorobą zakaźną, przenoszoną przez kontakt z krwią osoby zakażonej. Choroba i związane z nią przeżycia często są powodem rozpadów związków bądź trudności w ich zakładaniu. Młodzi pacjenci mają problemy ze znalezieniem osoby, która jest w stanie zaakceptować to, że są zakażeni, bądź też sami rezygnują z prób założenia związku w obawie przed brakiem akceptacji ze strony potencjalnego partnera, bądź też jego rodziny.

Fakt zakażenia ma również wpływ na wybór zawodu czy też ścieżki kariery zawodowej. Pacjenci często ukrywają przed pracodawcą informację o swoim zakażeniu w obawie przed utratą pracy bądź pojawieniem się stygmatyzacji ze strony współpracowników. Chorzy, oczekujący na terapię, odwołują moment zmiany pracy do czasu wyleczenia, obawiając się utraty nowej pracy podczas terapii, której do niedawna towarzyszyło wiele objawów ubocznych.

Nie jest rzadkością krzywdzące traktowanie pacjenta zakażonego wirusem HCV w innych placówkach opieki zdrowotnej. Fora internetowe, na których wypowiadają się pacjenci, pełne są historii, w których odmawiano im usług stomatologicznych czy ginekologicznych, kazano przyjść na koniec dnia, wyznaczano osobne toalety w szpitalach, podawano posiłki w naczyniach jednorazowego użytku w odróżnieniu do reszty pacjentów.

Powodem tak krzywdzącego traktowania osób, u których zdiagnozowano zakażenie wirusem HCV jest niska świadomość społeczeństwa na temat dróg rozprzestrzeniania się tego wirusa. Mimo licznych kampanii społecznych, nadal wielu ludziom wydaje się, że zakażenie HCV przenosi się drogą iniekcyjnego przyjmowania narkotyków albo w wyniku kontaktów seksualnych z wieloma osobami. Co najgorsze, takie poglądy niekiedy wyznają również lekarze POZ, którzy swoją edukację na temat wirusów hepatotropowych zakończyli wiele lat temu.

Można śmiało stwierdzić, iż dla pacjentów zakażonych HCV, aspekt choroby zakaźnej w większości przypadków góruje nad aspektem zdrowotnym. Niejednokrotnie staje się przyczyną występowania depresji, albo znacznego obniżenia komfortu życia, przejawiającego się w postaci długofalowego obniżenia nastroju. To sprawia, że dla większości z nich, głównym życiowym celem staje się eliminacja zakażenia HCV, a dopiero w dalszej kolejności - regeneracja wątroby. Wyeliminowanie wirusa w wyniku terapii, co obecnie obserwujemy na poziomie sięgającym 100%, pociąga za sobą znaczną poprawę jakości życia pacjenta. Należy więc dążyć do tego, aby móc leczyć osoby zdiagnozowane w możliwie najkrótszym czasie od rozpoznania zakażenia. Niestety system opieki nad pacjentem z WZW C w Polsce finansowany ze środków publicznych nie zapewnia ani szybkiego dostępu do pogłębionej diagnostyki i leczenia przeciwwirusowego, ani też adekwatnej do potrzeb opieki psychologicznej. Opieka psychologiczna jest tym bardziej niezbędna w czasie leczenia pacjentów terapiami z użyciem interferonu, które w wielu przypadkach wywołuje u osób leczonych zaburzenia zmian nastroju, pojawienie się stanów lękowych czy nawet depresji.

Innowacyjne metody leczenia WZW C, które w Polsce pojawiły się na listach leków refundowanych w 2015 r., nie powodują już tak silnych skutków ubocznych jak wcześniejsze terapie interferonowe (depresja i obniżenie nastroju). Również znaczący wzrost skuteczności terapii przeciwwirusowych (z 40% do 100%) sprawiły, że zmieniło się podejście pacjentów do choroby. Diagnoza WZW C nie jest dla pacjentów tak silnym doświadczeniem traumatycznym jak było to kilka lat temu. Chorzy chętnie korzystają z pomocy psychologicznej - którą oferują niektóre organizacje pozarządowe - do rozwiązania problemów, które niekoniernie wynikają z diagnozy WZW C. Pacjenci oczekują terapii psychologicznej ukierunkowanej na pomoc w zakresie rozwiązywania problemów wynikających z ich ogólnej sytuacji życiowej [3].

### 8.3. Postęp w diagnozowaniu i leczeniu WZW C

Z myślą o poprawie sytuacji pacjentów cierpiących na WZW C, w 2016 r. Koalicja Hepatologiczna przygotowała raport pt. *System Opieki nad Pacjentami z Wirusowym Zapaleniem Wątroby typu C*. Przedstawiono w nim najważniejsze problemy w diagnozowaniu i leczeniu WZW C. Raport stał się punktem wyjścia do dalszej pracy organizacji [4].

Ostatnie lata przyniosły znaczny postęp w leczeniu wirusowego zapalenia wątroby typu C. W 2015 r. wprowadzono do obrotu kilka terapii bezinterferonowych o wysokiej, blisko stuprocentowej skuteczności oraz wysokim bezpieczeństwie stosowania. W Polsce pierwsze nowoczesne terapie zostały wprowadzone na listę leków refundowanych 1 lipca 2015 r., kolejne dwie dołączyły do nich 1 września i 1 listopada 2015 r. Decyzje o finansowaniu w Polsce terapii bezinterferonowych były odpowiedzią na postulaty zarówno środowiska ekspertów, jak i pacjentów.

Polscy pacjenci w 2015 r. uzyskali dostęp do leczenia zgodnego z rekomendacjami Polskiej Grupy Ekspertów HCV oraz wytycznymi międzynarodowych towarzystw naukowych na podstawie zapisów programu lekowego *Leczenie bezinterferonowe wirusowego zapalenia wątroby typu C (ICD-10 B.18.2)*, stanowiącego załącznik do obwieszczenia refundacyjnego Ministra Zdrowia [5].

Z informacji uzyskanych od innych europejskich organizacji pacjenckich wynika, że kryteria kwalifikacji do leczenia oraz liczba bezinterferonowych terapii finansowanych w Polsce z budżetu państwa, są zdecydowanie lepsze w porównaniu z innymi państwami Unii Europejskiej.

Europejskie Stowarzyszenie Pacjentów z Chorobami Wątroby (ang. European Liver Patients Association, w skrócie nazywane ELPA) na podstawie danych zebranych od swoich członków, stworzyło mapy przedstawiające możliwości leczenia WZW C nowoczesnymi terapiami. Z danych wynika, że już prawie w całej Europie dostępne są nowe, bezinterferonowe terapie, ale tylko pięć krajów zdecydowało się nie wprowadzać ograniczeń w dostępie do leczenia. Wszystkie leki nowej generacji są dostępne m.in. w Polsce, Niemczech, Francji, Hiszpanii, Grecji i Wielkiej Brytanii. Natomiast Portugalia, Chorwacja, Bułgaria, Węgry i Rumunia wprowadziły tylko niektóre z nich, a dwa kraje nadal pozostają bez leków działających bezpośrednio na wirusa HCV. Przy tak szerokich możliwościach leczenia, większość krajów zdecydowała się na wprowadzenie ograniczeń w dostępie do terapii, w zależności od stopnia włóknienia wątroby.

Polska wraz z Niemcami, Holandią, Słowenią, Portugalią i Chorwacją tworzą czołówkę państw, które takich ograniczeń nie wprowadziły, stwarzając tym samym optymalne warunki do leczenia chorych na WZW C, niezależnie od genotypu HCV i stopnia włóknienia wątroby.

Fundacja Gwiazda Nadziei jest członkiem europejskiego stowarzyszenia ELPA oraz ogólnoświatowego stowarzyszenia World Hepatitis Alliance, dzięki czemu może na bieżąco śledzić proces udostępniania nowoczesnych terapii oraz porównywać poziom opieki nad polskimi pacjentami na tle innych krajów [6].

#### **8.4. Dostęp do opieki nad pacjentami z WZW C w Polsce i w Europie**

Problemem, który środowisko pacjenckie identyfikuje od dawna, jest długie oczekiwanie na pierwsze konsultacje u specjalisty leczenia chorób zakaźnych. Chociaż sytuacja ta jest odmienna w różnych miejscach w kraju, w większości placówek okres ten wynosi od 6 do 12 miesięcy. Nie ulega wątpliwości, że kolejki do specjalistów należy skrócić. Jest to problem identyfikowany w wielu dziedzinach medycyny, niemniej wydaje się możliwe wprowadzenie rozwiązań, które długookresowo pozwolą wyeliminować trudności. Przetom w leczeniu wirusowego zapalenia wątroby typu C i wprowadzenie terapii polegających na przyjmowaniu leków w znacznej większości niewywołujących skutków ubocznych, może być źródłem oszczędności środków finansowych przeznaczonych na finansowanie hospitalizacji osób z WZW C oraz oszczędności czasu pracy lekarzy zatrudnionych na oddziałach szpitalnych. Teraz praca lekarzy oraz środki finansowe (wcześniej pochłaniane na oddziałach szpitalnych) mogą zostać przeniesione do ambulatoryjnej opieki, co tym samym pozwoli znacznie skrócić okres oczekiwania na konsultacje medyczne oraz na leczenie w poradniach.

Również zmiana sposobu diagnozowania stanu wątroby przemawia za tym, aby spodziewać się mniejszej liczby hospitalizacji. W 2015 r. programy leczenia przewlekłego WZW C dopuściły diagnozowanie włóknienia wątroby metodą elastografii. Pacjenci nie muszą już być poddawani inwazyjnej i bolesnej biopsji wątroby.

Nadal pozostaje problem długiego oczekiwania na skuteczną terapię, pozwalającą pacjentom pozbyć się zakażenia wirusem HCV. Z informacji udostępnianych przez Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) wynika, że w całej Polsce na dzień 21 lutego 2017 r. w kolejce do leczenia terapiami przeciwwirusowymi oczekuje 10 015 chorych zakażonych wirusem HCV.

Aby mieć pełniejszy obraz sytuacji należałoby zadać sobie pytanie: ile osób wymagających terapii aktualnie oczekuje w kolejkach na pierwszorazowe przyjęcie do poradni.

Nie dysponujemy informacjami dotyczącymi liczby pacjentów, którzy mogą być poddawani leczeniu każdego roku. Szacunki jednak wskazują, że liczba chorych którzy zostaną poddani terapii przeciwwirusowej w pierwszym półroczu 2017 r. wyniesie 4,5 tys. osób.

Ze względu na dysproporcje pomiędzy liczbą pacjentów wymagających leczenia a możliwościami finansowanymi Narodowego Funduszu Zdrowia, lekarze z reguły podejmują decyzję o włączaniu do leczenia w pierwszej kolejności chorych z zaawansowanym włóknieniem wątroby, którzy zagrożeni są pojawieniem się choroby nowotworowej wątroby. Pacjenci z mniej postępującym procesem chorobowym w niektórych województwach będą czekać na podjęcie leczenia nawet 5-6 lat. Nie ulega wątpliwości, że dla uzyskania jak najlepszego efektu zdrowotnego oraz ograniczenia rozprzestrzeniania się zakażeń HCV w Polsce, niezbędne jest nie tylko zwiększenie liczby pacjentów diagnozowanych, lecz również skutecznie leczonych [4].

Polscy pacjenci chorujący na przewlekle WZW C diagnozowani są bardzo późno. Ponad 20% z nich w momencie diagnozy ma już 3-ci lub 4-ty stopień włóknienia wątroby (4-ty stopień oznacza marskość) [7].

Informacje na temat czasu oczekiwania pacjentów na pierwszą wizytę do poradni wirusowego zapalenia wątroby oraz czas oczekiwania w kolejce na włączenie do terapii przeciwwirusowej przedstawia tabela 8.1., zawierająca dane pozyskane ze strony Narodowego Funduszu Zdrowia ([www.kolejki.nfz.gov.pl](http://www.kolejki.nfz.gov.pl)) udostępnione w ramach Ogólnopolskiego Informatora o Czasie Oczekiwania na Świadczenia Medyczne [8].

Należy uwzględnić, że w pojedynczych przypadkach placówki lecznicze mogą zaniedbywać obowiązek bieżącego raportowania do NFZ stanu kolejek, dlatego zestawienie to nie jest w 100% kompletne, jednakże można przyjąć założenie, że odzwierciedla aktualny obraz dostępu do diagnozy i leczenia zakażeń HCV w Polsce na dzień 21.02.2017 r.

**Tabela 8.1.**

Kolejki oczekiwania do poradni WZW oraz na terapię przeciwwirusowe w ramach programu *leczenie przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu C terapią bezinterferonową (ICD-10 B 18.2)*

Placówki medyczne	leczenie pacjentów stabilnych	leczenie przypadków pilnych	termin przyjęcia do poradni WZW	liczba pacjentów oczekujących na terapię
<b>WOJEWÓDZTWO DOLNOŚLĄSKIE</b>				
Wrocław WOJEWÓDZKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY IM. J. GROMKOWSKIEGO	12.2030	12.2021	13.11.2017	1025
Wrocław MED-FIX CENTRUM MEDYCZNE SP. Z O.O.	01.2019	02.2017	12.2017	56
Wrocław UNIWERSYTECKI SZPITAL KLINICZNY IM. JANA MIKULICZA-RADECKIEGO	02.2017	02.2017	brak poradni	15

Bolesławiec ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ	02.2017	02.2017	18.09.2017	11
Legnica WOJEWÓDZKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY	brak kontraktu	brak kontraktu	11.09.2017	
Wałbrzych SPECJALISTYCZNY SZPITAL IM. DRA ALFREDA SOKOŁOWSKIEGO	brak danych	12.2017	20.12.2017	64
<b>WOJEWÓDZTWO KUJAWSKO-POMORSKIE</b>				
Toruń WOJEWÓDZKI SZPITAL ZESPOLONY IM. L. RYDYGIERA	07.2018	02.2018	09.02.2018	171
Bydgoszcz WOJEWÓDZKI SZPITAL OBSERWACYJNO-ZAKAŻNY IM. TADEUSZA BROWICZA	04.2019	05.2017	brak poradni	671
Grudziądz SPZOZ WOJSKOWA SPECJALISTYCZNA PRZYCHODNIA LEKARSKA	brak kontraktu	brak kontraktu	25.04.2017	
Włocławek WOJEWÓDZKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY	brak kontraktu	brak kontraktu	07.08.2017	
<b>WOJEWÓDZTWO LUBELSKIE</b>				
Łuków SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ	09.2018	02.2017	22.02.2017	24
Lublin SAMODZIELNY PUBLICZNY SZPITAL KLINICZNY NR 1	02.2019	01.2018	16.12.2017	584
Lublin ARION SZPITAL SP. Z O.O.	brak danych	brak danych	brak danych	
Biała Podlaska WOJEWÓDZKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY	03.2019	03.2017	21.06.2017	44
Chełm SAMODZIELNY PUBLICZNY WOJEWÓDZKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY W CHELMIE	09.2018	02.2017	13.04.2017	27
Puławy SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W PUŁAWACH	07.2020	02.2017	31.05.2017	53
<b>WOJEWÓDZTWO LUBUSKIE</b>				
Gorzów Wielkopolski WIELOSPECJALISTYCZNY SZPITAL WOJEWÓDZKI Sp. z o.o.	04.2018	02.2017	14.11.2017	58
Zielona Góra LUBUSKA SPECJALISTYCZNA PORADNIA CHOROÓB WĄTROBY	04.2019	04.2018	28.02.2017	183
Zielona Góra WOJEWÓDZKI SZPITAL KLINICZNY IM. KAROLA MARCINKOWSKIEGO	brak kontraktu	brak kontraktu	07.09.2017	
<b>WOJEWÓDZTWO ŁÓDZKIE</b>				
Łódź WOJEWÓDZKI SPECJALISTYCZNY SZPITAL IM. DR WŁ. BIEGAŃSKIEGO	01.2019	06.2018	31.01.2018	633
Łódź WOJSKOWA SPECJALISTYCZNA PRZYCHODNIA LEKARSKA	brak kontraktu	brak kontraktu	24.10.2017	
Skierniewice WOJEWÓDZKI SZPITAL ZESPOLONY IM. STANISŁAWA RYBICKIEGO	brak kontraktu	brak kontraktu	22.11.2017	

Tomaszów Mazowiecki TOMASZOWSKIE CENTRUM ZDROWIA	brak kontraktu	brak kontraktu	19.06.2017	
Piotrków Trybunalski SAMODZIELNY SZPITAL WOJEWÓDZKI IM. MIKOŁAJA KOPERNIKA	brak kontraktu	brak kontraktu	05.04.2017	
Betchatów TWOJE CENTRUM MEDYCZNE SP. Z O.O.	brak kontraktu	brak kontraktu	31.05.2017	
<b>WOJEWÓDZTWO MAŁOPOLSKIE</b>				
Proszowice SAMODZIELNY PUBLICZNY ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ	brak danych	brak danych	28.02.2017	
Kraków 5 WOJSKOWY SZPITAL KLINICZNY Z POLIKLINIKĄ - SPZOZ	brak danych	brak danych	brak danych	
Kraków KRAKOWSKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY IM. JANA PAWŁA II	02.2017	04.2017	10.04.2017	91
Kraków SP ZOZ SZPITAL UNIWERSYTECKI	06.2018	09.2017	26.07.2017	247
Kraków Szpital Żeromskiego SPZOZ	01.2018	02.2017	20.07.2017	76
Dąbrowa Tarnowska ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ	03.2017	02.2017	brak poradni	4
Myślenice SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ	brak kontraktu	brak kontraktu	12.09.2017	
Wadowice ZESPÓŁ ZAKŁADÓW OPIEKI ZDROWOTNEJ	brak kontraktu	brak kontraktu	12.09.2017	
Olkusz NOWY SZPITAL SP. Z O.O.	brak kontraktu	brak kontraktu	29.05.2017	
Gorlice SZPITAL SPECJALISTYCZNY IM. HENRYKA KLIMONTOWICZA	brak kontraktu	brak kontraktu	16.05.2017	
<b>WOJEWÓDZTWO MAZOWIECKIE</b>				
Warszawa CENTRALNY SZPITAL KLINICZNY MSWiA	10.2017	02.2017	18.04.2017	7
Warszawa WOJEWÓDZKI SZPITAL ZAKAŻNY	03.2017	02.2017	29.11.2017	376
Warszawa WOJSKOWY INSTYTUT MEDYCZNY	brak danych	brak danych	25.10.2017	88
Warszawa SZPITAL KLINICZNY DZIECIĄTKA JEZUS	brak danych	brak danych	brak poradni	
Warszawa SAMODZIELNY PUBLICZNY CENTRALNY SZPITAL KLINICZNY	brak danych	brak danych	brak poradni	
Płock WOJEWÓDZKI SZPITAL ZESPOLONY	02.2017	02.2017	brak poradni	25
Ciechanów SPECJALISTYCZNY SZPITAL WOJEWÓDZKI	11.2017	09.2017	26.02.2017	53
Nowy Dwór Mazowiecki NOWODWORSKIE CENTRUM MEDYCZNE	brak kontraktu	brak kontraktu	22.08.2017	



Kozienice SAMODZIELNY PUBLICZNY ZESPÓŁ ZAKŁADÓW OPIEKI ZDROWOTNE	brak kontraktu	brak kontraktu	09.03.2017	
Ostrołęka MAZOWIECKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY IM. DR JÓZEFA PSARSKIEGO	brak kontraktu	brak kontraktu	22.08.2017	32
Radom RADOMSKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY IM. DR TYTUSA CHAŁUBIŃSKIEGO	brak kontraktu	brak kontraktu	31.08.2017	47
<b>WOJEWÓDZTWO OPOLSKIE</b>				
Opole SZPITAL WOJEWÓDZKI SP. Z O.O.	02.2018	02.2017	25.09.2017	166
Nysa ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ	brak kontraktu	brak kontraktu	09.05.2017	
<b>WOJEWÓDZTWO PODKARPACKIE</b>				
Przemyśl WOJEWÓDZKI SZPITAL IM. ŚW. OJCA PIO	04.2017	02.2017	24.02.2017	
Mielec SZPITAL POWIATOWY IM. EDMUNDA BIERNACKIEGO	02.2017	02.2017	02.08.2017	187
Sanok SAMODZIELNY PUBLICZNY ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ	brak danych	brak danych	17.02.2017	6
Lubaczów ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ R-36 SP. Z O.O.	brak kontraktu	brak kontraktu	28.02.2017	
Łańcut CENTRUM MEDYCZNE	06.2017	04.2017	05.07.2017	33
Dębica ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ	brak danych	brak danych	04.12.2017	
Krosno WOJEWÓDZKI SZPITAL PODKARPACKI IM. JANA PAWŁA II	brak kontraktu	brak kontraktu	16.03.2017	
Jasło SZPITAL SPECJALISTYCZNY	brak danych	brak danych	11.04.2017	7
Jarosław CENTRUM OPIEKI MEDYCZNEJ	brak kontraktu	brak kontraktu	01.04.2017	
Stalowa Wola SAMODZIELNY PUBLICZNY ZZOZ POWIATOWY SZPITAL SPECJALISTYCZNY	brak kontraktu	brak kontraktu	30.06.2017	
Rzeszów MEDICOR CENTRUM MEDYCZNE SP. Z O.O.	brak kontraktu	brak kontraktu	06.07.2017	
<b>WOJEWÓDZTWO PODLASKIE</b>				
Białystok UNIWERSYTECKI SZPITAL KLINICZNY	04.2019	08.2017	15.05.2017	176
Białystok PORADNIA CHOROBY ZAKAŻNE	brak kontraktu	brak kontraktu	27.02.2017	
Suwałki SZPITAL WOJEWÓDZKI IM. DR. LUDWIKA RYDYGIERA	brak kontraktu	brak kontraktu	28.09.2017	
Bielsk Podlaski SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ	brak kontraktu	brak kontraktu	30.05.2017	
Łomża SZPITAL WOJEWÓDZKI IM. KARDYNAŁA STEFANA WYSZYŃSKIEGO	brak kontraktu	brak kontraktu	28.03.2017	

WOJEWÓDZTWO POMORSKIE				
Gdańsk POMORSKIE CENTRUM CHOROÓB ZAKAŻNYCH I GRUŹLICY SP Z O.O.	02.2021	08.2018	15.01.2019	742
Gdynia UNIWERSYTECKIE CENTRUM MEDYCyny MORSKIEJ I TROPIKALNEJ	11.2017	04.2017	09.05.2018	23
Słupsk SZPITAL SPECJALISTYCZNY	brak danych	brak danych	16.06.2017	
Rumia NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ NR 1	brak kontraktu	brak kontraktu	22.05.2017	
WOJEWÓDZTWO ŚLĄSKIE				
Częstochowa WOJEWÓDZKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY IM. N.M.P.	12.2017	03.2017	20.12.2017	95
Katowice SAMODZIELNY PUBLICZNY SZPITAL KLINICZNY IM. ANDRZEJA MIELĘCKIEGO ŚUM	03.2017	03.2014	brak poradni	6
Chorzów SZPITAL SPECJALISTYCZNY	09.2019	04.2017	21.09.2017	534
Cieszyn ZESPÓŁ ZAKŁADÓW OPIEKI ZDROWOTNEJ	01.2020	08.2018	09.02.2018	73
Bytom SZPITAL SPECJALISTYCZNY NR 1	03.2023	02.2017	13.12.2017	217
Katowice ECONOMICUS SP. Z O.O.	03.2017	02.2017	27.02.2017	88
Mysłowice ID CLINIC	05.2018	06.2017	26.06.2017	372
Świętochłowice ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ SP. Z O.O.	brak kontraktu	brak kontraktu	07.03.2017	
Racibórz SZPITAL REJONOWY IM. DR. JÓZEFA ROSTKA	04.2022	09.2017	01.03.2018	189
Istebna NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ „WELUX” SP. Z O.O.	brak kontraktu	brak kontraktu	12.07.2017	
Wodzisław Śląski POWIATOWY PUBLICZNY ZOZ W RYDUŁTOWACH I WODZISŁAWIU	brak kontraktu	brak kontraktu	07.08.2017	
Zawiercie SZPITAL POWIATOWY	brak kontraktu	brak kontraktu	25.01.2018	
Tychy PAPROCANY SP. Z O.O.	brak kontraktu	brak kontraktu	07.11.2017	
Tychy ZESPÓŁ PORADNI SPECJALISTYCZNYCH NR 1 SP. Z O.O.	brak kontraktu	brak kontraktu	21.12.2017	
WOJEWÓDZTWO ŚWIĘTOKRZYSKIE				
Kielce ŚCO ul. Artwińskiego 3	brak kontraktu	brak kontraktu	30.06.2017	
Kielce WOJEWÓDZKI SZPITAL ZESPOLONY	brak danych	brak danych	19.12.2017	
Starachowice POWIATOWY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ	brak danych	brak danych	28.06.2017	

Skarżysko Kamienna ZOZ SZPITAL POWIATOWY IM. MARII SKŁODOWSKIEJ-CURIE	brak kontraktu	brak kontraktu	09.03.2017	
Busko Zdrój ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ	02.2017	02.2017	brak poradni	6
<b>WOJEWÓDZTWO WARMIŃSKO-MAZURSKIE</b>				
Olsztyn WOJEWÓDZKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY	11.2017	02.2017	13.02.2018	41
Giżycko „SZPITAL GIŻYCKI” SP. Z O.O.	12.2018	03.2017	09.08.2017	52
Elbląg SZPITAL MIEJSKI ŚW. JANA PAWŁA II	07.2020	01.2018	15.01.2018	108
Ostróda „POWIATOWY ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ - S.A.”	06.2019	06.2017	28.12.2017	32
<b>WOJEWÓDZTWO WIELKOPOLSKIE</b>				
Poznań WIELOSPECJALISTYCZNY SZPITAL MIEJSKI IM. JÓZEFA STRUSIA	03.2018	03.2017	22.02.2017	1055
Kalisz WOJEWÓDZKI SZPITAL ZESPOLONY IM. LUDWIKA PERZYNY	02.2019	02.2017	01.04.2017	55
Żychlin NIEPUBLICZNY ZOZ PRZYCHODNIA SPECJALISTYCZNA GEMINI	09.2017	03.2017	07.06.2017	220
Konin WOJEWÓDZKI SZPITAL ZESPOLONY	11.2017	03.2017	brak danych	28
PIŁA „ARS MEDICAL” SP. Z O.O.	brak kontraktu	brak kontraktu	28.06.2017	
<b>WOJEWÓDZTWO ZACHODNIOPOMORSKIE</b>				
Szczecin SAMODZIELNY PUBLICZNY WOJEWÓDZKI SZPITAL ZESPOLONY	12.2018	02.2018	04.09.2018	564
Wałcz 107 SZPITAL WOJSKOWY Z PRZYCHODNIĄ SAMODZIELNY PUBLICZNY	07.2019	09.2018	16.08.2017	82
Koszalin SZPITAL WOJEWÓDZKI IM. M. KOPERNIKA	04.2018	02.2017	18.12.2017	193
<b>Razem liczba pacjentów oczekujących w kolejkach na innowacyjną terapię</b>				<b>10 015</b>

Dane do tabeli zostały pozyskane ze strony internetowej Narodowego Funduszu Zdrowia [www.kolejki.nfz.gov.pl](http://www.kolejki.nfz.gov.pl), stan na dzień 21.02.2017 r.

Najdłuższe terminy oczekiwania na pierwsze konsultacje medyczne z lekarzem specjalizującym się w leczeniu chorób zakaźnych występują w tych placówkach, które mają zawarte kontrakty z Narodowym Funduszem Zdrowia na leczenie przeciwwirusowe terapiami bezinterferonowymi w ramach programu *leczenie przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu C terapią bezinterferonową (ICD-10 B 18.2)*. Dane na temat wartości kontraktów, które zawarły poszczególne

placówki lecznicze z Wojewódzkimi Oddziałami Narodowego Funduszu Zdrowia na leczenie pacjentów terapią bezinterferonową w pierwszym półroczu 2017 r. zawiera **tabela 8.2.** [9].

Należy zwrócić uwagę, że nie wszystkie placówki, w których istnieje poradnia leczenia wirusowego zapalenia wątroby posiadają kontrakt na terapię przeciwwirusowe. I odwrotnie, nie wszystkie placówki, które zawarły kontrakt z NFZ na leczenie przeciwwirusowe mają w swej strukturze poradnie WZW (są to na przykład placówki zajmujące się transplantacją i opieką nad pacjentami po transplantacji wątroby).

Kolejki oczekiwania na konsultacje medyczne, które można utożsamiać z czasem na rozpoczęcie dogłębnej diagnostyki w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, to jedna kwestia. Odminną sprawą jest okres oczekiwania pacjenta na rozpoczęcie leczenia przeciwwirusowego w ramach programu *leczenie przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu C terapią bezinterferonową (ICD-10 B 18.2)* [10]. Średni czas oczekiwania w Polsce wynosi 22 miesiące. Jak obrazują dane zawarte w **tabeli 8.2.**, czas ten jest zróżnicowany w zależności od województwa i uzależniony od wysokości sumy kontraktu na jaki opiewa umowa danej placówki leczniczej z NFZ w ramach wyżej wymienionego programu. Jedna trzecia wszystkich placówek, prowadzących bezinterferonowe terapie, wykazuje ponad dwuletnie kolejki oczekiwania na włączenie do leczenia. W Bytomiu, Raciborzu czy Gdańsku pacjenci na leczenie będą oczekiwali 4-6 lat. Rekordzistą jest Szpital we Wrocławiu, gdzie pacjenci obecnie zapisani do systemu kolejkowego będą musieli oczekiwać do 2030 rok.

### **Tabela 8.2.**

Kontrakty NFZ na zakup leków w programie lekowym - *Leczenie Przewlekłego Wzw Typu C Terapią Bezinterferonową*; kod produktu 03.0001.371.02 (ICD-10 B 18.2) na I półrocze 2017 r.

Placówki medyczne	Wysokość umowy na LEKI W PROGRAMIE LEKOWYM (ICD-10 B 18.2) na I półrocze 2017 r.
<b>WOJEWÓDZTWO DOLNOŚLĄSKIE</b>	
Wrocław WOJEWÓDZKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY IM.J.GROMKOWSKIEGO	5 255 110 zł
Wrocław MED-FIX CENTRUM MEDYCZNE SP. Z O.O.	1 432 560 zł
Wrocław UNIwersytecki Szpital Kliniczny Im. JANA MIKULICZA-RADECKIEGO	16 zł
Bolesławiec ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ	2 327 813 zł
Wałbrzych SPECJALISTYCZNY SZPITAL IM. DRA ALFREDA SOKOŁOWSKIEGO	1 649 937 zł

<b>WOJEWÓDZTWO KUJAWSKO-POMORSKIE</b>	
Toruń WOJEWÓDZKI SZPITAL ZESPOLONY IM. L. RYDYGIERA	3 200 000 zł
Bydgoszcz WOJEWÓDZKI SZPITAL OBSERWACYJNO-ZAKAŻNY IM. TADEUSZA BROWICZA	5 900 000 zł
<b>WOJEWÓDZTWO LUBELSKIE</b>	
Łuków SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ	199 998 zł
Lublin SAMODZIELNY PUBLICZNY SZPITAL KLINICZNY NR 1	6 300 000 zł
Lublin ARION SZPITAL SP. Z O.O.	280 002 zł
Biała Podlaska WOJEWÓDZKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY	991 830 zł
Chełm SAMODZIELNY PUBLICZNY WOJEWÓDZKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY W CHELMIE	850 998 zł
Puławy SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W PUŁAWACH	524 742 zł
<b>WOJEWÓDZTWO LUBUSKIE</b>	
Gorzów Wielkopolski WIELOSPECJALISTYCZNY SZPITAL WOJEWÓDZKI SP. Z O.O.	1 553 665 zł
Zielona Góra LUBUSKA SPECJALISTYCZNA PORADNIA CHOROÓB WĄTROBY	4 500 000 zł
<b>WOJEWÓDZTWO ŁÓDZKIE</b>	
Łódź WOJEWÓDZKI SPECJALISTYCZNY SZPITAL IM. DR WŁ. BIEGAŃSKIEGO	15 440 342 zł
<b>WOJEWÓDZTWO MAŁOPOLSKIE</b>	
Proszowice SAMODZIELNY PUBLICZNY ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ	343 279 zł
Kraków 5 WOJSKOWY SZPITAL KLINICZNY Z POLIKLINIKĄ - SPZOZ	1 010 404 zł
Kraków KRAKOWSKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY IM. JANA PAWŁA II	6 906 789 zł
Kraków SP ZOZ SZPITAL UNIWERSYTECKI	4 536 322 zł
Kraków SZPITAL ŻEROWSKIEGO SPZOZ	1 196 000 zł
Dąbrowa Tarnowska ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ	662 858 zł
<b>WOJEWÓDZTWO MAZOWIECKIE</b>	
Warszawa CENTRALNY SZPITAL KLINICZNY MSWIA	10 373 951 ZŁ
Warszawa WOJEWÓDZKI SZPITAL ZAKAŻNY	16 146 902 zł
Warszawa WOJSKOWY INSTYTUT MEDYCZNY	6 293 936 zł
Warszawa SZPITAL KLINICZNY DZIECIĄTKA JEZUS	4 041 494 zł
Warszawa SAMODZIELNY PUBLICZNY CENTRALNY SZPITAL KLINICZNY	3 842 187 zł
Płock WOJEWÓDZKI SZPITAL ZESPOLONY	2 721 224 zł
Ciechanów SPECJALISTYCZNY SZPITAL WOJEWÓDZKI	117 553 zł
Ostrołęka MAZOWIECKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY IM. DR JÓZEFA PSARSKIEGO	977 812 zł
Radom RADOMSKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY IM.DR TYTUSA CHAŁUBIŃSKIEGO	1 080 000 zł

<b>WOJEWÓDZTWO OPOLSKIE</b>	
Opole SZPITAL WOJEWÓDZKI SP. Z O.O.	3 100 000 zł
<b>WOJEWÓDZTWO PODKARPACKIE</b>	
Przemyśl WOJEWÓDZKI SZPITAL IM. ŚW. OJCA PIO	120 000 zł
Mielec SZPITAL POWIATOWY IM. EDMUNDA BIERNACKIEGO	1 222 338 zł
Sanok SAMODZIELNY PUBLICZNY ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ	1 007 941 zł
Łańcut CENTRUM MEDYCZNE	2 745 258 zł
Dębica ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ	1 064 302 zł
Jasto SZPITAL SPECJALISTYCZNY	839 317 zł
Jarostaw CENTRUM OPIEKI MEDYCZNEJ	812 307 zł
<b>WOJEWÓDZTWO PODLASKIE</b>	
Białystok UNIWERSYTECKI SZPITAL KLINICZNY	2 086 209 zł
<b>WOJEWÓDZTWO POMORSKIE</b>	
Gdańsk POMORSKIE CENTRUM CHOROÓB ZAKAŻNYCH I GRUŻLICY SP. Z O.O.	5 432 776 zł
Gdynia UNIWERSYTECKIE CENTRUM MEDYCZYNY MORSKIEJ I TROPICALNEJ	1 874 296 zł
Słupsk SZPITAL SPECJALISTYCZNY	600 000 zł
<b>WOJEWÓDZTWO ŚLĄSKIE</b>	
Częstochowa WOJEWÓDZKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY IM. N.M.P.	301 629 zł
Katowice SAMODZIELNY PUBLICZNY SZPITAL KLINICZNY IM. ANDRZEJA MIEŁĘCKIEGO ŚUM	3 456 519 zł
Chorzów SZPITAL SPECJALISTYCZNY	7 842 668 zł
Cieszyn ZESPÓŁ ZAKŁADÓW OPIEKI ZDROWOTNEJ	1 138 532 zł
Bytom SZPITAL SPECJALISTYCZNY NR 1	1 380 486 zł
Katowice ECONOMICUS SP. Z O.O.	1 183 136 zł
Mysłowice ID CLINIC	11 514 471 zł
Racibórz SZPITAL REJONOWY IM. DR. JÓZEFA ROSTKA	1 872 105 zł
<b>WOJEWÓDZTWO ŚWIĘTOKRZYSKIE</b>	
Kielce WOJEWÓDZKI SZPITAL ZESPOLONY	1 261 548,00 zł
Starachowice POWIATOWY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ	341 757,00 zł
Busko Zdrój ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ	470 356,00 zł
<b>WOJEWÓDZTWO WARMIŃSKO-MAZURSKIE</b>	
Olsztyn WOJEWÓDZKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY	1 143 000,00 zł
Giżycko SZPITAL GIŻYCKI SP. Z O.O.	1 050 000,00 zł
Elbląg SZPITAL MIEJSKI ŚW. JANA PAWŁA II	500 000,00 zł
Ostróda POWIATOWY ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ - S.A.	492 000,00 zł

WOJEWÓDZTWO WIELKOPOLSKIE	
Poznań WIELOSPECJALISTYCZNY SZPITAL MIEJSKI IM. JÓZEFA STRUSIA	5 941 104,00 zł
Kalisz WOJEWÓDZKI SZPITAL ZESPOLONY IM. LUDWIKA PERZYNY	975 584,00 zł
Żychlin NIEPUBLICZNY ZOZ PRZYCHODNIA SPECJALISTYCZNA GEMINI	1 297 809,00 zł
Konin WOJEWÓDZKI SZPITAL ZESPOLONY	864 781,00 zł
WOJEWÓDZTWO ZACHODNIOPOMORSKIE	
Szczecin SAMODZIELNY PUBLICZNY WOJEWÓDZKI SZPITAL ZESPOLONY	4 087 751,00 zł
Wałcz 107 SZPITAL WOJSKOWY Z PRZYCHODNIĄ SAMODZIELNY PUBLICZNY	749 458,00 zł
Koszalin SZPITAL WOJEWÓDZKI IM. M. KOPERNIKA	3 207 500,00 zł
<b>Razem</b>	<b>182 634 662,00 zł</b>

Dane do tabeli zostały pozyskane ze strony Narodowego Funduszu Zdrowia <http://nfz.gov.pl/o-nfz/informator-o-zawartych-umowach>. Stan na dzień 05.03.2017 r.

Kwestia liczby placówek prowadzących leczenie nowoczesnymi terapiami nie jest zadawalająca. Są województwa, na terenie których nowoczesne terapie bezinterferonowe prowadzone są jedynie w jednej albo dwóch placówkach. Tak zróżnicowana i niekiedy bardzo trudna sytuacja w dostępie do refundowanej terapii sprawia, iż pacjenci zmuszeni są podróżować po Polsce setki kilometrów do placówek, które zaoferują im leczenie w szybszym terminie.

Organizacja ELPA w swoim raporcie *Hep-Core* przedstawiła informację o średnim czasie oczekiwania na konsultacje medyczne pacjentów z rozpoznaniem zakażenia HBV/HCV w krajach europejskich. Zdaniem twórców raportu w 16 krajach Europy (59%) czas ten nie przekracza sześciu tygodni. Organizacje pacjentów w dwóch krajach nie były w stanie udzielić takiej informacji. Spośród 9 krajów, w których kontakt ze specjalistą jest utrudniony, cztery kraje raportowały, iż czas ten wynosi 6 tygodni (44%; Austria, Egipt, Grecja, Izrael), 9 tygodni w dwóch krajach (22%, Polska, Hiszpania), 12 tygodni w dwóch pozostałych (22 %, Portugalia, Wielka Brytania). W przypadku Francji nie uzyskano dokładnych informacji [11]. Można zgodzić się z danymi dotyczącymi Polski w tym zakresie, jeśli pod uwagę weźmie się jedynie czas oczekiwania na przyjęcie w poradniach wirusowego zapalenia wątroby, w których podmioty nie mają kontraktu na leczenie terapiami przeciwwirusowymi. W tych nielicznych poradniach pacjent może być przyjęty do rozpoczęcia diagnostyki po 9 tygodniach oczekiwania. Jednak by rozpocząć terapię przeciwwirusową, chory musi się później zapisać do placówki, która ma podpisaną umowę z NFZ na prowadzenie terapii przeciwwirusowych, a tu okres oczekiwania na pierwsze spotkanie z lekarzem i wpisanie do systemu kolejkowego wynosi przeciętnie 1 rok.

## 8.5. Diagnozowanie zakażeń HCV w Polsce

Diagnoza zakażeń HCV odbywa się w dwóch krokach. Pierwszym z nich jest wykonanie badania na obecność przeciwciał (anty-HCV) w surowicy krwi, którego celem jest wskazanie pacjentów, którzy mieli kontakt z wirusem. W przypadku pozytywnego wyniku wykonywane jest badanie na obecność materiału genetycznego (HCV-RNA), potwierdzającego lub wykluczającego aktywne zakażenie. W polskim systemie opieki zdrowotnej oba badania są finansowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia na poziomie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (okres oczekiwania na konsultacje liczony jest w miesiącach). Jak wskazują dane zawarte w tabeli 8.1., w większości poradni w Polsce okres ten wynosi minimum pół roku. Skutkiem takiego stanu rzeczy jest opóźnienie momentu diagnozy pacjenta do momentu wystąpienia powikłań związanych z długotrwałym zakażeniem. Do wielu diagnoz dochodzi w sposób przypadkowy, np. w momencie zgłoszenia się do centrum krwiodawstwa w celu donacji krwi. Wielu pacjentów decyduje się na przeprowadzenie badania w kierunku zakażenia na własny koszt.

Zwiększenie wykrywalności zakażeń HCV w Polsce wymaga wdrożenia nowych rozwiązań. Jednym z nich jest objęcie finansowaniem badań diagnostycznych na poziomie podstawowej opieki zdrowotnej. W przypadku stwierdzenia przez lekarza ryzyka zakażenia (m.in. z powodu wielokrotnych hospitalizacji, przetaczania krwi przed 1990 r. czy innych czynników wskazanych przez ekspertów) kierowałby pacjenta na badanie anty-HCV. Dzięki precyzyjnemu wskazaniu grup wysokiego ryzyka zakażenia istnieje szansa na szybkie zdiagnozowanie kolejnych grup pacjentów [4].

## 8.6. Opieka nad pacjentem z późnymi następstwami zakażenia HCV

Długotrwałe zakażenie HCV oraz postępujący proces chorobowy sprawiają, że jedyną opcją leczenia dla pacjentów jest przeszczep wątroby. Polscy transplantolodzy są wybitnej klasy specjalistami, a skuteczność tych zabiegów w Polsce jest bardzo wysoka. Organizacje zrzeszone w Koalicji Hepatologicznej dostrzegają jednakże pogarszającą się w ostatnich latach opiekę potransplantacyjną. Rosnąca liczba przeszczepień skutkuje coraz większą liczbą pacjentów wymagających specyficznej, stałej kontroli, co wynika m.in. z ryzyka łączenia leków immunosupresyjnych (które pacjenci przyjmują do końca życia) z innymi preparatami. Lekarze transplantolodzy mają bardzo ograniczone możliwości przyjmowania pacjentów (limity NFZ). To powoduje konieczność odsyłania potrzebujących z bieżącymi dolegliwościami do lekarzy pierwszego kontaktu, którzy nie



są do tego merytorycznie przygotowani. Skutkiem są błędy prowadzące do pogorszenia stanu zdrowia pacjentów oraz kosztów intensywnego leczenia, finansowanego przez NFZ. Nie ma infolinii, brakuje szeroko dostępnych szkoleń oraz materiałów dla lekarzy pierwszego kontaktu.

Kolejnym zauważalnym problemem systemowym jest brak informacji na temat przeżycia pacjentów poprzyszczepowych z podziałem na poszczególne ośrodki. Na podstawie oceny jakości leczenia, środki finansowe powinny być kierowane w pierwszej kolejności do tych placówek, które mogą pochwalić się najwyższą skutecznością zabiegów. Potrzebne jest jednak stałe monitorowanie jakości w tym obszarze.

Koalicja Hepatologiczna w swoim *Raporcie System Opieki nad Pacjentami z Wirusowym Zapaleniem Wątroby typu C* apelowała do Ministerstwa Zdrowia o stworzenie Rejestru Jednostek Chorobowych celem monitorowania pacjentów:

- chorujących na wirusowe zapalenie wątroby typu C;
- chorujących na wirusowe zapalenie wątroby typu B;
- po transplantacji serca, nerki, wątroby, płuc.

Dane zgromadzone w tych rejestrach w formie elektronicznej z terenu całego kraju, pozwoliłyby na wyciąganie wniosków na temat stanu opieki nad pacjentami oraz kierowanie procesem leczenia tych jednostek chorobowych, w taki sposób aby mogło się to odbywać z jak największą korzyścią dla pacjenta, z optymalnym doбором metod oraz wykorzystaniem posiadanych środków [4].

Niezbędne jest również objęcie refundacją terapii, które wspomagają pacjentów, u których wystąpiły późne następstwa WZW w postaci niewydolności wątroby, encefalopatii czy też opornego na produkty lecznicze wodobrusza. U wielu chorych z zaawansowaną chorobą wątroby nawet skuteczne leczenie przeciwwirusowe nie jest w stanie w pełni odwrócić niekorzystnych następstw zakażenia i konieczne jest stosowanie leków ograniczających objawy niewydolności, zarówno w trakcie terapii przeciwwirusowej, jak i po jej zakończeniu.

Ceny leków wspomagających działanie uszkodzonego narządu (np. leki hepatoprotekcyjne, preparaty albuminy ludzkiej, ryfaksymina), które lekarze zalecają swoim pacjentom, przekraczają możliwości finansowe przeciętnej polskiej rodziny. Pacjenci szukają wsparcia w organizacjach społecznych, które nie są w stanie udźwignąć potrzeb wszystkich potrzebujących [3].

## Podsumowanie

System opieki nad pacjentami z wirusowym zapaleniem wątroby typu C wymaga jeszcze znacznej poprawy. Konieczne jest zapewnienie stabilnego finansowania diagnostyki i leczenia WZW C, co najmniej na poziomie gwarantującym sukcesywny wzrost dostępu do świadczeń. Uznanie WZW C za priorytet i zwiększenie

w widoczny sposób środków finansowych przeznaczonych na jego leczenie, może przyczynić się do całkowitej eradykacji zakażeń HCV w Polsce. Cel ten wydaje się być osiągalny, dzięki wdrożeniu schematu diagnozowania i leczenia na adekwatnym do potrzeb poziomie.

Najpilniejsze działania, których wdrożenie przyniosłoby znaczną poprawę poziomu opieki nad pacjentami oraz pozwoliłyby uczynić ogromny postęp na drodze eliminacji HCV w Polsce, to:

1. Stworzenie skoordynowanego i sprawnego systemu opieki nad pacjentem poprzez przyspieszenie dostępu do diagnostyki i leczenia.
2. Zniesienie dysproporcji w dostępie do świadczeń pomiędzy województwami oraz podejmowanie właściwych działań korygujących (na podstawie danych zebranych w elektronicznych rejestrach pacjentów).
3. Wprowadzenie do refundacji leków i zabiegów wspomagających pacjentów, u których wystąpiły późne następstwa wirusowego zapalenia wątroby w postaci niewydolności wątroby.
4. Nieustanna edukacja społeczeństwa na temat dróg zakażenia HCV oraz jego następstw, która wpłynie nie tylko na ograniczenie liczby nowych zakażeń ale również na kształtowanie postawy tolerancji i zrozumienia wobec osób zakażonych.
5. Wprowadzenie skutecznego nadzoru nad przestrzeganiem zasad reżimu sanitarnego w placówkach ochrony zdrowia.

## PIŚMIENNICTWO

1. [ww.gwiazdanadziei.pl](http://ww.gwiazdanadziei.pl).
2. „HCV w Polsce. Strategia Rozwiązywania problemu zdrowotnego oraz działania w perspektywie 2015-2016” (2015) Raport Instytutu Ochrony Zdrowia, s. 39.
3. Obserwacje własne Fundacji Gwiazda Nadziei.
4. Raport Koalicji Hepatologicznej pt. „System Opieki nad Pacjentami z Wirusowym Zapaleniem Wątroby typu C; <http://www.gwiazdanadziei.pl/fundacja/408-raport-koalicji-hepatologicznej>.
5. Dziennik Urzędowy Ministerstwa Zdrowia 918 poz. 17 Załącznik B.71 Leczenie przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu C trapią bezinterferonową (ICD-10B18.2).
6. <http://www.gwiazdanadziei.pl/fundacja/250-polska-w-czolowce-europy-pod-wzgle-dem-mozliwosci-leczenia-wzw-typu-c>.
7. Wedemayer H, Dore J, Ward JW. (2015) Journal of Viral Hepatitis 22:1-5.

8. Ogólnopolski Informator o Czasie Oczekiwania na Świadczenia Medyczne Narodowego Funduszu Zdrowia na dzień 17-22.02.2017 r.; <http://kolejki.nfz.gov.pl/>.
9. <http://nfz.gov.pl/o-nfz/informator-o-zawartych-umowach>.
10. Dziennik Urzędowy Ministerstwa Zdrowia 918 poz. 17 Załącznik B.71 Leczenie przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu C trapią bezinterferonową (ICD-10B18.2).
11. European Liver Patients Association. (2017) The 2016 Hep-Core Report Monitoring the implementations of hepatitis B and C policy recommendations in Europe; <http://www.elpa-info.org/elpa-news-reader/items/the-2016-hep-core-report.htm>; s. 109-110; tabela 3.6.4.

# TERAPIA ZAKAŻEŃ HCV W POLSCE WCZORAJ, DZIŚ I JUTRO

Prof. dr hab. n. med. Robert Flisiak  
Klinika Chorób Zakaźnych i Hepatologii  
Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Według dotychczasowych szacunków opartych o badania częstości występowania zarówno przeciwciał anti-HCV, jak i wyników potwierdzających obecność HCV-RNA, aktywne zakażenia HCV w Polsce dotyczą około 200 tysięcy osób [1,2]. Większość z tych osób jest nieświadomych nie tylko zakażenia, ale także rozwijającej się choroby, która z racji bezobjawowego przebiegu w początkowej fazie jest zwykle rozpoznawana zbyt późno. Nowsze badania wskazują na tendencję do obniżania się w ostatnich latach liczby osób z posiadających przeciwciała anti-HCV, ale wymaga to potwierdzenia poprzez badanie HCV-RNA [3]. Czynniki zwiększającymi - w sposób statystycznie znamienne - ryzyko zakażenia HCV jest stosowanie narkotyków w iniekcjach, transfuzje krwi przed rokiem 1992 i częste hospitalizacje. Zakażenia dotyczą znamienne częściej mężczyzn, którzy ulegają zakażeniu zwykle w młodszym wieku niż kobiety [1]. Ponadto należy dodać do tego zabiegi stomatologiczne i kosmetyczne, które nie poddają się analizie statystycznej z racji rozpowszechnienia.

Ze wskaźnikiem 0,5-0,6% Polska jest zaliczana do krajów Unii Europejskiej o niskiej częstości występowania zakażeń HCV, ale z racji liczby ludności - a przez to liczby bezwzględnej zakażonych - znajduje się w grupie 9 krajów, w których żyje 80% zakażonych HCV mieszkańców UE. Jednocześnie ze względu na wskaźnik rozpoznań nie przekraczający 20% i wskaźnik terapii (około 2%), Polska nie znajduje się w grupie państw, w których leczonych jest 80% mieszkańców UE [4]. Oznacza to konieczność podejmowania działań poprawiających wykrywalność zakażeń HCV i zwiększających dostępność do terapii.

## 9.1. Czynniki warunkujące skuteczność leczenia

Genotyp wirusa HCV w epoce terapii interferonowej miał kluczowe znaczenie w ustaleniu rokowania i wyborze czasu trwania terapii z zastosowaniem interferonu pegylowanego alfa (PegIFNa) w skojarzeniu z rybawiryną (RBV). Obecnie odgrywa on nie mniejszą rolę, gdyż warunkuje dodatkowo wybór opcji terapeutycznej, co może się w Polsce niestety wiązać z ograniczeniami dostępności do optymalnej terapii u zakażonych niektórymi genotypami. Dominującym w Polsce genotypem HCV jest 1b, który stwierdzamy u 82% chorych kwalifikowanych do terapii. W dalszej kolejności odpowiedzialne za przewlekłe zapalenie wątroby typu C są genotypy 3 (11%), 4 (3,5%) i 1a (3,2%). Zakażenia genotypami 2, 5 i 6 (razem 0,3%) występują sporadycznie [5]. Dominacja genotypu 1 w czasach gdy terapia opierała się na PegIFNa+RBV nie była uznawana za zjawisko korzystne z punktu widzenia skuteczności terapii, gdyż wskaźnik trwałej odpowiedzi wirusologicznej (SVR - Sustained Virologic Response) w tej populacji chorych nie przekraczał 50%, co przy około 70% skuteczności u zakażonych genotypem 2 lub 3, oznaczało gorsze rokowanie co do wyleczenia. Obecnie sytuacja zmieniła się całkowicie gdyż przeważający w Polsce subgenotyp 1b jest powszechnie uznawany za odmianę HCV najbardziej wrażliwą na terapie bezinterferonowe oparte na skojarzonych terapiach złożonych z leków o bezpośrednim działaniu przeciw-wirusowym (DAA - Direct Acting Antivirals).

Drugim parametrem, który w przeszłości miał ogromny wpływ na skuteczność leczenia PegIFN+RBV również skojarzonych z inhibitorami proteazy pierwszej generacji, jest zaawansowanie włóknienia. Chorzy z włóknieniem na poziomie F3, a zwłaszcza F4 (odpowiadającym marskości wątroby) mieli niewielkie szanse na uzyskanie SVR, które mierzone w 12 tygodni (dla terapii bezinterferonowych) lub 24 tygodni (dla terapii interferonowych) po zakończeniu leczenia jest powszechnie uznanym wskaźnikiem skuteczności terapii. W warunkach aktualnie dostępnych w Polsce opcji terapeutycznych, ma on nadal pewne znaczenie gdyż wpływa na czas leczenia, który u chorych z włóknieniem większym niż F2 nie powinien być krótszy niż 12 tygodni, a u chorych z mniej zaawansowaną chorobą wątroby może być skrócony do 8 tygodni.

Inne wskaźniki, które w sposób znaczący wpływały na skuteczność terapii interferonowych przy stosowaniu terapii bezinterferonowej, a także interferonowej skojarzonej z sofosbuwirem straciły prawie całkowicie znaczenie. Wskaźniki - takie jak wcześniejsze niepowodzenia terapii interferonowej, polimorfizm IL28B oraz wczesna odpowiedź wirusologiczna (RVR - Rapid Virologic Response) oceniana w 4 tygodniu leczenia - nie są już wykorzystywane w praktyce klinicznej. Natomiast nowym problemem, z którym nie mieliśmy do czynienia w terapiach interferonowych, jest oporność na poszczególne DAA, której wpływ na skuteczność

terapii złożonych z kilku leków nie jest wprawdzie znaczący, ale nie można o niej zapominać w przypadku pacjentów z niepowodzeniami terapii bezinterferonowych.

## 9.2. Leki stosowane w Polsce w przeszłości

Wirus HCV został opisany w 1989 roku, a pierwsza możliwość leczenia zakażenia pojawiła się już w 1990 roku. Był to rekombinowany interferon alfa (IFNa), który stosowany 3 razy w tygodniu przez 3 do 12 miesięcy gwarantował skuteczność na poziomie nie przekraczającym 7%. Jego skojarzenie z RBV poprawiło ten wynik do maksymalnie 28%, ale dopiero zastąpienie (IFNa) jego pegylowaną formą, zagwarantowało po roku 2000 poprawę skuteczności do poziomu 50% dla genotypów 1 i 4 oraz 70% dla genotypów 2 i 3. Niestety terapie PegIFNa+RBV wiązały się z długim czasem ich trwania (24-72 tygodnie) i działaniami niepożądanymi, które w sposób istotny pogarszały jakość życia, a w niektórych przypadkach nawet mu zagrażały, wymuszając redukcję dawek leków i przerywanie terapii, co dodatkowo pogarszało jej skuteczność. Podane powyżej wartości SVR były jednak niemożliwe do osiągnięcia u pacjentów z zaawansowanym włóknieniem wątroby, a zwłaszcza z marskością, gdzie skuteczność nie przekraczała 10%. Dodatkowo pacjenci z niepowodzeniem terapii nie mieli praktycznie żadnej opcji ratunkowej, gdyż w przypadku reterapii tylko w sporadycznych przypadkach udawało się odnieść sukces terapeutyczny [6,7].

Inhibitory proteazy pierwszej generacji boceprewir (BOC) i telaprewir (TVR) zostały zarejestrowane w UE w 2011 roku. Zostało to odnotowane jako rewolucja w terapii zakażeń HCV gdyż skojarzenie tych leków z PegIFNa+RBV określanych jako trójleki (BOC+PegIFNa+RBV i TVR+PegIFNa+RBV) poprawiało skuteczność terapii nawet do 75%. Niestety znajdowały one zastosowanie wyłącznie u zakażonych genotypem 1, a wskaźnik SVR był wyraźnie niższy u chorych z zaawansowanym włóknieniem, wcześniejszym niepowodzeniem terapii i polimorfizmem innym niż CC dla IL28B. W Polsce terapie trójleki stały się dostępne dopiero w 2013 roku. Niestety refundacją objęto w sposób nieracjonalny wyłącznie pacjentów nieskutecznie leczonych PegIFNa+RBV z zaawansowanym włóknieniem oraz nieleczonych z genotypem TT dla IL28B, a więc takich u których szansa na powodzenie tych bardzo kosztownych terapii była wyjątkowo niska. Dodatkowo BOC i TVR pogarszały u chorych z marskością wątroby profil bezpieczeństwa terapii, który był i tak nie najlepszy z racji stosowania PegIFNa i RBV. Ograniczało to możliwość stosowania terapii trójlekiowych w populacji chorych z zaawansowaną chorobą wątroby, którzy przecież wymagali jak najszybszego wyeliminowania zakażenia HCV [8].

Nadzieję na poprawę skuteczności - rozszerzenie możliwości stosowania terapii trójlekowych na inne genotypy oraz poprawę bezpieczeństwa - wiążano z nowszym inhibitorem proteazy. Terapia z zastosowaniem Symeprewiru (SMV) w skojarzeniu z PegIFNa+RBV została zarejestrowana do refundacji w Polsce w maju 2015 roku. Terapia ta gwarantowała poprawę bezpieczeństwa - a przez to również skuteczności - zwłaszcza u chorych z zaawansowanym włóknieniem wątroby [9]. SMV dawał również nadzieję na kojarzenie z sofosbuwirem (SOF) lub daklataswirem (DCV) umożliwiając terapię bezinterferonową w zakażeniach również innymi niż 1. genotypami HCV ze skutecznością przekraczającą 90%. Niestety taka terapia bezinterferonowa stosowana z powodzeniem w USA i niektórych krajach europejskich nie mogła być refundowana przez Narodowy Fundusz Zdrowia z racji braku zgłoszenia do rejestracji w Polsce SOF i DCV. Jednocześnie niebotyczna cena takiej kuracji (ponad 300 tysięcy zł) skutecznie uniemożliwiała próby indywidualnego sprowadzania leków przez zdesperowanych pacjentów.

### 9.3. Leki aktualnie stosowane w Polsce

W dwa miesiące po wprowadzeniu na listę refundacyjną SMV, w lipcu 2015 roku refundacją objęto pierwszą terapię całkowicie bezinterferonową złożoną z 3 leków DAA o różnych mechanizmach działania wspomaganych ritonawirem. Ombitaswir/Paritaprewir/ Ritonawir + Dazabuwir (OBV/PRV/r±DSV) mogły być stosowane w skojarzeniu lub bez RBV u zakażonych genotypem 1a i 1b, a bez DSV u zakażonych genotypem 4. Czas terapii u większości chorych wynosił 12 tygodni. Jednak najważniejszą korzyścią było umożliwienie stosowania tej terapii bez ograniczeń związanych z włóknieniem. Było to o tyle zaskakujące, że w połowie 2015 roku tylko nieliczne kraje zdecydowały się na tak daleką liberalizację dostępu do terapii zakażeń HCV. W efekcie, w polskich realiach z racji limitów finansowych, całkowita odpowiedzialność za ustalenie pierwszeństwa w dostępie do nowoczesnego leczenia ponosili lekarze. Jednak należy przyznać, że począwszy od połowy 2015 roku ilość środków przeznaczanych na finansowanie programu bezinterferonowego leczenia przewlekłego WZW C systematycznie wzrastała, co przy wynegocjowanych, rozsądnych cenach za terapię OBV/PRV/r ±DSV±RBV spowodowało, że liczba leczonych w Polsce zaczęła wzrastać. Począwszy od listopada 2015 roku liczba leków DAA dostępnych do leczenia zakażonych HCV uległa zwiększeniu z racji rejestracji refundacyjnej sofosbuwiru (SOF), jego skojarzenia z ledipaswirem (SOF/LDV) oraz skojarzonej terapii asunaprewirem (ASV) z daklataswirem (DCV) (Tab. 9.1.).

**Tabela 9.1.**

Leki aktualnie stosowane w terapii HCV w Polsce.

Grupy leków	Klasy leków	Leki
Leki o bezpośrednim działaniu przeciwwirusowym (DAA)	Inhibitory NS3 (proteazy)	Asunaprewir (ASV) Parytaprewir (PTV) Symeprewir (SMV)
	Inhibitory NS5B (polimerazy)	Dazabuwir (DSV) Sofosbuwir (SOF)
	Inhibitory NS5A	Daklataswir (DCV) Ledipaswir (LDV) Ombitaswir (OBV)
Interferony		PegIFNa2a PegIFNa2b
Inne		Rybawiryryna (RBV)

Terapia tymi lekami nie była obca specjalistom prowadzącym leczenie zakażonych HCV w Polsce, gdyż od wielu lat polskie ośrodki uczestniczyły w licznych badaniach klinicznych z zastosowaniem terapii bezinterferonowych. Jednocześnie już pod koniec 2014 roku, jeszcze przed rejestracją w Unii Europejskiej terapia z zastosowaniem OBV/PRV/r ±DSV±RBV została udostępniona 209 pacjentom z kilkunastu polskich ośrodków w ramach tzw. wczesnego dostępu, oczywiście po uzyskaniu akceptacji komisji bioetycznych. Wyniki zebrane z leczenia tej sporej grupy chorych z najbardziej zaawansowaną chorobą wątroby, zostały zebrane w projekcie AMBER. Publikacja będąca jego wynikiem była pierwszą w Europie i drugą na świecie prezentacją skuteczności i bezpieczeństwa terapii OBV/PRV/r ±DSV±RBV w warunkach praktyki klinicznej (RWE - real world experience). Okazało się, że nawet w najbardziej trudnej do leczenia populacji chorych z marskością wątroby, z wielokrotnymi niepowodzeniami wcześniejszych terapii i u chorych po przeszczepieniu wątroby, skuteczność osiągnęła 99%. Profil bezpieczeństwa był znakomity, a sukces terapeutyczny udało się uzyskać nawet u chorych - którzy z racji przebiegu choroby - w trakcie leczenia rozwinęli objawy dekomensacji funkcji wątroby [11]. Podobną analizę danych przeprowadzono w oparciu o wyniki leczenia 86 pacjentów SOF/LDV w ramach badania HARVEST, zrealizowanego w oparciu o leki już zarejestrowane w UE ale jeszcze wówczas nier refundowane w Polsce. Populacja chorych włączona do badania HARVEST była bardzo podobna do tej z AMBER, a wskaźnik SVR również osiągnął 94% [12].

Aktualnie stosowane w Polsce opcje terapeutyczne w ramach programu bezinterferonowego leczenia wirusowego zapalenia wątroby typu C są przedstawione



w tabeli 9.2. Niestety program ten nie obejmuje dzieci, które nadal mogą być leczone wyłącznie terapią PegIFNa+RBV. Problem ten dotyczy jednak całego świata, ale powinien zostać wkrótce rozwiązany, po zakończeniu badań nad możliwością stosowania leków DAA u dzieci. Z drugiej strony należy pamiętać że liczba dzieci zakażonych HCV w Polsce jest niewielka i z roku na rok maleje. Innym problemem jest brak możliwości leczenia bezinterferonowego pacjentów zakażonych genotypem 3. Jak wynika z tabeli 9.2. w tej grupie chorych możemy stosować SOF+PegIFN+RBV lub SOF+RBV w ramach bardzo elastycznego programu, który pozwala na regulację dawek leków w przypadku wystąpienia działań niepożądanych. Terapia SOF+PegIFN+RBV trwa zaledwie 12 tygodni i zapewnia około 95% skuteczność, ale ze względu na interferon nie może być stosowana u chorych z zaawansowaną marskością wątroby. Z kolei terapia SOF+RBV, wymagająca aż 24 tygodniowego stosowania leków, jest wprawdzie bezpieczna dla tych chorych, ale jej skuteczność jest ograniczona do około 80%. Optymalne byłoby zastosowanie rekomendowanych u tych chorych i zarejestrowanych w UE, ale nierefundowanych w Polsce skojarzeń SOF z DCV lub welpataswirem [13, 14].

Wzrost skuteczności leczenia na przełomie epoki interferonowej i bezinterferonowej, czyli w latach 2013-2016, udokumentowano w badaniu EpiTer-1, które objęło 29 polskich ośrodków i 6786 chorych leczonych w tym okresie. Badanie to wykazało 50% skuteczność - historycznej już - terapii PegIFNa+RBV u 3779 zakażonych genotypem 1, wzrost SVR do 73% po stosowaniu w latach 2013-2015 terapii trójlekowych zawierających wprawdzie DAA, ale wciąż opartych na PegIFNa+RBV i wreszcie osiągnięcie 86-98% skuteczność u pierwszych 351 pacjentów którzy byli w Polsce leczeni różnymi opcjami terapii bezinterferonowej [15]. Kontynuacja tych obserwacji w ramach rozpoczętego w 2017 roku badania EpiTer-2 wyznaczy dalsze trendy w terapii zakażeń HCV w Polsce.

**Tabela 9.2.**

Aktualnie stosowane w Polsce opcje terapeutyczne dostępne w ramach programu terapeutycznego bezinterferonowego leczenie przewlekłego zapalenia wątroby typu C [16]

Terapia	Genotypy						
	1a	1b	2	3	4	5	6
OBV/PTV/r ± DSV ± RBV	x	x					
OBV/PTV/r ± RBV					x		
ASV + DCV		x					
SOF/LDV ± RBV	x	x					
SOF + PegIFN + RBV			x	x	x	x	x
SOF + RBV			x	x	x	x	x

## 9.4. Dostępność terapii w Polsce

Dostępność do terapii wirusowych zapaleń wątroby typu C w Polsce była zawsze limitowana nakładami finansowymi na programy terapeutyczne oraz kosztem leków. Dlatego do 2015 roku leczonych było rocznie zaledwie około 3,5 tysięcy chorych. W 2016 roku nastąpił wyraźny wzrost nakładów na realizację programu bezinterferonowego leczenia WZW C, a jednocześnie zaznaczył się trend obniżania kosztów terapii, co skutkowało zwiększeniem liczby leczonych do około 5 800. Pomimo braku formalnych ograniczeń zależnych od poziomu włóknienia, zdecydowaną większość pacjentów leczonych w 2016 roku stanowili chorzy z marskością wątroby. Wynikało to z zalecanego przez Polską Grupę Ekspertów HCV priorytetu udzielanego chorym z zagrożeniem życia [10]. W pierwszych miesiącach 2017 roku zaznaczyła się dalsza tendencja do obniżania średnich kosztów leczenia jednego pacjenta, które zbliżyły się do ponoszonych przed 2013 rokiem na terapię PegIFNa+RBV. Było to z jednej strony konsekwencją rozpoczęcia terapii chorych z mniej zaawansowanym włóknieniem, a więc takich u których terapia mogła zostać skrócona do 8 tygodni (zakażeni genotypem 1b z włóknieniem mniejszym niż F3), a z drugiej strony decyzjami producentów o obniżeniu cen leków, a przez to również średnich kosztów kuracji jednego pacjenta. W związku z tym należy się spodziewać, że nawet przy utrzymaniu nakładów na program terapii bezinterferonowej WZW C na poziomie z 2016 roku całkowita liczba chorych leczonych w 2017 roku może zbliżyć się do 8 tysięcy. Natomiast w przypadku utrzymania trendu wzrostu nakładów może ona przekroczyć 10 tysięcy chorych. Oznacza to stworzenie warunków zbliżających nas do „scenariusza eliminacji” zakażeń HCV i raka wątrobowokomórkowego (HCC) do 2030 roku, wyznaczonego w badaniu symulacyjnym (przeprowadzonym przez Polską Grupę Ekspertów HCV wspólnie z Centers for Disease Analysis), według którego liczba diagnozowanych i leczonych zakażeń HCV powinna rocznie wynosić 15 tysięcy [17].

## 9.5. Przyszłość terapii zakażeń HCV w Polsce

W 2017 roku należy się spodziewać wpisania na listę refundacyjną kolejnych leków złożonych z DAA, które już są zarejestrowane przez europejską agencję medyczną. Pierwszym będzie zapewne grazoprewir/elbaswir (GZR/EBR), charakteryzujący się wyjątkowym profilem bezpieczeństwa szczególnie przydatnym u chorych z niewydolnością nerek. Niestety terapia ta będzie stosowana wyłącznie u zakażonych genotypami 1 i 4, a więc w grupach chorych którzy już posiadają wybór opcji terapeutycznych. Drugim lekiem refundowanym w 2017 roku

może okazać się lek złożony ze znanego już sofosbuwiru i nowego inhibitora NS5A welpataswiru (SOF/VEL). Jest to pierwszy preparat, o którym można powiedzieć, że jest pangenotypowy, gdyż swoją aktywnością zapewnia skuteczne leczenie pacjentów zakażonych wszystkimi genotypami (a zwłaszcza genotypem 3), który w Polsce aktualnie stanowi główny problem z racji braku refundacji terapii w pełni bezinterferonowej o wysokiej skuteczności przeciwwirusowej. Z dużym prawdopodobieństwem możemy przypuszczać, że po 2017 roku zarejestrowane zostaną kolejne opcje terapeutyczne, a w tym glecaprewir/pibrentaswir, który poza niezwykle wysoką pangenotypową aktywnością przeciwwirusową będzie prawdopodobnie mógł być stosowany u większości albo nawet u wszystkich pacjentów przez zaledwie 8 tygodni.

Równocześnie z pojawieniem się nowych możliwości leczenia zakażeń HCV należy się spodziewać, że ceny nowych leków będą niższe od tych już dostępnych. Będzie to skutkowało znaczącym zwiększeniem liczby leczonych, nawet przy utrzymaniu aktualnego finansowania programu bezinterferonowej terapii WZW C. Ograniczeniem, którego ujawnienia należy się spodziewać w najbliższym czasie, będzie niewystarczająca liczba specjalistów prowadzących leczenie zakażonych HCV.

Należy pamiętać, że zdecydowana większość zakażonych HCV nadal nie jest tego świadoma. Jedynym sposobem na zmianę tego stanu jest wdrożenie narodowego programu eliminacji HCV w Polsce. Projekt tego programu, który niestety do chwili obecnej nie został zatwierdzony, poza leczeniem jak największej liczby chorych lekami o wysokiej skuteczności, zakłada centralne finansowanie badań przesiewowych w populacjach zwiększonego ryzyka zakażeniem HCV. Realizacja tego programu pozwoliłaby na osiągnięcie do 2030 roku planu redukcji liczby zakażonych o 90% co byłoby zgodne z niedawno przyjętą strategią WHO eliminacji zakażeń hepatotropowych [18].

## Podsumowanie

Na przestrzeni ostatnich 4 lat terapia zakażeń HCV ewoluowała z leczenia interferonem pegylowanym z rybawiryną, poprzez terapię trójlekową, aż po leczenie całkowicie bezinterferonowe.

Skuteczność terapii zakażeń HCV z poziomu około 50% wzrosła do blisko 100%, typowy czas kuracji skrócił się z 48 do 12 tygodni, a profil bezpieczeństwa osiągnął poziom bliski placebo.

W najbliższym czasie należy spodziewać się nowych leków, co wraz ze zwiększonymi nakładami finansowymi na terapię zakażeń HCV oraz obniżeniem cen leków doprowadzi do znacznego zwiększenia liczby leczonych.

Do uzyskania znaczącej redukcji liczby zakażonych w Polsce, poza dostępem do wysoce skutecznej terapii, konieczne jest wdrożenie programu badań przesiewowych w grupach najbardziej narażonych na zakażenie HCV.

## PIŚMIENNICTWO

1. Flisiak R, Halota W, Horban A, Juszczak J, Pawłowska M, Simon K. (2011) Prevalence and risk factors of HCV infection in Poland. *Eur J Gastroenterol Hepatol.* 23: 1213-1217.
2. Godzik P, Kołakowska A, Madaliński K, Stepień M, Zieliński A, et al. (2012) Prevalence of anti-HCV antibodies among adults in Poland - results of cross-sectional study in general population. *Przegl Epidemiol.* 66: 575-580.
3. Walewska-Zielecka B, Religioni U, Juszczak G, Wawrzyniak ZM, Czerw A, et al. (2017) Anti-hepatitis C virus seroprevalence in the working age population in Poland, 2004 to 2014. *Euro Surveill.* 22: 30441.
4. Gower E, Estes C, Blach S, Razavi-Shearer K, Razavi H. (2014) Global epidemiology and genotype distribution of the hepatitis C virus infection. *J Hepatol.* 61: 45-57.
5. Flisiak R, Pogorzelska J, Berak H, Horban A, Orłowska I, et al. (2016) Prevalence of HCV genotypes in Poland - the EpiTer study. *Clin Exp Hepatol.* 2:144-148.
6. Juszczak J, Bolewska B, Flieger J, Swietek K, Adamek B, et al. (2001) Effectiveness of antiviral treatment of patients with chronic hepatitis C (a Polish multicenter study). *Pol Merkur Lek.* 11: 340-343.
7. Juszczak J, Białkowska J, Bolewska B, Boroń-Kaczmarek A, Gładysz A, et al. (2004) Peginterferon alpha-2b in patients with chronic hepatitis C. *Pol Merkur Lek.* 16:353-357.
8. Janczewska E, Flisiak R, Zarebska-Michaluk D, Koziulewicz D, Berak H, et al. (2015) Effect of peginterferon or ribavirin dosing on efficacy of therapy with Telaprevir in treatment-experienced patients with chronic hepatitis C and advanced liver fibrosis: a multicenter cohort study. *Medicine.* 94:e1411.
9. Fried MW, Buti M, Dore GJ, Flisiak R, Ferenci P, et al. (2013) Once-daily simeprevir (TMC435) with pegylated interferon and ribavirin in treatment-naïve genotype 1 hepatitis C: the randomized PILLAR study. *Hepatology.* 58:1918-1929.
10. Halota W, Flisiak R, Boroń-Kaczmarek A, Juszczak J, Małkowski P, et al. (2016) Recommendations for the treatment of hepatitis C issued by the Polish Group of HCV Experts - 2016. *Clin Exp Hepatol.* 2: 27-33.
11. Flisiak R, Janczewska E, Wawrzynowicz-Syczewska M, Jaroszewicz J, Zarebska-Michaluk D, et al. (2016) Real-world effectiveness and safety of ombitasvir/paritaprevir/ritonavir ± dasabuvir ± ribavirin in hepatitis C: AMBER study. *Aliment Pharmacol Ther.* 44:946-956.
12. Flisiak R, Łucejko M, Mazur W, Janczewska E, Berak H, et al. (2017) Effectiveness and safety of ledipasvir/sofosbuvir ± ribavirin in the treatment of HCV infection: The real-world HARVEST study. *Adv Med Sci.* w druku.

13. Cornberg M, Petersen J, Schober A, Mauss S, Böker KH, et al. (2017) Real-world use, effectiveness and safety of anti-viral treatment in chronic hepatitis C genotype 3 infection. *Aliment Pharmacol Ther.* 45:688-700.
14. Pawlotsky JM, Aghemo A, Back D, Dusheiko G, Fornis X et al. (2017) EASL recommendations on treatment of hepatitis C 2016. *J Hepatol.* 66:153-194.
15. Flisiak R, Pogorzelska J, Berak H, Horban A, Orłowska I, et al. (2016) Efficacy of HCV treatment in Poland at the turn of the interferon era - the EpiTer study. *Clin Exp Hepatol.* 2:138-143.
16. Flisiak R, Urbánek P, Rokusz L, Oltman M, Makara M, Janicko M. (2016) New therapeutic options for HCV in Central Europe. *Clin Exp Hepatology.* 2: 7-11.
17. Flisiak R, Halota W, Tomasiewicz K, Kostrzewska K, Razavi HA, Gower EE. (2015) Forecasting the disease burden of chronic hepatitis C virus in Poland. *Eur J Gastroenterol Hepatol.* 27:70-76.
18. WHO. Combating Hepatitis B and C to Reach Elimination by 2030. <http://www.who.int/hepatitis/publications/hep-elimination-by-2030-brief/en/>.

# HISTORIA POLSKIEJ GRUPY EKSPERTÓW HCV

Prof. dr hab. n. med. Waldemar Halota  
Katedra i Klinika Chorób Zakaźnych i Hepatologii,  
Uniwersytet Medyczny w Bydgoszczy,  
Prezes Polskiej Grupy Ekspertów HCV

Wprowadzenie do praktyki klinicznej testów diagnozowania zakażeń HBV i HAV jednoznacznie wskazało na istnienie nieznannej wcześniej choroby wątroby. O jej etiologii zakaźnej przesądziły doświadczenia Bradleya i wsp., którym udało się przenieść czynnik zakaźny z człowieka na mały człekokształtne. Konsekwencją zidentyfikowania w 1989 r. wirusa HCV było wprowadzenie nazwy choroby wirusowe zapalenie wątroby typu C (WZW C), zamiast funkcjonującej wcześniej nie-A, nie-B hepatitis. W krótkim czasie pojawiły się swoiste testy diagnostyczne, co umożliwiło poznanie zakażenia HCV i jego konsekwencji klinicznych [1].

Okazało się, że przypisywanie związków tej choroby z krwiolecznictwem (po-transfuzyjne zapalenie wątroby) nie wyczerpuje możliwości transmisji zakażenia w innych okolicznościach. Nawiasem mówiąc zakażenia poprzetoczeniowe udało się łatwo usunąć w skutek systematycznie doskonalonej selekcji dawców krwi [2]. Znacznie trudniej było zahamować szerzenie się zakażeń poprzez zainfekowane HCV narzędzia, używane do zabiegów z przerwaniem ciągłości tkanek. Dotyczy to zarówno osób uzależnionych od środków odurzających przyjmowanych drogą iniekcji lub donosowo, zabiegów kosmetycznych, a zwłaszcza zakażeń szpitalnych, które dominowały wśród rodzinnych zakażeń [3]. Najczęstszą ich przyczyną były zaniedbania sanitarne przy wykonywaniu drobnych zabiegów medycznych, zarówno błędy sterylizacji, jak i braki procedur. Sytuacji nie ułatwiał fakt pojawiania się choroby po wielu latach od zakażenia, co nie pozwalało doraźnie reagować na te zaniedbania.

Początkowo szacowano, iż transmisja jatrogena HCV dotyczyła w Polsce około 80% osób zakażonych. W publikacji Zielińskiego, która ukazała się kilka lat później, odsetki te były jeszcze wyższe, gdyż tylko 16% tych zakażeń pozostawało bez związku z ochroną zdrowia. Wśród nich źródłem zakażeń byli iniekcijni użytkownicy narkotyków lub osoby poddawane zabiegom upiększającym (kolczyko-

wanie, tatuaże itp.). Zakażenia wertykalne i seksualne stanowią margines osób zakażonych, sięgając około paru procent [4].

Wskazuje się, że tylko około 20-40% osób zakażonych zdrowieje spontanicznie. Charakterystyczną cechą HCV jest długotrwała bezobjawowość lub pojawianie się objawów, których nie wiąże się z chorobą wątroby. Po latach u około 20% tych chorych pojawiają się objawy marskości wątroby, a u 1-5% raka wątrobowokomórkowego (HCC) [2]. Zakażenie HCV rozpoznawano najczęściej na tym etapie historii naturalnej. Przed wprowadzeniem testów diagnostycznych w kierunku HCV większość z tych chorób uznawana była za kryptogenne, gdyż niemożliwa była identyfikacja etiologii choroby.

### 10.1. Historia badań nad HCV w Polsce

Większość rodzimych badań przesiewowych w kierunku HCV, prowadzonych w latach 90-tych, wskazywała na 4% zakażeń w populacji polskiej. Pierwsze z tych badań dotyczyło ponad 14 000 pacjentów badanych „na życzenie”, pochodzących z różnych ośrodków. Wykryte odsetki zakażonych wahały się od 1% do 7,5% w badanej populacji [5]. Podobne wyniki dostarczyło badanie tysiąca kolejno przyjmowanych do szpitala dzieci, prowadzonych w ramach dysertacji doktorskiej. Doktorantka wykazała, że wśród 4% wykrytych zakażeń najczęściej występowały one u dzieci ponad 3-krotnie hospitalizowanych, a także, że dzieci młodsze były częściej zakażone, niż dzieci po 14 roku życia [6]. Identyczne odsetki zakażeń HCV wykryto wśród 300 chorych na cukrzycę w Wojewódzkiej Przychodni Diabetologicznej w Bydgoszczy. Wykazano, że zakażenia HCV występują w ogromnej dysproporcji w stosunku do częstości wykrywanych wykładników zakażeń HBV, odpowiednio 4% i 40%. Dotyczyło to głównie przebytych zakażeń HBV, gdyż HBsAg występował w co dziesiątym przypadku obecności anty-HBc [7].

Na podstawie dwóch ostatnich prac można było domniemywać, iż w Polsce zakażenia HCV są generowane prawdopodobnie od niedawna. W Japonii i Włoszech wirus HCV rozpowszechnił się w latach 40-tych, natomiast w Stanach Zjednoczonych w latach sześćdziesiątych XX wieku [5].

Tylko jedno z badań prowadzonych wówczas w Polsce wskazało, iż odsetki zakażeń HCV są niższe. Bielawski i wsp., wśród 2.561 osób badanych w kierunku HCV wykryli zakażenia HCV w odsetku równym 1,9% [8]. Polska Grupa Ekspertów HCV, aby uniknąć zarzutu wyolbrzymiania rangi zakażeń HCV przyjęła wyniki tych badań za obiektywne.

Równoległe do tych badań opublikowano analizę epidemiologiczną osób zakażonych HCV, pacjentów jednego z bydgoskich szpitali. Badania prowadzone na grupie 331 pacjentów nie potwierdziły dominującej rangi krwiolecznictwa

w szczytaniu się zakażeń HCV, gdyż tylko 47 osób mogło być zakażonych drogą krwiolecnicztwa. Pozostali nigdy nie byli leczeni krwią. W tym czasie krwiodawcy byli zakażeni z częstotnością 0,5% [9-11]. Wśród chorych dializowanych przeciwciała anty-HCV wykrywano początkowo u 30-60% badanych, obecnie odsetki te obniżyły się do około paru procent [12]. Nie ma wątpliwości, że grupą najwyższego ryzyka zakażeń HCV byli również w Polsce iniekcyjni użytkownicy narkotyków, zwłaszcza zakażeni HIV, gdzie anty-HCV wykrywano u 70-90% badanych [13].

W konsekwencji obraz zakażeń HCV w Polsce niepokoił, gdyż wyższym niż w krajach Europy Zachodniej odsetkom zakażeń, towarzyszyła niewielka liczba rozpoznanych przypadków. Co gorsze, istniało uzasadnione podejrzenie, iż w omawianych latach dochodziło do licznych nierozpoznawanych transmisji tych zakażeń w Polsce. Wybitnie ograniczone środki finansowe przeznaczane na terapię, przy niezadowalającej skuteczności leków dopełniały pesymistycznej wizji. Było oczywiste, iż bez podjęcia systemowych działań nie uda się poprawić sytuacji epidemiologicznej ani losu zakażonych pacjentów.

## 10.2. Polska Grupa Ekspertów HCV (PGE HCV)

Opisana sytuacja epidemiczna w kontekście znacznej liczby osób z nierozpoznanym zakażeniem HCV budziła niepokój. Nie było wątpliwości, że wczesne rozpoznanie zakażenia HCV pozwalałoby na uniknięcie ryzyka zaawansowanej choroby wątroby i innych konsekwencji społecznych. Zaniepokojone środowiska medyczne zogniskowane wokół Polskiego Towarzystwa Epidemiologów i Lekarzy Chorób Zakaźnych, Polskiego Towarzystwa Hepatologicznego oraz Polskiego Towarzystwa Gastroenterologii, Hepatologii i Żywienia Dzieci w dniu 16.06.2004 r. utworzyły **Polską Grupę Ekspertów HCV**. W skład Grupy Inicjatywnej, której przewodniczącym został prof. Waldemar Halota, weszli profesorowie: Anna Boroń-Kaczmarek, Janusz Cianciara, Jacek Juszczyk, Krzysztof Simon, Jerzy Socha oraz doktorzy habilitowani Piotr Małkowski oraz Małgorzata Pawłowska.

Ustalono następujące podstawowe cele działania Grupy:

- zobiektywizowanie skali problemu jakim jest zakażenie wirusem HCV;
- edukacja społeczeństwa i dokształcanie lekarzy;
- zwiększenie dostępu do diagnostyki i terapii zakażeń HCV (zapewnienie leczenia wszystkim potrzebującym);
- wprowadzenie HCV do Narodowego Programu Zdrowia od 2006 r.

O powstaniu Grupy i jej zadaniach poinformowano Ministerstwo Zdrowia oraz opinię publiczną. Towarzyszyła temu duża kampania medialna, którą wykorzystano do działań edukacyjnych i szkoleniowych.



Jak wcześniej wspomniano Grupa założyła, iż niespełna 2% populacji polskiej zakażona jest wirusem HCV. Uniknięto w ten sposób zarzutów, iż środowisko medyczne wyolbrzymia problem, którym jest żywotnio zainteresowane. Z udziałem dyrektorów szpitali i ordynatorów rozpoczęto negocjacje z Narodowym Funduszem Zdrowia pod kątem modyfikacji obowiązujących programów terapeutycznych.

### 10.3. Projekt Narodowego Programu Zwalczania HCV

Pierwsze kilka miesięcy funkcjonowania Polskiej Grupy Ekspertów HCV zajęło przygotowanie Narodowego Programu Zwalczania Zakażeń HCV. Do jego utworzenia zaproszono szerokie grono ekspertów. Znaleźli się wśród nich profesoria: Andrzej Zieliński i Kazimierz Madaliński z Państwowego Zakładu Higieny, Magdalena Łętowska, Ewa Brojer i Jerzy Windyga z Instytutu Hematologii, prof. Bolesław Rutkowski (nefolog) oraz przedstawiciel Instytutu Arcana - Grzegorz Nogas, który analizował koszty projektu.

Przewidziano następujące kierunki działań:

- poprawa sytuacji epidemicznej w Polsce
  - identyfikacja źródeł zakażenia;
  - unieszkodliwienie dróg transmisji zakażeń HCV;
- ułatwienie dostępu do diagnostyki zakażeń HCV;
- umożliwienie terapii osób chorych;
- stworzenie sieci ośrodków referencyjnych;
- podjęcie szerokich działań edukacyjno-szkoleniowych;
- stworzenie rejestru osób zakażonych HCV w kontekście ich potrzeb zdrowotnych;
- współpraca z organizacjami pozarządowymi.

Program przewidywał konieczność systematycznej ewaluacji podejmowanych działań w celu niezbędnych modyfikacji.

Projekt Narodowego Programu Zwalczania Zakażeń HCV przekazano do Ministra Zdrowia, prof. Zbigniewa Religi we wrześniu 2005 r. Szef resortu zainteresował się nim osobiście, doceniając rangę problemu. Jeszcze w tym samym roku powołano Zespół ds. Zakażeń HCV (Zarządzenie MZ z dnia 23 grudnia 2005 r.), którego zadaniem było dokonanie *szczegółowej analizy Projektu Zwalczania Zakażeń HCV opracowanego przez PGE HCV oraz przygotowanie i przedstawienie opinii dotyczącej programu Ministrowi właściwemu ds. zdrowia*. Planowano, aby Projekt wraz z kosztorysem został zaakceptowany do realizacji w 2007 r.

Nigdy do tego nie doszło, gdyż nowe kierownictwo resortu nie podjęło prac nad tym Projektem. W tej sytuacji zdecydowano, aby program działania Grupy

koncentrować na mniejszych projektach. W ich realizacji nierzadko współpracowano z Główną Inspekcją Sanitarną, Narodowym Instytutem Zdrowia Publicznego - Państwowym Zakładem Higieny, zespołami i komisjami Sejmu i Senatu, Naczelną Izbą Lekarską, organizacjami pacjentów czy firmami farmaceutycznymi.

#### **10.4. Ważniejsze działania edukacyjno-szkoleniowe**

##### ***HCV można pokonać***

Akcją prowadzoną w latach 2005/2006 objęto 5 województw. W ramach kampanii przeszkolono, metodą kaskadową, 84 000 pracowników medycznych zatrudnionych w 6 500 jednostek ochrony zdrowia. Dla jej potrzeb przygotowano prawie 10 000 zestawów materiałów dydaktycznych. Przyczyniło się to do zwiększenia odpowiednio o 40% i 60% liczby zarejestrowanych przypadków zakażenia HCV w Polsce w latach trwania akcji w porównaniu z rokiem 2004. Z przeprowadzonych szkoleń wynikało jednoznacznie, że należy poprawić zasady rejestracji zakażeń HCV w Polsce.

##### ***Zostań w grze***

Była to typowa kampania edukacyjna na temat zakażeń HCV, przeprowadzona na terenie pięciu miast w latach 2006/2007. Celem tych działań było zwiększenie świadomości społeczeństwa na temat zakażenia HCV oraz zachęcenie do wykonania bezpłatnych testów diagnostycznych. Ponad 60 000 osób otrzymało materiały edukacyjne. Wykonano ponad 4 tys. badań, wykrywając zakażenia HCV u 2% badanych. Akcji towarzyszyła szeroka kampania medialna.

##### ***Zostańcie w grze - Ty i Twoje dziecko***

Prowadzona w latach 2007/2008 kampania społeczna, zaadresowana była do kobiet ciężarnych. Akcję prowadzono na terenie 7 największych polskich miast. Rozdano około 80 tys. zestawów edukacyjnych. Wykonano 1 600 bezpłatnych testów, wykrywając 0,4% zakażonych kobiet.

##### ***STOP! HCV***

Pilotażowy program profilaktyki zakażeń HCV prowadzono w latach 2010/2011 we współpracy z Ministerstwem Zdrowia i Głównym Inspektoratem Sanitarnym. Program rekomendował profilaktykę pierwotną, tj. unikanie narażenia na HCV i eliminację zagrożeń związanych z opieką medyczną, jak również profilaktykę wtórną, czyli wczesne wykrywanie oraz skuteczne leczenie zakażonych. Ogółem na potrzeby tego programu przygotowano ponad 190 000 materiałów edukacyjno-informacyjnych. Grupami docelowymi była młodzież klas I lub II szkół ponad-

gimnazjalnych, lekarze podstawowej opieki zdrowotnej, ale też kadra kierownicza i personel odpowiedzialny za bezpieczeństwo epidemiologiczne w szpitalach specjalistycznych.

Główny Inspektor Sanitarny powołał do realizacji programu Koordynatora Krajowego oraz 32 koordynatorów wojewódzkich. Założono, że program będzie przeprowadzony w każdym powiecie.

Moduł szkolny zrealizowano w 351 szkołach przy pomocy 339 koordynatorów powiatowych i 239 nauczycieli. Byli oni wcześniej kaskadowo przeszkoleni oraz wyposażeni w literaturę fachową, a także możliwość szkoleń internetowych. W programie uczestniczyło prawie 10 000 uczniów, wśród których uzyskano wyraźny wzrost wiedzy na temat HCV - prawidłowych odpowiedzi w raporcie końcowym udzieliło 91% uczniów.

Moduł POZ realizowano w 471 placówkach w prawie wszystkich powiatach w kraju. Przeprowadzono 469 szkoleń, w których wzięło udział ponad 2 500 pracowników. W teście kontrolnym ponad 90% spośród nich osiągnęło oceny pozytywne z wiedzy o HCV.

Trzeci moduł realizowano w 187 szpitalach na terenie 15 województw. W szkoleniach uczestniczyło 36 tys. pracowników medycznych, w tym 24 tys. pielęgniarek i ponad 6 tys. lekarzy wraz z kadrami zarządzającą tymi jednostkami. Szkolenie przyczyniło się do rewizji procedur dotyczących zakażeń szpitalnych w co trzecim szpitalu.

## 10.5. Badania przesiewowe w kierunku HCV

Testy w kierunku zakażeń HCV prowadzono niemal zawsze w wymienionych wyżej, jak i szeregu innych akcjach edukacyjno-szkoleniowych. Polska Grupa Ekspertów HCV od początku swojego istnienia założyła, iż wśród wcześniej prowadzonych badań, wyniki Bielskiego mogą prawidłowo oddawać odsetki zakażeń HCV w Polsce. Założenie to okazało się ze wszech miar trafione, gdyż na 1,9% zakażonych wskazały kilka lat później prowadzone badania. Największe z nich przeprowadzono w latach 2009-2010, obejmując badaniami 26 tys. osób. Analizie statystycznej poddano 18 tys. badanych, którzy prawidłowo wypełnili ankiety. Największą grupę stanowili pacjenci szpitali wielospecjalistycznych (niespełna 14 500), mniej liczne były grupy pacjentów wojskowej służby zdrowia i punktów konsultacyjno-diagnostycznych. Przeciwciała anty-HCV wykryto średnio u 1,9% badanych; w dużych szpitalach odsetki wynosiły około 2%, w jednostkach wojskowej służby zdrowia 1,26%, a w punktach konsultacyjno-diagnostycznych 3,28%. Pacjenci dużych szpitali odzwierciedlali prawdopodobnie przeciętną strukturę populacji. Szczegółowa analiza ankiet wykazała, że mężczyźni byli zakażeni dwukrotnie częściej niż kobiety, osoby leczone przetoczeniami krwi przed 1992 r.

3-krotnie częściej niż pozostali, a iniekcyjnie przyjmujący narkotyki - 7-krotnie częściej. Badanie potwierdziło poglądy, iż istotną rolę w transmisji HCV odgrywają zakażenia szpitalne, gdyż osoby wielokrotnie hospitalizowane były statystycznie znamienne częściej zakażone tym wirusem. Wynikiem prowadzonych badań było też oznaczenie czynnych zakażeń w populacji polskiej. Okazało się, że HCV-RNA występuje u około 30% osób seropozytywnych w kierunku HCV (0,6%) [14].

Interesujące, że identyczne odsetki (0,6%) uzyskała Godzik z Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego - PZH, prowadząc rok później badania w grupie niespełna 5 tys. osób [15].

## 10.6. Ogólnopolski Rejestr Zakażonych HCV

Od stycznia 2013 r. Polska Grupa Ekspertów HCV nadzoruje badanie epidemiologiczne chorych na przewlekłe zapalenie wątroby typu C. Przez pierwsze dwa lata współpracowano w tym zakresie z Active Pharma Sp.z o.o., następnie Pharma Concept Sp.z o.o.

Głównym celem analizy było uzyskanie informacji na temat liczby zakażonych HCV w 16 ośrodkach terapii zakażeń HCV w Polsce, skuteczności stosowanego leczenia, a też kolejek osób dotychczas nie leczonych lub wymagających reterapii. Badanie było zaakceptowane przez GİODO. Charakterystyka zakażenia HCV obejmowała takie dane jak genotyp zakażający, stopień włóknienia, a też historię dotychczasowego leczenia. W bazie znajdują się informacje na temat ponad 2 tys. pacjentów. Wśród nich genotypem 1 HCV zakażonych jest 62%, genotypem 3 HCV 10% oraz genotypem 4 niespełna 4%. U co czwartego badanego występuje zaawansowane włóknienie na poziomie F3-F4.

Spółród 49% przekazanych danych wynika, iż około połowa pacjentów była wcześniej leczona. W wyniku ograniczonej skuteczności tradycyjnego leczenia - przy pomocy pegylowanego interferonu i rybawiryny - okazało się, iż co trzeci z tej grupy wymaga reterapii. Pozostali ankietowani chorzy nigdy wcześniej nie byli leczeni.

## 10.7. Diagnozowanie zakażeń HCV

Wprowadzone w latach 90-tych ubiegłego stulecia metody diagnozowania zakażeń HCV ulegały systematycznym modyfikacjom poprawiającym ich czułość i swoistość. Dotyczyło to niemal wyłącznie testów anty-HCV. Przez pewien czas testy ELISA potwierdzano testem Liatek, co poprawiało skuteczność diagnozowania przeciwciał anty-HCV, aczkolwiek nie pozwalało na różnicowanie czynnych zakażeń od przebytych. Problem ten dotyczył całego świata. Koncentrowanie uwagi

na obecności przeciwciał nie pozwala na obiektywną ocenę zagrożeń, mimo że kultywowane jest niekiedy do dzisiaj. Niedobrze, że dotyczy to również krajów europejskich, gdzie przy rejestracji zakażeń HCV izolowana obecność przeciwciał jest równorzędna z wykryciem HCV-RNA mimo, iż są to zupełnie różne populacje zakażonych.

Polska Grupa Ekspertów HCV we współpracy z NIZP-PZH i Instytutem Hematologii powołała *Grupę roboczą dla opracowania optymalnych metod diagnostyki zakażeń HCV*. Już w 2013 r. uzgodniono, iż jedynym testem potwierdzającym zakażenie HCV jest wykrycie obecności HCV-RNA, gwarantując w ten sposób możliwość rozpoznania czynnych zakażeń, gdyż one wpływają na ich znaczenie epidemiologiczne i kliniczne [16].

## 10.8. Perspektywy eradykacji HCV w Polsce

W roku 2013 PGE HCV podjęła współpracę z zespołem Center for Disease Analysis (Colorado, USA), kierowanym przez Homiego Razavi w celu przeprowadzenia prognostycznej analizy epidemiologii zakażeń HCV i jego następstw do 2030 r. Przy utrzymaniu zasad diagnozowania i leczenia z 2013 r. i uzyskiwanej wówczas skuteczności terapii, populacja zakażonych HCV w Polsce do 2030 r. zostałaby zmniejszona o około 5%. Liczba chorych z wyrównaną i niewyrównaną marskością wątroby oraz z rakiem wątrobowokomórkowym wzrosłaby odpowiednio o 40%, 55% i 60%. Scenariusz zakładający wzrost liczby leczonych w tym czasie do 5 tys. rocznie, przy realnie spodziewanej skuteczności terapii 95%, zapewniłby tendencję spadkową w zakresie liczby osób zakażonych, natomiast liczba późnych następstw zakażenia HCV nie zwiększałaby się. Najbardziej korzystne byłoby włączanie do leczenia każdego roku około 15 tys. osób, co w 2030 r. doprowadziłoby do prawie całkowitej eradykacji wirusa HCV z populacji polskiej. Pozostałoby wówczas tylko około 10% osób nadal zakażonych HCV, a śmiertelność zmniejszyłaby się o około 80%.

Przeprowadzone badania stanowią podstawy merytoryczne do wnioskowania o możliwej eliminacji zakażenia HCV w najbliższych kilkunastu latach, gdyż trafność zawartych w nich prognoz jest aktualnie z powodzeniem weryfikowana [17].

## 10.9. Rekomendacje i standardy terapeutyczne

Od momentu powstania Polskiej Grupy Ekspertów HCV niezmiennym kierunkiem działalności było propagowanie zasad i metod leczenia zakażeń HCV, ale też analiza dostępności pacjentów do rekomendowanych terapii. W związku ze zmieniającymi się schematami postępowania, zasadami monitorowania przebiegu

i skuteczności terapii, a też pojawianiem się i włączaniem do praktyki klinicznej nowych leków, rekomendacje leczenia przewlekłego WZW C w 2017 r. modyfikowano po raz dziesiąty [18]. Przez dłuższy czas terapia była skoncentrowana na interferonach i rybawirynie, lekach o ograniczonej skuteczności - w zakażeniach genotypem 1 HCV nie przekraczały one 50% leczonych [19]. Sytuacja uległa diametralnej poprawie wraz z pojawieniem się leków działających bezpośrednio antywirusowo (DAA - directly acting agents). Pierwsze ich generacje dodawane były do terapii tradycyjnej, kolejne zdecydowały o utworzeniu możliwości terapii bezinterferonowych. Nowe propozycje charakteryzują się około 100% skutecznością, prawie niezależną od zaawansowania choroby, krótkim okresem terapii oraz znikomymi działaniami niepożądanymi. Interesujące, że nowe terapeutyki są dotychczas niezadowolająco skuteczne w zakażeniach genotypem 3 HCV, które relatywnie dobrze odpowiadały na leczenie tradycyjne.

Niekwestionowanym sukcesem PGE HCV było skuteczne wprowadzanie kolejnych rekomendacji do programów lekowych NFZ. W tym względzie nierzadko wyprzedzaliśmy inne kraje europejskie.

Dotychczas terapią bezinterferonową przeleczono w Polsce kilka tysięcy osób, w tym liczne grupy pacjentów z zaawansowaną chorobą wątroby, a też wymagających reterapii. Oczekuje się, że w roku bieżącym paleta refinansowanych terapeutyków dla przewlekłych zakażeń HCV zwiększy się o kolejne leki, które są już w Polsce zarejestrowane.

Autorzy omawianych opracowań zmieniali się na przestrzeni lat. Towarzystwo Pediatriczne wycofało się po kilku latach ze względu na niewielkie odsetki zakażeń HCV wśród dzieci. Skład Grupy zmodyfikowano po raz ostatni w 2013 r. Decyzją Zarządów Głównych Polskiego Towarzystwa Epidemiologów i Lekarzy Chorób Zakaźnych oraz Polskiego Towarzystwa Hepatologicznego weszli profesorowie: Waldemar Halota, Robert Flisiak, Jacek Juszczyk, Piotr Małkowski, Małgorzata Pawłowska, Krzysztof Simon oraz Krzysztof Tomasiewicz.

## Podsumowanie

Polska Grupa Ekspertów HCV poprzez swoje wielorakie działania wywarła bezpośredni wpływ na politykę wobec potrzeb osób zakażonych HCV oraz świadomość zagrożeń ze strony wirusa. Osiągnano to poprzez współpracę z instytucjami szczebla krajowego (Sejm, Senat, Ministerstwo Zdrowia, Główny Inspektor Sanitarny, NIZP-PZH), a także licznymi organizacjami pacjentów i Fundacjami (Fundacja Zwalczenia Chorób Zakaźnych, Fundacja Gwiazda Nadziei, Fundacja Urszuli Jaworskiej, Życie po Przeszczepie, Prometeusz, Hepa-Help, SOS WZW, Transplantacja O.K.). O skuteczności działań niejednokrotnie przesądzała współpraca ze środkami masowego przekazu między innymi wywiady, konferencje prasowe,

udział członków w programach radiowych, telewizyjnych i internetowych. Ponadto uczestniczono w opracowaniu licznych raportów dotyczących sytuacji HCV w Polsce, współpracując w tym zakresie z Uczelnią Łazarskiego, Instytutem Ochrony Zdrowia i HTA Consulting.

Funkcjonowanie PGE HCV nie byłoby możliwe bez wsparcia ze strony firm farmaceutycznych. W tym kontekście na szczególne podziękowanie zasługuje pani Petia Hadjiewa, której zawdzięczamy początki istnienia.

Dziękuję też panu Profesorowi Robertowi Flisiakowi za szczególne zaangażowanie w realizację zadań Polskiej Grupy Ekspertów HCV, co nierzadko miało bezpośredni wpływ na dokonania zespołu.

## PIŚMIENNICTWO

1. Opoka J, Halota W, Stolarczyk J, Dorau M. (1994) Hepatologiczna ocena narkomanów przyjmujących środki odurzające drogą dożylną. [W:] „Współczesne problemy epidemiologii, kliniki i zapobiegania chorobom zakaźnym.”. *Hepatol Pol.* 1(1):21-25.
2. Trzcziński J, Halota W. (1994) Wirusowe zapalenie wątroby etiologii HCV w świetle badań prowadzonych w Wojewódzkim Szpitalu Obserwacyjno-Zakaźnym w Bydgoszczy w latach 1989-1992. *Materiały Naukowe Zjazdu PTEiLChZ, Poznań* 23-24.09.1994:147-149.
3. Tyczyńska-Hoffmann B, Czerwionka-Szaflarska M, Halota W, Nowak A, Dorau M. (1995) Częstość występowania przeciwciał anti-HCV wśród dzieci hospitalizowanych. *Materiały Naukowe I Zjazdu PTH, Szczecin* 27-28.04.1995:15: 21.
4. Muszyńska M, Halota W, Pawłowska M, Bulik F. (1997) Zakażenia HBV i HCV u chorych na cukrzycę typu I. *Materiały Naukowe XIV Zjazdu PTEiLChZ, Gdańsk* 19-21.09.1997, I-A:6-7.
5. Halota W, Topczewska-Staubach E, Kłos M, Pawłowska M, Korybalski Ł, Bulik F. (1999) Wybrane aspekty zakażeń HCV w Polsce. *Lek Wojsk.* R75,5-6:264-268.
6. Halota W. (2000) HCV - współczesne zagrożenie. *Przegl Epidemiol.* 54(supl.1):128-135.
7. Halota W, Pawłowska M. (2001) Zakażenia wirusami hepatotropowymi. *Med Sci Rev Hepatol.* 1:43-57.
8. Bradley DW, Maynard JE, Popper H. (1983) Posttransfusion non A, non B hepatitis. Physicochemical properties of two distinct agents. *J Infect Dis.* 148:254-265.
9. (1999) EASL International Consensus Conference on Hepatitis C. Paris 1999. *J Hepatol.* 30:956-961.
10. Brillanti S, Garson J, Foli M et al. (1994) A pilot study of combination therapy with ribavirin plus interferon alfa for interferon alfa resistant chronic hepatitis C. *Gastroenterol* 107:812-817.
11. Moraczewska Z, Mikulska M, Brojer E i wsp. (2000) Wykrywanie RNA HCV wśród polskich dawców krwi oraz w preparatach osoczopochodnych. *Acta Haematol Pol* 31,4: 391-397.

12. Bielawski K, Wiasiuk M, Truskolawska i wsp. (2000) HCV infection in Poland. *Arch Med Res*, 31. 5: 532-5.
13. Madaliński K, Flisiak R, Halota W. (2013) Diagnostyka laboratoryjna zakażeń wirusem zapalenia wątroby typu C. Rekomendacje Polskiej Grupy Roboczej 2012/2013. *Diagn Lab*, 49,1: 65-70.
14. Flisiak R, Halota W, Horban A, i wsp. (2011) Prevalence and risk factors of HCV infection in Poland. *Eur J Gastroenterol Hepatol*. 23: 1213-1217.
15. Godzik P, Kołakowska A, Madaliński K, i wsp. (2012) Rozpowszechnienie przeciwciał anty-HCV wśród osób dorosłych w Polsce - wyniki badania przekrojowego w populacji ogólnej. *Przegl Epidemiol*, 66: 575-580.
16. Zieliński A. (2012) Wirusowe zapalenie wątroby typu B i C w Polsce w latach 1993-2011. [http://www.pzh.gov.pl/page/fileadmin/user\\_upload/SPPW/Konferencja\\_inaugurujaca/prezentacje/Prezentacja%20-%20HCV%20-%20projekty.pptx](http://www.pzh.gov.pl/page/fileadmin/user_upload/SPPW/Konferencja_inaugurujaca/prezentacje/Prezentacja%20-%20HCV%20-%20projekty.pptx).
17. Malyszko J, Dryl-Rydzynska T, Marcinkowski W i wsp. (2017) Comorbidities on kidney transplantation waiting list relative to the status of the potential recipient. *Arch Med Sci*. DOI: <https://doi.org/10.5114/aoms.2016.60337>.
18. Flisiak R, Halota W, Tomasiewicz K, Kostrzevska K i wsp. (2015) Forecasting the disease burden of chronic hepatitis C virus in Poland. *Eur J Gastroenterol Hepatol*. 27:70-76.
19. Halota W, Flisiak R, Juszczyk J., Małkowski P, i wsp. (2017) Rekomendacje leczenia wirusowych zapaleń wątroby typu C Polskiej Grupy Ekspertów HCV - 2017 (w druku).



# WIRUSOWE ZAPALENIE WĄTROBY TYPU C Z PERSPEKTYWY AGENCJI OCENY TECHNOLOGII MEDYCZNYCH I TARYFIKACJI (AOTMiT)

Dr n. med. Wojciech Wysoczański  
Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji

W Polsce świadczenia gwarantowane na rzecz pacjentów chorych na wirusowe zapalenie wątroby typu C (WZW C) są wykonywane i rozliczane w ramach różnych systemów. Większość świadczeń może być wykonana i rozliczona w ramach systemu ogólnego, tzn. podobnie jak dla pacjentów cierpiących na inne choroby (np. świadczenia w ramach Podstawowej Opieki Zdrowotnej (POZ), Ambulatoryjnej Opieki Specjalistycznej (AOS), świadczenia szpitalne). Cechą wspólną tych świadczeń jest stosunkowo niska cena jednostkowa, oraz to że takie same procedury (świadczenia) mogą być wykonywane w różnych chorobach (np. hospitalizacja z powodu zdekompensowanej niewydolności wątroby). W systemie organizacji i finansowania świadczeń można również wyróżnić produkty dedykowane poszczególnym chorobom - określane są one programami.

W ramach programów dedykowanych problemom związanym z WZW C są programy lekowe [1] (o których mowa w art. 15 ust. 2 pkt 15). Program lekowy określa kryteria włączenia i wyłączenia z programu, dawkowanie leku i sposób podawania, monitorowanie programu, w tym monitorowanie leczenia, a także sposób przekazywania informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych [2]. Proces uruchamiania nowego programu lekowego przebiega analogicznie jak dla refundacji leków na receptę i zaczyna się od złożenia wniosku refundacyjnego, przez podmiot odpowiedzialny, do Ministerstwa Zdrowia. Przed przestaniem ostatecznej wersji do AOTMiT, w Ministerstwie Zdrowia (MZ) odbywa się jeszcze etap uzgadniania z wnioskodawcą (przedstawiciele firm farmaceutycznych) zapisów treści zapisów w programie (np. kryteria kwalifikacji, sposób dawkowania itp.). Po przesłaniu materiałów do AOTMiT, Prezes ma 60 dni na wydanie rekomendacji dotyczącej refundacji nowego programu. W tym czasie Agencja przygotowuje Analizę Weryfikacyjną i na jej podstawie oraz złożonych przez podmiot analiz, Rada Przejrzystości (działająca przy Prezesie) wydaje opinię. Prezes wydając rekomendację uwzględnia m.in. opinię Rady Przejrzystości. Przed wydaniem

decyzji refundacyjnej przez Ministra Zdrowia, Komisja Ekonomiczna, działająca przy MZ negocjuje warunki finansowe z wnioskodawcą.

„Klasyczne” świadczenia zdrowotne adresowane są do pojedynczych osób. Dla świadczeń zdrowotnych z zakresu zdrowia publicznego (które mają realizować zadania z zakresu zdrowia publicznego), opis świadczeń, sposób realizacji i finansowania musi być zaprojektowany i realizowany w zupełnie inny sposób. Narzędziem do realizacji tych zadań są Programy Polityki Zdrowotnej (PPZ) i Programy Zdrowotne (PZ). Art. 5. ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych definiuje PPZ i PZ jako *zespół zaplanowanych i zamierzonych działań z zakresu opieki zdrowotnej ocenianych jako skuteczne, bezpieczne i uzasadnione, umożliwiającących osiągnięcie w określonym terminie założonych celów, polegających na wykrywaniu i zrealizowaniu określonych potrzeb zdrowotnych oraz poprawy stanu zdrowia określonej grupy świadczeniobiorców*. PPZ są opracowane, wdrażane, realizowane i finansowane przez ministra albo jednostkę samorządu terytorialnego, a PZ - przez Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ). Realizatorem PPZ zleconych przez Ministra Zdrowia jest NFZ.

Zgodnie z art. 48. Programy te dotyczą w szczególności:

- 1) ważnych zjawisk epidemiologicznych;
- 2) istotnych problemów zdrowotnych dotyczących całej lub określonej grupy świadczeniobiorców przy istniejących możliwościach eliminowania bądź ograniczania tych problemów;
- 3) wdrożenia nowych procedur medycznych i przedsięwzięć profilaktycznych.

PPZ mogą dotyczyć świadczeń gwarantowanych, realizowanych przez ministrów oraz NFZ, ale muszą być z nimi spójne merytorycznie i organizacyjnie.

Ważnym elementem, który decyduje o efektywności podejmowanych działań jest właściwy dobór problemu zdrowotnego i zdefiniowanie optymalnej populacji do której będą kierowane działania. Ustawodawca nakazuje wykorzystanie map potrzeb zdrowotnych przy przygotowaniu projektu PPZ. Zapis ten może wprowadzać niejasność, jeżeli zbyt dosłownie interpretuje się słowo *mapa*. Mapy potrzeb zdrowotnych opisują zjawiska zdrowotne w rozumieniu nie tylko geograficznym. W przypadku chorób zakaźnych zjawiska geograficzne mają mniejsze znaczenie, natomiast szczególnie ważne są czynniki ryzyka i określone populacje. Efektywność niektórych programów zdrowotnych (szczególnie diagnostycznych) zależy bardzo mocno od częstości nosicielstwa patogenu w wybranej populacji. Programy edukacyjne mające na celu profilaktykę, zwykle są adresowane do ogółu społeczeństwa a dane pozyskane z lokalnych map potrzeb zdrowotnych mogą mieć mniejsze znaczenie.

Zmiana ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych z dnia 25 czerwca 2009 (Dz.U. nr 118, poz.989) nakłada obowiązek opiniowania projektów programów (PPZ) przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji.

Opinia Prezesa Agencji (dotycząca PPZ) jak i Rekomendacja (programy lekowe) wydawana jest na podstawie oceny uwzględniającej następujące kryteria:

- „1) wpływ na poprawę zdrowia obywateli przy uwzględnieniu:
  - a) priorytetów zdrowotnych,
  - b) wskaźników zapadalności, chorobowości lub śmiertelności określonych na podstawie aktualnej wiedzy medycznej;
- 2) skutki następstw choroby lub stanu zdrowia, w szczególności prowadzących do:
  - a) przedwczesnego zgonu,
  - b) niezdolności do samodzielnej egzystencji,
  - c) niezdolności do pracy,
  - d) przewlekłego cierpienia lub przewlekłej choroby,
  - e) obniżenia jakości życia;
- 3) znaczenie dla zdrowia obywateli, przy uwzględnieniu konieczności:
  - a) ratowania życia i uzyskania pełnego wyzdrowienia,
  - b) ratowania życia i uzyskania poprawy stanu zdrowia,
  - c) zapobiegania przedwczesnemu zgonowi,
  - d) poprawiania jakości życia bez istotnego wpływu na jego długość;
- 4) skuteczność kliniczną i bezpieczeństwo;
- 5) stosunek uzyskiwanych korzyści zdrowotnych do ryzyka zdrowotnego;
- 6) stosunek kosztów do uzyskiwanych efektów zdrowotnych;
- 7) skutki finansowe dla systemu ochrony zdrowia, w tym dla podmiotów zobowiązanych do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych”.

### 11.1. Programy Lekowe

W 2004 r. został uruchomiony pierwszy program lekowy adresowany do chorych na WZW C. Program ten bazował na wykorzystaniu interferonów i rybawiryny i po modyfikacjach funkcjonuje do dziś. Jest on oznaczony kodem B2.

Obecnie do programu mogą być kwalifikowani pacjenci w wieku powyżej 3 r.ż., chorujący na przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby typu C i u których wykazano w wątrobie zmiany zapalne i włóknienie. Mogą też być kwalifikowani pacjenci z pozawątrobową manifestacją zakażenia HCV, niezależnie od zaawansowania choroby w obrazie histopatologicznym wątroby.

U pacjentów w wieku od 3 do 5 r.ż. stosuje się wyłącznie interferon pegylowany alfa-2b albo interferon rekombinowany alfa-2b. W wieku powyżej 5 r.ż. stosuje się interferon pegylowany alfa-2a lub interferon pegylowany alfa-2b albo interferon rekombinowany alfa-2b.

„Interferony pegylowane alfa w ramach programu mogą być stosowane:

- 1) w monoterapii:
  - a) u świadczeniobiorców dializowanych,
  - b) u świadczeniobiorców przed i po przeszczepach narządowych,
  - c) u świadczeniobiorców z przeciwwskazaniami do stosowania lub nadwrażliwością na rybawirynę;
- 2) w leczeniu skojarzonym z rybawiryną u świadczeniobiorców:
  - a) nieleczonych uprzednio interferonami,
  - b) z nawrotem zakażenia,
  - c) u których terapia interferonem rekombinowanym alfa lub interferonem rekombinowanym alfa i rybawiryną okazała się nieskuteczna
  - d) przed i po przeszczepach narządowych,
  - e) u których terapia interferonem pegylowanym innego typu okazała się nieskuteczna jedynie w przypadku obserwowanej progresji choroby;
- 3) w leczeniu skojarzonym z rybawiryną i telaprewirem u świadczeniobiorców powyżej 18 r.ż. z genotypem 1:
  - a) wcześniej nieleczonych albo
  - b) uprzednio leczonych nieskutecznie interferonem pegylowanym i rybawiryną, u których leczenie było przerwane po 12 tygodniach z powodu braku odpowiedzi wirusologicznej albo
  - c) z brakiem odpowiedzi na wcześniejsze leczenie interferonem pegylowanym alfa z rybawiryną, przy czym stężenie HCV-RNA przez cały okres terapii nie uległo obniżeniu o więcej niż 2 logarytmy dziesiętne (100-krotnie) albo
  - d) z nawrotem zakażenia po terapii interferonem pegylowanym alfa z rybawiryną zakończonej uzyskaniem negatywnego wyniku HCV-RNA (HCV-RNA niewykrywalne w chwili zakończenia terapii, lecz wykrywalne w okresie obserwacji po leczeniu) albo
  - e) z częściową odpowiedzią na wcześniejsze leczenie interferonem pegylowanym alfa z rybawiryną (stężenie HCV-RNA w trakcie terapii uległo obniżeniu o więcej niż 2 logarytmy dziesiętne (100-krotnie), ale przez cały czas było wykrywalne);
- 4) w leczeniu skojarzonym z rybawiryną i boceprewirem u świadczeniobiorców powyżej 18 r.ż. z genotypem 1:
  - a) wcześniej nieleczonych albo
  - b) uprzednio leczonych nieskutecznie interferonem pegylowanym i rybawiryną, u których leczenie było przerwane po 12 tygodniach z powodu braku odpowiedzi wirusologicznej albo

- c) z brakiem odpowiedzi na wcześniejsze leczenie interferonem pegylowanym alfa z rybawiryną, przy czym stężenie HCV-RNA przez cały okres terapii nie uległo obniżeniu o więcej niż 2 logarytmy dziesiętne (100-krotnie) albo
  - d) z nawrotem zakażenia po terapii interferonem pegylowanym alfa z rybawiryną zakończonej uzyskaniem negatywnego wyniku HCV-RNA (HCV-RNA niewykrywalne w chwili zakończenia terapii, lecz wykrywalne w okresie obserwacji po leczeniu) albo
  - e) z częściową odpowiedzią na wcześniejsze leczenie interferonem pegylowanym alfa z rybawiryną (stężenie HCV-RNA w trakcie terapii uległo obniżeniu o więcej niż 2 logarytmy dziesiętne (100-krotnie), ale przez cały czas było wykrywalne);
- 5) w leczeniu skojarzonym z rybawiryną i symeprewirem u świadczeniobiorców powyżej 18 r.ż. z genotypem 1 lub 4 z wyłączeniem pacjentów zakażonych genotypem 1a u których stwierdza się mutację Q80K:
- a) wcześniej nieleczonych albo
  - b) uprzednio leczonych nieskutecznie interferonem pegylowanym i rybawiryną, u których leczenie było przerwane po 12 tygodniach z powodu braku odpowiedzi wirusologicznej albo
  - c) z brakiem odpowiedzi na wcześniejsze leczenie interferonem pegylowanym alfa z rybawiryną, przy czym stężenie HCV-RNA przez cały okres terapii nie uległo obniżeniu o więcej niż 2 logarytmy dziesiętne (100-krotnie) albo
  - d) z nawrotem zakażenia po terapii interferonem pegylowanym alfa z rybawiryną zakończonej uzyskaniem negatywnego wyniku HCV-RNA (HCV-RNA niewykrywalne w chwili zakończenia terapii, lecz wykrywalne w okresie obserwacji po leczeniu) albo
  - e) z częściową odpowiedzią na wcześniejsze leczenie interferonem pegylowanym alfa z rybawiryną (stężenie HCV-RNA w trakcie terapii uległo obniżeniu o więcej niż 2 logarytmy dziesiętne (100-krotnie), ale przez cały czas było wykrywalne);
- 6) w leczeniu skojarzonym z rybawiryną i sofosbuwirem w schematach wskazanych w Charakterystyce Produktu Leczniczego dla sofosbuwiru.”

Szczegółowe kryteria kwalifikacji do leczenia interferonami pegylowanymi alfa to:

- 1) przewlekłe zapalenie wątroby lub wyrównana marskość wątroby;
- 2) pozawątrobowa manifestacja zakażenia HCV, niezależnie od zaawansowania choroby w obrazie histopatologicznym.

„**Interferony rekombinowane alfa** w ramach programu mogą być stosowane:

- 1) w monoterapii:
  - a) u świadczeniobiorców dializowanych,
  - b) u świadczeniobiorców przed lub po przeszczepach narządowych,
  - c) u świadczeniobiorców z przeciwwskazaniami do stosowania lub nadwrażliwością na rybawirynę;
- 2) w leczeniu skojarzonym z rybawiryną.

U świadczeniobiorców od 3 do 18 r.ż. stosuje się **interferon rekombinowany alfa-2b**, po spełnieniu przez nich łącznie następujących warunków:

- a) brak wcześniejszego leczenia,
- b) brak cech dekompensacji czynności wątroby,
- c) stwierdzenie obecności HCV-RNA w surowicy,
- d) stwierdzenie obecności przeciwciał anty-HCV w surowicy.

Szczegółowe kryteria kwalifikacji do leczenia interferonami rekombinowanymi alfa:

- 1) przeciwwskazania do stosowania interferonu pegylowanego;
- 2) nietolerancja lub działania niepożądane po stosowaniu interferonu pegylowanego;
- 3) przeciwwskazania do zastosowania interferonu pegylowanego alfa-2b u świadczeniobiorców poniżej 18 r.ż.

Interferon rekombinowany alfa w leczeniu wirusowego zapalenia wątroby typu C u dorosłych jest stosowany tylko w przypadku niemożności zastosowania interferonu pegylowanego alfa.

Szczegółowe kryteria kwalifikacji do leczenia **interferonem naturalnym**:

- 1) niepowodzenie terapeutyczne po leczeniu interferonem pegylowanym lub interferonem rekombinowanym i potwierdzona celowość ponownego rozpoczęcia leczenia;
- 2) nietolerancja i inne działania niepożądane po stosowaniu interferonu pegylowanego lub interferonu rekombinowanego;
- 3) zaawansowane włóknienie lub wyrównana marskość wątroby.”

**Rybawiryna** w ramach programu może być ponadto stosowana w skojarzeniu z **sofosbuwirem** lub **sofosbuwirem i ledipaswirem** w schematach zgodnych z Charakterystyką Produktu Leczniczego odpowiednio dla sofosbuwiru lub sofosbuwiru i ledipaswiru.

W połowie 2016 r. dokonano analizy skuteczności leczenia interferonami w warunkach polskich. Przeanalizowano dane zbierane przez NFZ w ramach Systemu Monitorowania Programów Terapeutycznych (SMPT). W analizie przedstawiono

wyniki oparte o analizę SVR, który może być miarą eliminacji wirusa z krwi. Z przedstawionych danych wynika, że schematy oparte o interferon naturalny i rekombinowany są wyraźnie mniej skuteczne, niż te oparte o interferon pegylowany. Na uwagę zwraca bardzo mała skuteczność interferonu naturalnego i rybawiryny, co powinno skłaniać lekarzy do zarzucenia tej metody terapii. Obecnie nie dysponujemy jeszcze danymi dla nowych leków, ale należy oczekiwać na podstawie badań klinicznych, że skuteczność leczenia może być nawet blisko trzy razy większa.

**Tabela 11.1.**

Liczba/odsetek pacjentów osiągających SVR 12-48 w wieku powyżej 18 r.ż. leczonych w latach 2013-2015 w ramach programu lekowego *Leczenie przewlekłego WZW typu C (ICD-10B 18.2)* według danych NFZ

Lek	Ilość osób w zakończonych programach	Ilość osiągniętych SVR (wyleczeni)	Odsetek
Interferon alfa-2a pegylowany + RBV	2436	869	35,67%
Interferon alfa-2b pegylowany + RBV	902	274	30,38%
Interferon alfa-2a rekombinowany + RBV	9	1	11,11%
Interferon naturalny + RBV	223	8	3,59%
Telaprewir (INF+RBV)	471	165	35,03%
Boceprewir (INF+RBV)	289	71	24,57%

Z dniem 1.07.2015 r. uruchomiono Program Lekowy B71 - *Leczenie przewlekłego WZW C terapią bezinterferonową*. Do programu mogą być kwalifikowani dorośli pacjenci, chorzy na przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby typu C u których stwierdzono włóknienie wątroby i potwierdzono obecność zakażenia genotypem:

- 1 HCV - w przypadku kwalifikacji do terapii ombitaswirem, parytaprewirem, rytonawirem w skojarzeniu z dazabuwirem (i ewentualnie rybawiryną) lub kwalifikacji do terapii sofosbuwirem w skojarzeniu z ledipaswirem (i ewentualnie rybawiryną),
- 1b HCV - w przypadku kwalifikacji do terapii daklataswirem w skojarzeniu z asunaprewirem,
- 4 HCV - w przypadku kwalifikacji do terapii ombitaswirem, parytaprewirem, rytonawirem (Viekirax) w skojarzeniu z rybawiryną,
- 2,3,4,5,6 HCV - w przypadku kwalifikacji do terapii sofosbuwirem w skojarzeniu z rybawiryną albo sofosbuwirem w skojarzeniu z interferonem pegylowanym i rybawiryną.

Do programu mogą być kwalifikowani również chorzy, którzy nie mogą być leczeni interferonami. Przedstawione powyżej zasady kwalifikacji do poszczególnych schematów terapeutycznych stanowią zamknięty katalog precyzyjnie definiujący zastosowanie różnych opcji terapeutycznych adresowanych do różnych grup pacjentów.

## 11.2. Udział AOTMiT w procesie refundacyjnym

Program leczenia WZW C przy pomocy interferonów został uruchomiony przed powołaniem AOTMiT. Z tego powodu nie wszystkie leki dostępne w ramach programu przechodziły obecnie stosowaną procedurę refundacyjną.

Poniżej przedstawiono zestawienie Rekomendacji Prezesa dotyczących leków stosowanych w leczeniu WZW C.

**Tabela 11.2.**

Rekomendacji Prezesa AOTMiT dotyczące leków stosowanych w leczeniu WZW C

Nazwa, postać i dawka leku	Rekomendacja Prezesa	Program lekowy nr:
<b>Boceprevirum</b>		
Victrelis	<p><b>Rekomendacja nr 107/2012 z dnia 12 listopada 2012 r.</b> Prezes Agencji rekomenduje objęcie refundacją produktu leczniczego Victrelis, boceprevir, w leczeniu przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu C wywołanego zakażeniem HCV o genotypie 1.</p> <p>(...) jako składnika terapii trójlekowej w skojarzeniu z interferonem pegylowanym alfa i rybawiryną, do stosowania u chorych powyżej 18 r.ż. z wyrównaną czynnością wątroby (w tym z marskością wątroby), u których stwierdza się włóknienie w stopniu co najmniej 2 w skali Scheuera i którzy byli uprzednio leczeni nieskutecznie terapią dwuskładnikową złożoną z pegylowanego interferonu alfa rybawiryny, bądź nie byli uprzednio leczeni i stwierdzono u nich genotyp rs 12979869 IL 28 T/T.</p> <p><b>Rekomendacja nr 3/2015 z dnia 16 stycznia 2015 r.</b> Prezes Agencji nie rekomenduje objęcia refundacją produktu leczniczego:</p> <p>Victrelis (boceprevir), we wskazaniu: stosowany w ramach programu lekowego <i>Leczenie przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu C, ICD-10 B.18.2</i>, w populacji</p>	B.2.



	dorostych pacjentów z genotypem 1: wcześniej nieleczonych przeciwwirusowo ze zwłóknieniem wątroby w stopniu przynajmniej 2. w skali Scheuera o genotypie rs 12979860 IL 28 C/T, bądź po niepowodzeniu wcześniejszej terapii o 0 lub 1. stopniu zwłóknienia wątroby w skali Scheuera.	
<b>Ribavirinum</b>		
Copegus, Rebetol	<b>Rekomendacja nr 5/2013 z dnia 21 stycznia 2013 r.</b> Prezes Agencji rekomenduje objęcie refundacją produktu leczniczego Copegus (rybawiryna) w ramach programu lekowego we wskazaniu leczenie przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu C (ICD-10 B 18.2). (wyłącznie w skojarzeniu z pegylowanym interferonem alfa 2a)	B.2.
<b>Symeprevirum</b>		
Olysio	<b>Rekomendacja nr 24/2015 z dnia 30 marca 2015 r.</b> Prezes Agencji rekomenduje objęcie refundacją produktu leczniczego Olysio, symeprevir; stosowanego w ramach programu lekowego: <i>Leczenie przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu C, ICD-10 B. 18.2</i> , pod warunkiem uzyskania porównywalnych miesięcznych kosztów terapii symeprewirem do kosztów terapii boceprewirem/telaprewirem oraz pod warunkiem wprowadzenia instrumentu dzielenia ryzyka, który będzie uzależniać finansowanie terapii od uzyskiwanych efektów zdrowotnych i dzięki któremu będzie możliwe monitorowanie efektów zdrowotnych stosowanej terapii. <b>Rekomendacja nr 64/2015 z dnia 3 sierpnia 2015 r.</b> Prezes Agencji nie rekomenduje objęcia refundacją produktu Olysio symeprewir, stosowanego w ramach programu lekowego we wskazaniu <i>Leczenie przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu C (ICD-10 B18.2)</i> stosowanego w połączeniu z sofosbuwirem.	B.2.
<b>Telaprevirum</b>		
Incivo	<b>Rekomendacja nr 116/2012 z dnia 19 listopada 2012 r.</b> Prezes Agencji rekomenduje objęcie refundacją. Prezes Agencji, (...) uważa za zasadne finansowanie produktu leczniczego Incivo (telaprewir), 375 mg, w leczeniu przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu C wywołanego zakażeniem HCV o genotypie 1, jako składnika terapii trójlekowej w skojarzeniu z interferonem pegylowanym alfa (pgIFN alfa) i rybawiryną, do stosowania u chorych powyżej 18 r.ż. z wyrównaną czynnością wątroby (w tym z marskością wątroby), u których stwierdza się wtórnienie w stopniu co najmniej 2 w skali Scheuera i którzy byli uprzednio leczeni nieskutecznie terapią dwuskładnikową złożoną z pegylowanego interferonu alfa i rybawiryny, bądź nie byli uprzednio leczeni i stwierdzono u nich genotyp rs 12979869 IL 28 T/T.	B.2.

	<p><b>Rekomendacja nr 13/2015 z dnia 18 lutego 2015 r.</b></p> <p>Prezes Agencji, biorąc pod uwagę stanowisko Rady Przejrzystości, a także wyniki oceny wnioskowanej technologii medycznej, wskazującej na niepewność oszacowań korzyści zdrowotnych wobec ryzyka zdrowotnego związanego ze stosowaniem produktu Incivo w populacji wnioskowanej określonej w opisie przedstawionego programu leczenia WZW C, wskazuje na brak zasadności objęcia refundacją wnioskowanej technologii.</p> <p>Za negatywną rekomendacją przemawia ryzyko związane z profilem bezpieczeństwa technologii wnioskowanej, niepewność związana z wnioskowaniem o efektywności leczenia przeprowadzonym na podstawie populacji niespójnej z opisem programu lekowego oraz niepewność oszacowań wielkości populacji kwalifikującej się do leczenia, przedstawiona w analizie wpływu na budżet płatnika.</p>	
<b>Peginterferonum alfa-2a</b>		
Pegasys, roztwór do wstrzykiwań, 90 µg/0,5 ml	<p><b>Rekomendacja nr 63/2015 z dnia 31 lipca 2015 r.</b></p> <p>Prezes Agencji rekomenduje objęcie refundacją produktu leczniczego Pegasys, peginterferonum alfa-2a, w ramach rozszerzonego programu lekowego: <i>Leczenie przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu C (ICD-10 B18.2)</i> o populację uprzednio nieleczonych dzieci i młodzieży w wieku od 5 do 18 lat, tj. pod warunkiem obniżenia ceny do poziomu, który zapewni, że koszty terapii nie będą wyższe od kosztów stosowania peginterferonu alfa-2b oraz pod warunkiem ograniczenia stosowania leku wyłącznie do grupy dzieci uprzednio nieleczonych.</p>	B.2.; B.1.
<b>Daklatasvirum</b>		
Daklinza, tabl. powł., 60 mg	<p><b>Rekomendacja nr 56/2015 z dnia 25 czerwca 2015 r.</b></p> <p>Prezes Agencji nie rekomenduje objęcia refundacją produktu leczniczego Daklinza (dichlorowodorek daklataswiru), we wskazaniu: <i>leczenie przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu C oparte na daklataswirze w skojarzeniu z innym doustnym lekiem przeciwwirusowym, w ramach programu lekowego Leczenie skojarzone przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu C genotyp 1b schematem bezinterferonowym, opartym na daklataswirze (ICD-10 B 18.2).</i></p>	B.71.
<b>Dasabuvirum</b>		
Exviera, tabl. powł., 250 mg	<p><b>Rekomendacja nr 36/2015 z dnia 7 maja 2015 r.</b></p> <p>Prezes Agencji nie rekomenduje objęcia refundacją produktu leczniczego Exviera, dazabuwir, w ramach programu lekowego <i>Leczenie przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu C terapią bezinterferonową (ICD-10 B18.2).</i></p>	B.71.

<b>Ledipasvirum + Sofosbuvirum</b>		
Harvoni, tabl. powł., 90+400 mg	<b>Rekomendacja nr 58/2015 z dnia 25 czerwca 2015 r.</b> Prezes Agencji nie rekomenduje objęcia refundacją produktu leczniczego Harvoni (ledipaswir, sofosbuwir), w ramach programu lekowego: <i>Leczenie sofosbuwirem i ledipaswirem przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu C z genotypem 1 HCV (ICD-10 B 18.2).</i>	B.71.
<b>Ombitasvirum + paritaprevirum + ritonavirum</b>		
Viekirax, tabl. powł., 12,5+75+ 50 mg	<b>Rekomendacja nr 35/2015 z dnia 7 maja 2015 r.</b> Prezes Agencji nie rekomenduje objęcia refundacją produktu leczniczego Viekirax, ombitaswir + parytaprewir + rytonawir, programu lekowego <i>Leczenie przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu C terapią bezinterferonową (ICD-10 B18.2).</i>	B.71.
<b>Sofosbuvirum</b>		
Sovaldi, tabl. powł., 400 mg	<b>Rekomendacja nr 57/2015 z dnia 25 czerwca 2015 r.</b> Prezes Agencji nie rekomenduje objęcia refundacją produktu leczniczego Sovaldi, sofosbuwir, tabletki powlekane, w ramach programu lekowego: <i>Leczenie Sofosbuwirem przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu C z genotypem 2, 3, 4, 5, lub 6 HCV, (ICD-10 B.18.2).</i>	B.71.

Wykaz refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych na dzień 1 marca 2017 r.

Prezes Agencji nie rekomendował finansowania ze środków publicznych programów opartych o zastosowanie:

- **Wiktrelisu (Boceprevirum)**
- **Dakliny (daklataswiru);** genotyp 1b.
- **Wiekiraksu (ombitaswir, parytaprewir, rytonawir)** genotyp 2, 3, 4, 5, lub 6
- **Sovaldi (sofosbuwir),** genotyp 2, 3, 4, 5, lub 6
- **Harvoni (sofosbuwir, ledipaswir)** genotyp 1
- **Olyso (symeprewir)** w połączeniu z sofosbuwirem
- **Exviera, Dasabuvirum**

Prezes w swoich rekomendacjach podkreślał, że pomimo obiecujących wyników badań oceniających skuteczność nowych leków w eliminacji wirusa, w krótkim czasie, brak jest dowodów na skuteczność kliniczną mierzoną istotnymi klinicznie punktami końcowymi [3,4]. Zwrócono uwagę na niepewności dotyczące możliwości prognozowania skutków odległych. W tej chorobie powikłania pojawiają się po wielu latach od zakażenia, a badania obejmowały stosunkowo krótki czas. Niezbędnym elementem powstrzymania wieloletniego procesu jest trwała

skuteczność i dowody, że zainicjowany proces chorobowy może być powstrzymany przez eliminację wirusa. Leki działające na poziomie jądra komórkowego mogą oddziaływać z DNA komórek gospodarza, a efekty niekorzystne mogą ujawniać się po dłuższym czasie. Brak jest badań wskazujących na przedłużenie życia u osób leczonych. Brak jest również badań wskazujących na zmniejszanie prawdopodobieństwa wystąpienia powikłań choroby. Przedstawiane w analizach obserwacje dotyczyły stosunkowo krótkiego czasu (12, 24 tygodnie).

Przyjęte modele zastosowania klinicznego i modele farmakoekonomiczne zakładały leczenie tylko w celu zapobiegania marskości wątroby i pojawianiu się raka wątrobowokomórkowego. Do terapii miałyby się kwalifikować tylko osoby z grup ryzyka (proces włóknienia w toku, pozawątrobowa manifestacja choroby). Choć SVR (trwała odpowiedź wirusologiczna) jest akceptowanym surogatem, to wiarygodność w stosunku do zapobiegania powikłaniom jest bardzo ograniczona. Zgodnie z zalecaną przez EUNETHTA (European network for Health Technology Assessment) metodologią HTA (ang. health technology assessment) [5] surogat powinien być zwalidowany. Walidacja ta zakłada m.in. specyficzność dla technologii (np. walidacja ChLDL dotyczy statyn, a nie fibratów). Walidacji takiej nie mogą przejść pozytywnie nowe leki działające w różnych mechanizmach.

SVR jako miara eliminacji wirusa z krwi, mogłaby być miarą wyleczenia i być traktowana jako klinicznie istotny punkt końcowy. Jednak założenie takie wiązać musiałoby się z leczeniem wszystkich zakażonych osób w celu eliminacji wirusa ze społeczeństwa. W takim przypadku należałoby jednak oczekiwać innych badań klinicznych. Powinny one być adresowane do szerszej populacji i w większym stopniu powinny koncentrować się na ocenie bezpieczeństwa kuracji (możliwość wykrycia ciężkich działań niepożądanych występujących rzadko). Szerokie stosowanie leków może wiązać się z wywoływaniem zjawiska oporności na leczenie, które to do dnia dzisiejszego nie zostało dobrze zbadane. W związku z przyjętymi modelami i niezwykle wysoką ceną interwencji trudno zaakceptować proponowane przez podmioty podejście. Dodatkowo każdy z projektów wiązał się z dodatkowymi niepewnościami, które to wpływały na ocenę wartości interwencji.

W przypadku wniosku Olysio plus sofosbuvir zwrócono dodatkowo uwagę na ograniczenie wynikające z braku pewności, że będzie zagwarantowany dostęp do leku sofosbuvir (wniosek nie dotyczył tego leku). Skojarzenie terapii symepwirem z sofosbuwirem, który w aktualnych warunkach nie był lekiem refundowanym, stanowiło zasadniczy problem wnioskowanej technologii. Ponadto, zastrzeżenie budził fakt, że w analizach wnioskodawcy wskazano, że sofosbuwir będzie dostępny dla pacjentów w ramach zaproponowanego programu lekowego, a nie wskazano sposobu zapewnienia dostępności leku dla pacjentów we wnioskowanym programie.

Opiniowany program oparty o lek Daklinza opierał się o badania naukowe niskiej jakości (na 1 pkt w skali Jadad). W związku z zapewnieniem już leczenia pacjentów lekami o lepiej udokumentowanej efektywności, nieetycznym wydaje się narażanie pacjentów na niepotrzebne ryzyko. Dodatkowo zaproponowany program lekowy mógłby być organizacyjnie trudny do realizacji ze względu na zapisy, które wskazują na stosowanie schematu z lekiem nie posiadającym pozwolenia na dopuszczenie do obrotu na terenie kraju, a to skutkować musi koniecznością zaopatrywania pacjentów w lek w drodze importu docelowego.

Innym ważnym zagadnieniem jest wielkość populacji i możliwości finansowe płatnika, które były brane pod uwagę przy wydawaniu rekomendacji Prezesa. Proponowane programy zakładały ograniczenia w dostępności do leków tylko do wybranych grup chorych. Biorąc pod uwagę jednak społeczny charakter infekcji należy brać pod uwagę możliwość leczenia wszystkich zakażonych. Jeżeli jednak przyjąć, że obecnie w Polsce mamy ponad 200 tys. zakażonych, a koszt leczenia jednego pacjenta to ponad 50 tys. zł, oznacza to budżet ponad 10 bln zł, przy rocznym budżecie NFZ ok. 70 mld zł. Dysproporcje są porażające. Zakładając, że program miałby być dostępny tylko dla 10% populacji rocznie i można by przeznaczyć na jego realizację 1 mld zł rocznie (ok.  $\frac{1}{7}$  budżetu przeznaczanego na refundację leków), to koszt jednostkowy nie powinien przekraczać 5 tys. zł (diagnostyka i leczenie). Obecnie uruchomiony program jest adresowany do znacznie mniejszej populacji - tylko ludzi chorych, które to osoby powinny odnieść największe korzyści z leczenia.

Sytuację taką należy traktować jako etap przejściowy do czasu wprowadzenia technologii, która będzie mogła być użyta do populacyjnej eliminacji wirusa.

Niedostosowanie zabezpieczenia odpowiedniej wielkości środków finansowych i uruchomienie programu dla zbyt małej populacji powoduje powstawanie kolejek i ryzyko nierównego traktowania obywateli. Narastanie kolejek do Programu Lekowego jest zjawiskiem niepokojącym i powinno być brane pod uwagę przy podejmowaniu decyzji refundacyjnych. Nieuwzględnianie kosztów alternatywnych również wiąże się z niekorzystnymi zjawiskami w całym systemie opieki zdrowotnej. Zbyt słabe finansowanie kosztów opieki, limitowanie świadczeń wiąże się z niebezpiecznym ograniczeniem dostępu do kadry medycznej (lekarze, pielęgniarki). Zjawiska te mogą niekorzystnie wpływać na zdrowie społeczeństwa.

Zastrzeżenia Agencji zgłoszone do proponowanych mechanizmów RSS jak i cen mogły być uwzględnione w ramach dalszych etapów procesu refundacyjnego i z tego powodu trzeba z ostrożnością interpretować zależności rekomendacji Prezesa z wydanymi decyzjami refundacyjnymi Ministra Zdrowia.

Programy leczenia WZW C zakładają leczenie wieloma lekami i schematami różnych populacji. Opis tak złożonego zagadnienia w ramach obecnie przyjętych regulacji nie jest zbyt czytelny. Zasady kwalifikacji i przedstawienie opcji byłyby bardziej zrozumiałe, gdyby były przedstawiane w formie drzew decyzyjnych,

w ramach wytycznych kliniczno-refundacyjnych. Przy takim podejściu, każda technologia powinna być opisywana oddzielnie, a cały program powinien opisywać m.in. relacje między technologiami. Obecnie wprowadzanie nowych technologii niesie za sobą konieczność uaktualnienia wielu, jak nie wszystkich dotychczas stosowanych zasad stosowania i finansowania. Takie podejście wymaga aktualizacji opisów programów lekowych. Zgodnie z dziś obowiązującymi regulacjami, opis programu stanowi element decyzji administracyjnej i zmiany opisów wiązać się muszą ze zmianami decyzji. Procedowanie zmian jest niezwykle trudne, co wyjaśnia przyczynę małej czytelności obecnie obowiązujących zapisów.

Ministerstwo Zdrowia proponuje już zmiany legislacyjne (oddzielenie decyzji refundacyjnej od opisu programu lekowego), a to z pewnością ułatwi aplikację założeń i poprawi jakość opisów PL.

### 11.3. Programy Polityki Zdrowotnej i Programy Zdrowotne

Ocena Programów Polityki Zdrowotnej stanowi ważną dziedzinę działalności Agencji. Na początku 2017 r. przekroczono 2 000 ocenianych programów, z czego 21 projektów (stan na 17.02.2017 r.) dotyczyło profilaktyki i wczesnego wykrywania zakażenia wirusem HCV. Opiniowane projekty wpisywały się w dwa priorytety zdrowotne: zmniejszenie zachorowalności i przedwczesnej umieralności z powodu nowotworów złośliwych, a także zwiększenie skuteczności zapobiegania chorobom zakaźnym i zakażeniom. Podstawowym celem podejmowanych działań było ograniczenie skali zakażeń wirusem HCV w danej społeczności lokalnej. Podejmowanymi działaniami były akcje edukacyjne i wczesna diagnostyka. Adresatami programów były społeczności lokalne, ze szczególnym uwzględnieniem pracowników ochrony zdrowia, zakładów kosmetycznych, fryzjerskich.

Wszystkie opiniowane programy zawierały w sobie komponent edukacyjny. Jako dobre praktyki można wskazać programy, w których prowadzone były specjalistyczne działania edukacyjne skierowane do pracowników ochrony zdrowia. W treści projektów zaznaczano, że programy szkoleń obejmować będą najnowsze wytyczne i rekomendacje kliniczne z zakresu wykrywania, diagnostyki oraz prewencji HCV. Szkolenia ukierunkowane były na przełamywanie barier, przede wszystkim społecznych u osób zakażonych wirusem HCV, zapobieganie stygmatyzowaniu osób zakażonych i chorych. Treści szkoleń ukierunkowane były także na poprawę postępowania klinicznego i jakości życia osób z rozpoznaniem zakażeniem HCV. Jako dobre rozwiązanie wskazać można łączne omawianie tematyki zakażeń HCV i HBV (zbliżone drogi szerzenia, sposoby zapobiegania itp.). Dobrze dobranym do tej części celem szczegółowym było *podniesienie świadomości i wiedzy personelu medycznego POZ (lekarzy, pielęgniarek i położnych) na temat*

*przestrzegania procedur medycznych minimalizujących narażenie na transmisję wirusa HCV.* Badania wtórne wskazują, że szkolenia specjalistyczne dla personelu podstawowej opieki zdrowotnej mogą zwiększyć liczbę osób z określonych grup ryzyka poddających się testom diagnostycznym w kierunku HCV. W dobrze skonstruowanych programach, edukacja ukierunkowana była także na podnoszenie świadomości na temat HCV w populacji ogólnej. Wyodrębnić można następujące zagadnienia jakie były poruszane: główne drogi zakażeń i transmisji wirusów, informacje o naturalnym przebiegu choroby w szczególności, że potencjalne przewlekłe zakażenia mogą przebiegać bezobjawowo (zwłaszcza we wczesnych etapach). Przedstawiano również korzyści wczesnego wykrycia HCV, w tym konieczności wdrożenia działań mających na celu ochronę osób bliskich przed zakażeniem, zachęcenie do zmiany stylu życia mającego na celu „oszczędzanie” komórek wątrobowych (w tym ograniczenie spożycia alkoholu). W programach zwracano uwagę na możliwość wczesnego rozpoczęcia leczenia celem zapobieżenia poważnym schorzeniom (przewlekła choroba wątroby i rak wątroby), choć ten obszar budzi najwięcej wątpliwości.

W dobrze opracowanych programach zaplanowana była akcja informacyjna, która jest jednym z wyznaczników równego dostępu do świadczeń oferowanych w ramach programów. W ramach kampanii informacyjno-edukacyjnej przewidywano m.in. zamieszczenie informacji o programie: w lokalnych mediach, na stronach internetowych samorządu z wykorzystaniem serwisów społecznościowych, u realizatora i w ośrodkach zdrowia na terenie samorządu, materiałów akcyden-sowych w urzędach, ośrodkach zdrowia, komunikacji publicznej, kościołach. Akcja informacyjna poprzez swój charakter publiczny zwiększa zainteresowanie problemem i ułatwia podjęcie działań adresowanych już do węższych grup.

Oceniając projekty PPZ Prezes Agencji wydał 8 opinii pozytywnych, 9 opinii warunkowo pozytywnych oraz 4 opinie negatywne. W opiniach pozytywnych podkreślano, że *ze względu na brak skutecznej szczepionki przeciwko HCV oraz liczbę przewlekłe zakażonych osób zapobieganie zakażeniom powinno być głównym narzędziem programów profilaktyki zakażeń HCV. Podstawowym celem programów edukacyjnych jest uświadomienie możliwości ograniczania szczyrzenia choroby przez zachowania prozdrowotne w tym unikanie zachowań ryzykownych. Unikanie możliwości zakażenia powinno dotyczyć osób zdrowych jak i nosicieli”.*

Uzupełnieniem wielu PPZ są interwencje polegające na wczesnym wykryciu zakażenia. Oceniane PPZ umożliwiły zwiększenie dostępności do testów diagnostycznych. W ramach świadczeń gwarantowanych, finansowanych ze środków publicznych diagnostyka HCV możliwa jest jedynie w ramach Poradni Chorób Zakaźnych po uprzednim skierowaniu od lekarza POZ. Ograniczenia w dostępie do lekarzy specjalistów są związane z niską wykrywalnością zakażenia i koncentrują się na wykryciu przyczyn dolegliwości zgłaszanych przez pacjentów, a nie

na wykrywaniu przypadków bezobjawowych. Walorem PPZ jest skrócenie ścieżki diagnostycznej. Podkreślić należy, że eksperci<sup>11</sup>, do których występowała Agencja, zgodnie postulują, aby programy ukierunkowane na profilaktykę i wczesne wykrywanie HCV były finansowane na poziomie ogólnopolskim przez NFZ lub MZ, a testy diagnostyczne powinny być zlecane przez lekarzy POZ.

Prezes Agencji, opiniując negatywnie projekt PPZ, brał pod uwagę przede wszystkim plan postępowania. Programy zakładające wykonanie tylko testu przesiewowego (przeciwciała anti-HCV przy użyciu testów ELISA lub EIA) w ramach programu nie znajdowały akceptacji. Stwierdzenie wyniku pozytywnego w tym teście, wymaga potwierdzenia inną metodą (zbyt mała swoistość, dużo wyników fałszywie dodatnich). Pozostawienie pacjenta bez zapewnienia sprawnego zakończenia procesu diagnostycznego (HCV-RNA metodą PCR) z całą pewnością wiąże się z dużym, niepotrzebnym stresem dla pacjenta. W programach tych zakładano, że uczestnik kierowany miał być na dalszą diagnostykę w ramach NFZ - tzn. wizyta u lekarza POZ w celu wydania skierowania [6] do specjalisty, wizyta u lekarza specjalisty, który może zakwalifikować pacjenta do testów potwierdzających. Obecnie lekarze ci nie mają obowiązku kierowania na testy potwierdzające dla pacjentów bezobjawowych, niekwalifikujących się do leczenia swoistego. Należy się więc liczyć z możliwością, że pacjent nie uzyska skierowania na test potwierdzający i zostanie pozostawiony z nierozwiązanym problemem. Działania takie obciążają system opieki i utrudniają (i tak mały) dostęp pacjentów do lekarzy.

Programy powinny rozwiązywać problemy opieki zdrowotnej, a nie je generować. Przy projektowaniu programów należy uwzględnić kompleksowość planowanych interwencji, tak aby działania realizowały wyznaczone cele.

#### **11.4. Sugestie dla planujących nowe Programy Zdrowotne i Programy Polityki Zdrowotnej**

Opinia Prezesa, oprócz wniosku dotyczącego oceny zasadności wydatkowania środków publicznych, zawiera również uwagi, których uwzględnienie może poprawić efektywność programu.

Przedstawiane projekty często są przygotowywane na poziomie dość ogólnym i w takich przypadkach trudno liczyć na wskazanie obszarów, które można byłoby dopracować. Bardziej szczegółowe opisy interwencji mogłyby być poddane

---

<sup>11</sup> Prof. Robert Flisiak - Prezes Polskiego Towarzystwa Hepatologicznego, Prof. Małgorzata Pawłowska - Prezes Polskiego Towarzystwa Epidemiologów i Lekarzy Chorób Zakaźnych, Barbara Pepke - Prezes Fundacji „Gwiazda Nadziei” Lider Koalicji Hepatologicznej.



ocenie i stać się cennym źródłem informacji również dla innych podmiotów przygotowujących analogiczne programy.

Skuteczność działań promocyjnych zależy od adekwatności stosowanych narzędzi marketingowych. Pierwszym podejmowanym działaniem powinna być motywacja potencjalnych beneficjentów. Działania te powinny być wdrożone już na poziomie kampanii informacyjnej. Istotnym jest posługiwanie się językiem korzyści. Program informacyjny powinien być przygotowany rzetelnie pod względem merytorycznym, jednak przekaz nie może zbyt straszyć, wskazując jednak wyraźnie na zagrożenia i oczekiwane korzyści w związku z realizacją zaleceń. Prawidłowo przeprowadzone działanie marketingowe powinno zawierać element zobowiązania, a kontrola realizacji zobowiązania znacznie zwiększa skuteczność.

Zastosowanie sprawdzonych wcześniej interwencji cząstkowych (np. specyficznych ankiet, programów edukacyjnych) zwiększa szansę na osiągnięcie wyników raportowanych przez innych wykonawców. Zmiany w zwalidowanych interwencjach powinny być uzasadnione i program powinien być właściwie monitorowany, tak aby można było w przyszłości ocenić wartość modyfikacji. Przy opracowywaniu ogólnopolskiego PZ będzie można wykorzystać najlepsze, sprawdzone lokalnie rozwiązania, jednocześnie zmniejszając prawdopodobieństwo popełnienia istotnego błędu.

**Edukacja. Populacja ogólna (szczególnie młodzież).** Uzasadnione jest podejmowanie działań edukacyjnych do ogółu społeczeństwa, w tym wykorzystanie środków masowego przekazu. Szeroki dostęp do informacji, zainteresowanie problemem i możliwością podjęcia prozdrowotnych zachowań szerokiej grupy społecznej poprzez tworzenie dobrego klimatu może korzystnie wpływać na skuteczność innych działań, w tym adresowanych już w sposób celowany. Warto uwzględnić kilka poziomów edukacji tak, aby przekaz był ciekawy dla odbiorców i zaspokajał ich potrzeby. Edukacja ukierunkowana na podnoszenie świadomości na temat wirusowego zapalenia wątroby typu B i C w populacji ogólnej powinna zawierać co najmniej następujące zagadnienia (za NICE 2013 wskazano zbiorczo zakażenia HBV oraz HCV [7]):

- główne drogi zakażeń i transmisji wirusów, korzyści wczesnego wykrycia HCV i HBV wczesnego rozpoczęcia leczenia celem zapobieżenia poważnym schorzeniom (przewlekła choroba wątroby i rak wątroby);
- informacja o tym, że potencjalne przewlekłe zakażenie może przebiegać bezobjawowo, zwłaszcza we wczesnych etapach.

Działania edukacyjne powinny również nauczyć osoby z ogółu społeczeństwa rozpoznawać u siebie czynniki ryzyka zakażenia HCV i nakłaniać do poddania się badaniu diagnostycznemu, jak również przeciwdziałać stygmatyzacji osób chorych na WZW C [8].

Podkreślenia jednak wymaga fakt, iż narażenie na wiele różnych chorób zakaźnych wynika z określonych zachowań. Mechanizm szerzenia się zakażeń krwiopochodnych jest podobny (np. HBV, HCV i HIV). Nie można zapominać, że HCV należy - z ponad pięćdziesięcioma innymi chorobami - również do grupy chorób przenoszonych drogą płciową, których szerzenie związane jest z częstą zmianą partnerów seksualnych. Warto uwzględnić te fakty przy planowaniu działań edukacyjnych.

Ograniczenie zachowań ryzykownych stanowi na dzień dzisiejszy podstawowe narzędzie do walki z tą chorobą. Niestety nie wszystkie składane projekty zakładały kompleksowego podejścia do profilaktyki grupy chorób i były celowane na interwencje związane tylko z HCV.

**Zakażeni HCV.** Najtrudniejszym obszarem w zakresie edukacji zdrowotnej jest obecnie edukacja osób zakażonych. Z jednej strony oczekujemy od nich, że będą chronić innych przed zakażeniem, a z drugiej strony należy zaopatrzyć ich w wiedzę minimalizującą skutki zdrowotne zakażenia. Problemy psychologiczne mogą stanowić duże wyzwanie. Lekarz powinien przeprowadzić krótką rozmowę uświadamiającą o sposobach zapobiegania rozprzestrzenianiu się wirusa na innych i konieczności informowania osób bliskich i innych osób które mogłyby ulec zakażeniu (SASLT 2012) [9].

**Pracownicy ochrony zdrowia.** Warto planować specjalistyczne działania edukacyjne kierowane do wszystkich pracowników ochrony zdrowia. Wiedza ta będzie wykorzystywana w pracy codziennej, istotnie zbliżając do założonego celu (efekt *dźwigni*). Szkolenia te powinny być oparte o najnowsze dowody naukowe i osiągnięcia medycyny. Poruszone powinny być co najmniej następujące tematy:

- omówienie aktualnych wytycznych i rekomendacji dotyczących wczesnego wykrywania i diagnostyki oraz prewencji HCV i HBV;
- omówienie aspektów związanych z przełamywaniem barier społecznych i kulturalnych oraz poprawa dostępu do badań i leczenia dla osób ze zwiększonym ryzykiem zakażenia wirusowym zapaleniem wątroby typu B i C;
- poprawa postępowania klinicznego i jakości życia osób z rozpoznaniem zakażenia wirusowym zapaleniem wątroby typu B i C.

Szkolenia specjalistyczne dla personelu podstawowej opieki zdrowotnej mogą zwiększyć liczbę osób z określonych grup ryzyka poddających się testom diagnostycznym w kierunku HCV [10].

**Inni pracownicy.** Edukacja powinna być skierowana do personelu gabinetów kosmetycznych, salonów fryzjerskich itp. - podobnie jak w przypadku pracowników placówek medycznych. Szkolenie to powinno wskazywać na zagrożenia zwią-

zane z transmisją chorób zakaźnych i metody zapobiegania potencjalnej transmisji zakażenia (w tym m.in. postępowanie w przypadku zranienia, sterylizacja, sprzęt jednorazowy).

**Mierniki realizacji celu przez edukację.** Podejmowane działania zdrowotne powinny być skuteczne. Celem głównym programu powinno być ograniczenie ilości osób zakażonych, ale aby łatwiej zarządzać złożonym programem warto określić cele szczegółowe. Cele szczegółowe mają pomóc w pomiarze skuteczności pojedynczych interwencji. Dobrze dobrane i zwalidowane mierniki, umożliwiają pomiar stopnia realizacji celu i mogą oceniać skuteczność działań różnych wykonawców. Techniki pomiarowe powinny być dostosowane do różnych odbiorców i stosowanych technologii medycznych. Obecnie proponowane PPZ charakteryzują się dużą różnorodnością i małą precyzją opisów, co utrudnia ich ocenę. Wielu autorów programów ma duże problemy w prawidłowym określeniu celów i mierników. W przyszłości należy dążyć do poprawy tego obszaru, tak aby było możliwe opracowanie w przyszłości ogólnokrajowego programu edukacyjnego ze zwalidowanymi miernikami.

**Diagnostyka.** Wykrycie zakażenia umożliwia podjęcie działań mających na celu ograniczenie rozprzestrzeniania się choroby. Ważne jest jednak przeprowadzenie pełnej diagnostyki i zapewnienie pacjentom właściwej opieki w przypadku potwierdzenia zakażenia, tak aby niewłaściwe działania nie zwiększały niepotrzebnie niepokoju pacjentów. Testy w kierunku wykrycia zakażenia HCV są bezpieczne, potencjalne szkody zdrowotne oraz konsekwencje psychologiczne i społeczne wynikają z rozpoznania choroby lub fałszywych wyników [11].

**Populacja ogólna.** Nie rekomenduje się wykonywania powszechnych i rutynowych badań przesiewowych u osób dorosłych bez objawów zakażenia i nieznajdujących się w grupie wysokiego ryzyka. Związane jest to przede wszystkim z brakiem efektywności kosztowej [12,13].

**Grupy ryzyka.** Efektywność kosztową poprawia odpowiedni dobór populacji zakwalifikowanej do badań [14,15], a ma to szczególne znaczenie w krajach, takich jak Polska, ze stosunkowo niskim rozpowszechnieniem zakażeń HCV. Badania przesiewowe, jeżeli już są wykonywane, to powinny być skierowane do grup podwyższonego ryzyka. Wytyczne zagraniczne (m. in. USPSTF 2014 [16], AAFP 2014 [17], CDC [18], AASLD\_IDSA 2016 [19], SIGN 2013 [20], NHS [21], WHO 2014 [22], NICE 2013 [7], SASLT 2012 [9]) są zgodne w następujących grupach:

- osoby przyjmujące narkotyki w iniekcji i donosowo;

- osoby poddane transfuzji lub po transplantacji narządów przed momentem wprowadzenia obowiązkowych badań na obecność HCV wśród dawców (w Polsce 1993 r.), dzieci matek zakażonych HCV - w ok. 15 miesiącu życia oraz testem HCV-RNA w 2-6 miesiącu życia (NICE 2013 [7]);
- osoby poddawane zabiegom upiększającym (tatuáže, kolczykowanie);
- pacjenci dializowani;
- osoby z niezdiagnozowanym zwiększeniem aktywności aminotransferaz;
- osoby zakażonych HIV;
- pracownicy opieki zdrowotnej, ratownicy medyczni, służby mundurowe po ukłuciu igłą lub kontaktem z krwią zakażoną wirusem HCV.

Dodatkowo Wytyczne z Wielkiej Brytanii wskazują na zasadność rutynowego przeprowadzenie badania na obecność HCV wśród imigrantów (NICE 2013 [7]). Należy spodziewać się, że ten problem będzie się nasilał i w Polsce wraz z rozwojem migracji z krajów o wysokiej częstości zakażeń (np. Ukraina).

W Polsce zgodnie z raportem PGE\_HCV 2014 [23] wskazano, że badaniem diagnostycznym pod kątem obecności przeciwciał anti-HCV powinny być objęte następujące grupy osób:

- biorcy krwi i preparatów krwiopochodnych (zwłaszcza przed 1992 r.);
- poddawani zabiegom operacyjnym;
- osoby po przebytych WZW B;
- otrzymujący iniekcje;
- leczeni hemodializami;
- chorzy na hemofilię;
- zakażeni HIV;
- uzależnieni od preparatów odurzających stosowanych w iniekcji lub donośowo;
- poddający się zabiegom upiększającym (tatuáže, piercing);
- osoby z podwyższoną aktywnością aminotransferaz wątrobowych.

W Polsce standardowo testom na obecność przeciwciał anti-HCV poddawani są wyłącznie dawcy krwi i narządów oraz osoby dializowane. Badanie pod kątem zakażenia HCV, od 2011 r. powinno być proponowane wszystkim kobietom w ciąży (do 10 tygodnia ciąży) [24]. W pozostałych grupach diagnostyka HCV finansowana jest w ramach opieki specjalistycznej.

**Diagnostyka chorych.** Finansowanie badań na obecność przeciwciał anti-HCV jak i HCV- RNA metodą PCR, nie jest aktualnie dostępne w ramach koszyka świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej. Większość wytycznych sugeruje jednak, aby testy w kierunku wykrywania HCV były dostępne u lekarza pierwszego kontaktu (m. in. NICE 2013 [7], SIGN 2013 [20]). Dodatkowo

w związku z podobnym szerzeniem się chorób, podobną symptomatologią, diagnostyka ta dotyczyć powinna również badań w kierunku zakażeń HBV i HIV. Ułatwienie dostępności do diagnostyki w ramach POZ - wykonywanie testów u pacjentów z objawami sugerującymi chorobę np. przewlekłe zapalenie wątroby (nieprawidłowe testy wątrobowe, marskość wątroby) lub objawami zapaleń pozawątrobowych (np. kłębuszkowe zapalenie nerek, diagnostyka białkomoczu) mogłoby stanowić cenne uzupełnienie już dostępnych świadczeń. Kierowanie do konsultacji specjalistycznych pacjentów z rozpoznaną chorobą skutkować może usprawnieniem działania systemu.

Należy mieć jednak na uwadze, że badania zlecane są przez lekarza na podstawie badania pacjenta i koszt badania pokrywany jest z ryczałtowo wycenionej wizyty. Nie ma jednak jak dotąd jednoznacznie opisanych i obowiązujących procedur związanych z wykrywaniem HCV, dotyczących okoliczności, w jakich badanie musi być wykonywane. Z tego powodu mogą istnieć duże różnice w postępowaniu specjalistycznym. Lekarze mogą odstępować od poszerzonej diagnostyki w przypadku, gdy wynik testu nie wpływa na postępowanie i nie jest planowana żadna specyficzna interwencja. Brak tych procedur może być częściowo uzasadniony ograniczoną rzeczywistą dostępnością do skutecznych metod terapii. Efekty funkcjonowania programu nie powinny wpływać niekorzystnie na inne elementy systemu opieki zdrowotnej, np. zwiększanie wykrywalności chorób, dla których leczenie jest niedostępne lub dostępność jest znacznie ograniczona.

**Interwencje u zakażonych.** Pomimo wprowadzenia do leczenia nowych leków, skutecznych w eliminowaniu wirerii, ze względu na cenę nie można traktować tej opcji postępowania jako mającej zastosowanie w eliminacji wirusa na poziomie populacyjnym. Brak możliwości leczenia wszystkich zakażonych może być argumentem przemawiającym przeciwko rozwijaniu programu wczesnego wykrywania zakażenia. Z jednej strony chcielibyśmy liczyć na zmianę zachowań ludzi zakażonych, ale z drugiej strony musimy uwzględnić fakt, że świadomość zakażenia, ryzyka powikłań przy jednoczesnym ograniczeniu dostępu do skutecznych metod leczenia, może być powodem wielkiej frustracji osób, których to dotyczy. Z całą pewnością taki stan będzie związany z pogorszeniem jakości życia. Ogólnopolski program opieki nad zakażonymi HCV mógłby poprawić sytuację w tym obszarze. Ponad wszelką wątpliwość, program taki powinien być uruchomiony na poziomie ogólnokrajowym w przypadku rzeczywistej dostępności do skutecznego leczenia. Do tego czasu programy lokalne powinny mieć charakter pilotażowy. Z tego powodu nie powinny dziwić oczekiwania dotyczące monitorowania i raportowania skuteczności podejmowanych interwencji. Analiza wyników w przyszłości może być przesłanką do opracowania optymalnego programu ogólnopolskiego.

W związku z ograniczeniem dostępności do swoistych leków należy zaplanować osiągalne i skuteczne interwencje w przypadku stwierdzenia zakażenia.

Oprócz specyficznych programów edukacyjnych adresowanych do zakażonych, można rozważyć zastosowanie szczepień przeciw WZW A i B [25] w celu zmniejszenia ryzyka koinfekcji. Dodatkowo zakażenie może przyspieszać proces niszczenia wątroby. Zgodnie z zaleceniami WHO u zakażonych należy dokonać oceny spożycia alkoholu i podjąć aktywnych działań ograniczających to spożycie, w celu ograniczenia tempa niszczenia miększu wątroby.

Plan monitorowania postępu klinicznego (np. włóknienia) mógłby pomóc w kwalifikacji chorych do Programu Lekowego.

Osoby dowiadujące się o zakażeniu mogą wymagać wsparcia psychologicznego. Świadomość zagrożeń dla własnego zdrowia i osób najbliższych może wyzwać różne patologiczne reakcje (nerwicowe, depresyjne). Z doniesień medialnych wiadomo, że mogą pojawić się reakcje typu „zemsty”. Przypadki takie były opisywane wśród pacjentów zakażonych HIV i reakcji tych nie można wykluczyć w przypadku zakażeń HCV. Zapobieganie skutkom takich działań (świadome zakażenie) może mieć duże znaczenie w przypadku uruchamiania programów, szczególnie w przypadku, gdy zakażeni będą przeżywali frustracje w związku z ograniczeniem dostępności do skutecznych leków.

**Aspekty prawne.** Jednym z zagadnień dotyczące uwarunkowań prawnych jest uzyskiwanie świadomej zgody na udział w programie. Niezbędnym warunkiem wykonania testu jest przekazanie pacjentowi między innymi pełnej informacji o znaczeniu pozytywnego testu i zapoznanie z korzyściami oraz konsekwencjami wykrycia zakażenia.

O ile zgoda na udział w programie nie budzi większych wątpliwości, to już zasady informowania o wynikach badań mogą być przyczyną konfliktów prawnych. Z jednej strony prawa pacjenta [26] (art. 13) gwarantują zachowanie tajemnicy, a z drugiej strony art. 14 zwalnia ze stosowania w przypadku *gdy: tak stanowią przepisy odrębnych ustaw.*

Ustawa o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi [27] stanowi w art. 26, że lekarz, felczer, pielęgniarka lub położna, którzy podejrzewają lub rozpoznają zakażenie lub chorobę zakaźną, są obowiązani pouczyć zakażonego lub chorego na chorobę zakaźną lub osobę sprawującą prawną pieczę nad zakażoną lub chorą na chorobę zakaźną osobą małoletnią lub bezradną albo opiekuna faktycznego o środkach służących zapobieganiu przeniesienia zakażenia na inne osoby oraz o ewentualnym obowiązku poddania się badaniom sanitarno-epidemiologicznym. W przypadku rozpoznania zakażenia, które może przenosić się drogą kontaktów seksualnych, lekarz lub felczer ma obowiązek poinformować zakażonego o konieczności zgłoszenia się do lekarza partnera lub

partnerów seksualnych zakażonego. Informację o powiadomieniu zakażonego o tym obowiązku wpisuje się do dokumentacji medycznej i potwierdza podpisem zakażonego. Dodatkowo art. 27 nakłada obowiązek powiadomienia właściwego inspektora sanitarnego i innych właściwych podmiotów.

W przypadku chorób przenoszonych drogą płciową mogą zaistnieć przesłanki do obowiązku powiadomienia osoby, której życie może być zagrożone. W takiej sytuacji zaniechania przez lekarza powiadomienia osoby trzeciej o grożącym jej **bezpośrednim** niebezpieczeństwie lekarz popełnia przestępstwo z art. 160 § 1 Kodeksu Karnego [28]. (*Kto naraża człowieka na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia podlega karze pozbawienia wolności do lat 3*) i czyn niedozwolony z art. 415 Kodeksu Cywilnego [29]. Istnieje duże niebezpieczeństwo, że sąd skłoni się ku stronie skarżącej. Potwierdzeniem tych obaw może być wyrok Sądu Apelacyjnego w Poznaniu z 9 maja 2002 r. (ACa 221/02) [30], w którym orzeczono: *Szpital ma obowiązek szczegółowego powiadomienia pacjenta i członków jego najbliższej rodziny o konsekwencjach nosicielstwa wirusa choroby zakaźnej stwierdzonej u pacjenta. Zaniedbanie w wypełnieniu obowiązku powiadomienia o chorobie zakaźnej stanowi czyn niedozwolony w rozumieniu art. 415 i 417 § 1 k.c. i prowadzi do odpowiedzialności szpitala za powstałą szkodę* (sprawa dotyczyła zakażenia członków rodziny przez nosiciela HBV; szpital wystawił kartę informacyjną o dodatnim wyniku, ale zaniedbano obowiązek powiadomienia pacjenta i jego najbliższej rodziny).

Pewnym „obejściem” tych przepisów może stanowić praktyka wykonywania testów anonimowo. Zaletą anonimowych testów jest ich poufność, co ma na celu zapobieganie niepotrzebnej stygmatyzacji chorych. Z badań anonimowych mogą korzystać np. osoby chcące rozpocząć wspólne pożycie (test „przedmałżeński”). Anonimowe testy wykrywające HIV są wykonywane w Polsce [31] od wielu lat i doświadczenia z tego programu można wykorzystać i przenieść do diagnostyki HCV. Poszerzenie zakresu badań anonimowych mogłoby stanowić uzupełnienie pakietu działań profilaktycznych. W przypadku wykonywania testów anonimowo pacjent otrzymuje informację o zakażeniu i zostaje zobowiązany do poinformowania osób, które mogłyby ucierpieć z powodu zakażenia. Rozwiązanie takie choć nie chroni w pełni praw osób najbliższych, ale poprzez anonimowość zwiększa chęć poddania się badaniom. Anonimowość uczestnictwa w programie może powodować problemy związane ze sprawozdawczością i monitorowaniem skuteczności. Zagadnienia te warto uwzględnić przy planowaniu nowych programów profilaktycznych, starając się jak najlepiej wykorzystać dostępne zasoby.

## Podsumowanie

Świadczenie zdrowotne wykonywane na rzecz zakażonych HCV są wykonywane w ramach różnych elementów koszyka świadczeń gwarantowanych. Niektóre świadczenia są wykonywane i rozliczane na zasadach ogólnych, tj. podobnych jak dla chorych na inne choroby. Świadczenia adresowane dla chorych na WZW C są wykonywane i rozliczane w ramach Programów Lekowych. Proces uruchamiania nowych programów (jak i modyfikacji), regulowany jest analogicznie do refundacji leków *na receptę*. Złożony przez podmiot odpowiedzialny wniosek refundacyjny (wraz z analizami) jest oceniany przez AOTMiT i Radę Przejrzystości. Na podstawie analiz i opinii Rady, Prezes Agencji wydaje Rekomendacje refundacyjne. Minister Zdrowia podejmuje decyzję refundacyjną uwzględniając wynik prac Komisji Ekonomicznej. Programy Lekowe definiują bardzo precyzyjnie zasady stosowania leków. Dotychczas uruchomione programy zapewniają dostęp do nowoczesnych terapii tylko ograniczonej grupie chorych. Ze względu na ograniczoną wiarygodność danych i bardzo wysokie koszty leczenia, nie należy się liczyć z możliwością leczenia wszystkich bezobjawowych zakażonych HCV.

W walce z chorobą społeczną wykorzystywane są też programy adresowane do szerokich grup pacjentów ukierunkowane na profilaktykę. Do stycznia 2017 r. AOTMiT oceniła 21 programów dedykowanych HCV. Programy te, oprócz części edukacyjnej, zakładały możliwość wykonania testów diagnostycznych. Obecnie w Polsce są realizowane jedynie programy lokalne i wydaje się zasadne podjęcie prac nad opracowaniem programu ogólnokrajowego. Program taki powinien koncentrować się na możliwości ograniczenia zakażenia, przy czym należy uwzględnić w jednym programie działania mające na celu zmniejszenie ilości zakażonych na choroby o podobnych czynnikach ryzyka, tj. zakażenia krwiopochodne, choroby weneryczne. Wykorzystanie testów diagnostycznych powinno być szczególnie dobrze uzasadnione, a program powinien zapewniać kompleksowe podejście (edukacja i ew. diagnostyka z interwencją).

## PIŚMIENNICTWO

1. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. <http://isap.sejm.gov.pl/DetailsServlet?id=WDU20160001793&min=1>.
2. Ustawa o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych, Dz.U. 2015 poz. 345 Art 25. <http://isap.sejm.gov.pl/DetailsServlet?id=WDU20160001536&min=1>.



3. <http://www.aotm.gov.pl/www/hta/wytyczne-hta/>.
4. <http://www.eunetha.eu/outputs/methodological-guideline-rea-pharmaceuticals-clinical-endpoints>.
5. [http://www.eunetha.eu/sites/default/files/sites/5026.fedimbo.belgium.be/files/Endpoints%20Used%20in%20Relative%20Effectiveness%20Assessment%20Surrogate%20Endpoints\\_Amended%20JA1%20Guideline\\_Final%20Nov%202015.pdf](http://www.eunetha.eu/sites/default/files/sites/5026.fedimbo.belgium.be/files/Endpoints%20Used%20in%20Relative%20Effectiveness%20Assessment%20Surrogate%20Endpoints_Amended%20JA1%20Guideline_Final%20Nov%202015.pdf) str. 11.
6. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej.
7. National Institute for Health and Care Excellence, „Hepatitis B and C: ways to promote and offer testing to people at increased risk of infection” March 2013.
8. HTA Consulting, Kierownik Projektu Władysław M. Raport systemowy: WZW typu C Konieczność zmian w organizacji systemu ochrony zdrowia. [http://www.ceestahc.org/pliki/nasze\\_publicacje/raporty/Raport\\_systemowy\\_WZW\\_typu\\_C.pdf](http://www.ceestahc.org/pliki/nasze_publicacje/raporty/Raport_systemowy_WZW_typu_C.pdf).
9. Alghamdi AS i wsp. Saudi Association for the Study of Liver Diseases and Transplantation. SASLT practice guidelines: management of hepatitis C virus infection. Saudi J Gastroenterol. 2012 Sep;18 Suppl:S1-32.
10. Zuure F R „Outcomes of hepatitis C screening programs targeted at risk groups hidden in the general population: a systematic review” BMC Public Health 2014, 14:66.
11. Chou R i wsp. „Screening for Hepatitis C Virus Infection in Adults: A Systematic Review for the U.S. Preventive Services Task Force” Annals of Internal Medicine: 2013;158:101-108.
12. Belgian Health Care Knowledge Centre, „Hepatitis C: Screening and Prevention” KCE Reports 173a Health Technology Assessment, [https://kce.fgov.be/sites/default/files/page\\_documents/KCE\\_173A\\_hepatitis\\_C.pdf](https://kce.fgov.be/sites/default/files/page_documents/KCE_173A_hepatitis_C.pdf).
13. <https://www.cdc.gov/hepatitis/hcv/hcvfaq.htm#c1> (23.02.2017).
14. Sroczyński G., Esteban E., Conrads-Frank A., Schwarzer R., Muhlberger N., Wright D., Zeuzem S., Siebert U., Long-term effectiveness and cost-effectiveness of screening for Hepatitis C virus infection., European Journal of Public Health, Vol. 19, No. 3, 245-25, 2009.
15. John-Baptiste A. i wsp. „Cost Effectiveness of Hepatitis C-Related Interventions Targeting Substance Users and Other High-Risk Groups” Pharmacoeconomics 2012; 30 (11): 1015-1034.
16. U.S. Preventive Task Force: Hepatitis C: Screening, [https://www.uspreventiveserVICEStaskforce.org/Page/Document/RecommendationStatementFinal/hepatitis-c-screening#up\\_date-of-the-previous-uspstf-recommendation](https://www.uspreventiveserVICEStaskforce.org/Page/Document/RecommendationStatementFinal/hepatitis-c-screening#up_date-of-the-previous-uspstf-recommendation).
17. American Academy of Family Practitioners „Summary of Recommendations for Clinical Preventive Services” June 2014 <http://www.aafp.org/patient-care/clinical-recommendations/all/hepatitis.html>.
18. Centers for Disease Control and Prevention, Testing Recommendations for Hepatitis C Virus Infection: pozyskano z: <https://www.cdc.gov/hepatitis/hcv/guidelinesc.htm> dostęp z 20.02.2017.
19. American Association for the Study of Liver Diseases and Infectious Diseases Society of America: Recommendations for Testing, Managing, and Treating Hepatitis C, <http://www.hcvguidelines.org/full-report-view>.

20. Healthcare Improvement Scotland, SIGN 133: Management of hepatitis C, National Guideline, <http://sign.ac.uk/pdf/sign133.pdf>.
21. National Health Service, Hepatitis C - Essential information for professionals and guidance on testing, pozysko z: <http://www.nhs.uk/Conditions/Hepatitis-C/Pages/Diagnosis.aspx> dostęp 20.02.2017.
22. World Health Organization, „Guidelines for the screening, care and treatment of persons with hepatitis c infection” April 2014. [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/111747/1/9789241548755\\_eng.pdf?ua=1&ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/111747/1/9789241548755_eng.pdf?ua=1&ua=1).
23. Polska Grupa Ekspertów HCV, „Rekomendacje leczenia wirusowych zapaleń wątroby typu C Polskiej Grupy Ekspertów HCV - 2014”.
24. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 23 września 2010 r. w sprawie standardów postępowania oraz procedur medycznych przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, położu oraz opieki nad noworodkiem. (Dz.U. 2010 nr 187 poz. 1259).
25. Zurhold H i wsp. „Identification and optimisation of evidence-based HCV prevention in Europe for young drug users at risk” Report on WP 2 European standards and guidelines for HCV prevention, January 2011 [http://www.zis-hamburg.de/uploads/tx\\_userzis/WP2\\_HCV\\_Guidelines\\_Report\\_Jan\\_2011.pdf](http://www.zis-hamburg.de/uploads/tx_userzis/WP2_HCV_Guidelines_Report_Jan_2011.pdf).
26. <https://www.bpp.gov.pl/dla-pacjenta/prawa-pacjenta/>.
27. <http://isap.sejm.gov.pl/DetailsServlet?id=WDU20130000947>.
28. <http://isap.sejm.gov.pl/DetailsServlet?id=WDU19970880553>.
29. <http://isap.sejm.gov.pl/DetailsServlet?id=WDU19640160093>.
30. Prawo i Medycyna 1/2004, s. 116 i n., z glosą M. Nesterowicza. <http://www.aids.gov.pl/pkd/>.

# ASPEKTY SYSTEMOWE WZW C W POLSCE Z PERSPEKTYWY DANYCH WYKORZYSTANYCH W MAPACH POTRZEB ZDROWOTNYCH

Dr n. ekon. Barbara Więckowska<sup>1,2</sup>, Mgr Beata Koń<sup>1,2</sup>,  
Mariusz Zięba<sup>2</sup>

1. Szkoła Główna Handlowa w Warszawie,
2. Ministerstwo Zdrowia

W debacie publicznej bardzo często podnoszony jest problem występujących w kraju nierówności w zdrowiu. Wybrzmiewają one nie tylko na poziomie poszczególnych województw, lecz również mniejszych jednostek terytorialnych np. powiatów. Jak wskazuje Światowa Organizacja Zdrowia nierówności w zdrowiu są postrzegane jako *niesprawiedliwe, niepotrzebne i możliwe do uniknięcia różnice w stanie zdrowia*, których zmniejszanie stanowi *nakaz etyczny akceptowany przez większość nowoczesnych społeczeństw* [1]. Dlatego też istnieje konieczność podjęcia działań zmniejszających nierówności w zdrowiu. Jednakże działania te, niezależnie od instytucji je wdrażającej (Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ), Ministerstwo Zdrowia, właściciele/dyrektorzy placówek medycznych), muszą być poprzedzone rzetelną analizą, która przede wszystkim wskaże parametry systemu mówiące o stopniu nierówności i nieefektywności. Ich obserwacja w kolejnych okresach, będzie dawała podstawę do wnioskowania o poprawie/pogorszeniu tych nierówności w zaspokojeniu potrzeb zdrowotnych. Narzędziem spełniającym powyższe przesłanki są mapy potrzeb zdrowotnych (MPZ).

Mapy potrzeb zdrowotnych są rozwiązaniem wpisanym w 2014 r. w polski system ochrony zdrowia na mocy ustawy [2] i uszczegółowionym w rozporządzeniu Ministra Zdrowia [3]. Zgodnie z ustawą (Art. 95a) regionalne mapy potrzeb zdrowotnych, w cyklach 5-letnich, sporządzają wojewodowie, przy udziale Wojewódzkich Rad do spraw Potrzeb Zdrowotnych, w oparciu o projekty map przekazane przez Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego - PZH (bazujące na jednolitej metodyce analizy oraz jednolitych źródłach danych dla wszystkich województw). Jednakże pierwsze dwie edycje map (publikowane w 2016 r. i 2018 r., obejmujące zakres leczenia szpitalnego) przygotowuje minister właściwy ds. zdrowia.

Oprócz procesu zdefiniowanego przez ustawę, ze względu na warunkowość *ex ante*<sup>12</sup> [4,5] prowadzone były działania przyspieszające wdrożenie nowego instrumentu. Dzięki środkom europejskim<sup>13</sup> powstały 2 pierwsze pakiety map potrzeb zdrowotnych: (1) w zakresie chorób nowotworowych (guzy łebe) oraz (2) w zakresie chorób serca [6]. W kolejnym kroku zrealizowano zapisy ustawowe tj. opublikowano tzw. mapy szpitalne, gdzie dokonano analizy dla poszczególnych oddziałów szpitalnych (kwiecień 2016 r.) [7]. Środki unijne pozwoliły na kontynuację prac w ujęciu chorób. W grudniu 2016 r. opublikowano tzw. mapy potrzeb dla grupy A (mapy potrzeb zdrowotnych w układzie lecZnictwo zamknięte, AOS i POZ dla pierwszych 15 grup chorób) i moduł lecZnictwa zamkniętego tzw. grupy B<sup>14</sup> [8]. Na dzień powstawania niniejszego opracowania, Ministerstwo Zdrowia (Departament Analiz i Strategii) jest na etapie przygotowywania 15 tematycznych (wg chorób) (tzw. grupa B) MPZ w zakresie AOS i POZ. Mapy te mają zostać opublikowane do dnia 31 grudnia 2017 r. Należy dodać, że wszystkie wyniki prac Ministerstwa dostępne na stronie internetowej [www.mapypotrzebzdrowotnych.mz.gov.pl](http://www.mapypotrzebzdrowotnych.mz.gov.pl).

### 12.1. Wirusowe zapalenie wątroby w Mapach Potrzeb Zdrowotnych

Grupa choroby zakaźne - WZW, stanowią jedną z 15 grup chorób realizowanych w MPZ w ramach tzw. grupy B. Innymi słowy w chwili tworzenia niniejszego materiału mapa potrzeb zdrowotnych dla tej grupy obejmuje jedynie lecZnictwo zamknięte. Pozostałe dane i analizy w zakresie WZW zostaną opublikowane do grudnia 2017 r. Należy jednak podkreślić, że przedstawiony poniżej materiał wykracza - w niektórych elementach - poza mapy opublikowane przez Ministerstwo Zdrowia.

Punktem wyjścia do analizy przedstawionej w MPZ w zakresie WZW był zbiór rozpoznań według Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 [9]. W analizie wykorzystano następujące rozpoznania:

---

<sup>12</sup> Przygotowanie map potrzeb zdrowotnych w układzie chorób oraz w podziale na lecZnictwo zamknięte, AOS i POZ zostało wpisane jako warunek uruchomienia środków strukturalnych na realizację projektów współfinansowanych ze środków europejskich.

<sup>13</sup> Departament Analiz i Strategii Ministerstwa Zdrowia w latach 2014-2015 realizował projekt pn. *Poprawa jakości zarządzania w ochronie zdrowia poprzez wsparcie procesu tworzenia regionalnych map potrzeb zdrowotnych jako narzędzia usprawniającego procesy zarządcze w systemie ochrony zdrowia - szkolenia z zakresu szacowania potrzeb zdrowotnych*.

<sup>14</sup> Działania te są realizowane w ramach projektu Mapy Potrzeb Zdrowotnych - Baza Analiz Systemowych i Wdrożeniowych i są współfinansowane z Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach programu operacyjnego wiedza edukacja rozwój (PO WER).

- B15 - Ostre wirusowe zapalenie wątroby typu A;
- B16 - Ostre wirusowe zapalenie wątroby typu B;
- B17 - Inne ostre wirusowe zapalenie wątroby;
- B18 - Przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby;
- B19 - Nieokreślone wirusowe zapalenie wątroby.

Dokument MPZ dzieli WZW na 5 głównych podgrup:

- przewlekłe wirusowe WZW C (B18.2 wg ICD-10);
- przewlekłe wirusowe WZW B (B18.0, B18.1 wg ICD-10);
- ostre WZW (B15-B17 wg ICD-10);
- inne i nieokreślone postacie przewlekłego WZW (B18.8, B18.9, B18 wg ICD-10);
- nieokreślone WZW (B19 wg ICD-10).

Na potrzeby niniejszego opracowania wykorzystano dane dotyczące rozpoznania wirusowe zapalenie wątroby typu C (WZW C) (wg ICD-10)<sup>15</sup>, tj.:

- B17.1 - Ostre wirusowe zapalenie wątroby typu C;
- B18.2 - Przewlekłe zapalenie wątroby typu C.

Właśnie ze względu na przyjęcie innych podziałów merytorycznych, wartości prezentowane w niniejszym materiale mogą się nieznacznie różnić od danych zaprezentowanych w MPZ w zakresie WZW.

Dodatkowo w przedstawianym materiale analizie poddano rozpoznania (wg ICD-10), które zostały wskazane przez ekspertów medycznych jako możliwe powikłanie przewlekłego WZW C:

- K74.0 - Zwłóknienie wątroby;
- K74.1 - Stwardnienie wątroby;
- K74.2 - Zwłóknienie wątroby ze stwardnieniem wątroby.

Aby nie zakłócić analizy w zakresie wirusowego zapalenia wątroby w Polsce, zwłóknienie i stwardnienie wątroby poddano odrębnej analizie - informacje o hospitalizacjach nie zostały uwzględnione w łącznej liczbie hospitalizacji wirusowego zapalenia wątroby<sup>16</sup>. W końcowej części dokumentu opisano program lekowy: *Leczenie przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu C*.

<sup>15</sup> W opracowaniu ujęto rozpoznania, które w jednoznaczny sposób odnoszą się do WZW C. Oznacza to, że nie ujęto rozpoznania B18 (nieuwzględniającego rozszerzenia) z racji, iż nie jest możliwe jednoznaczne określenie typu WZW. Podejście to wynika z niewielkiej liczebności tej grupy rozpoznań (2 hospitalizacje w 2014 r.)

<sup>16</sup> Informacje na temat powikłań WZW zostały omówione także w MPZ w zakresie chorób wątroby, dróg żółciowych i trzustki).

## 12.2. Szacowanie wskaźników epidemiologicznych - WZW C

Analiza liczby zachorowań umożliwia ocenę funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej. Pozwala na szczegółową ocenę sytuacji epidemiologicznej, zbadanie zachodzących zjawisk i zależności oraz uchwycenie potencjalnych czynników kształtujących sytuację zdrowotną całej populacji [11]. Jednakże, ze względu na to, że badania epidemiologiczne w Polsce są niedostateczne, w celu analizy sytuacji epidemiologicznej konieczne jest wykorzystanie pewnych przybliżeń i określenie wskaźników. W MPZ oraz w niniejszym opracowaniu do oszacowania wskaźników użyto danych Narodowego Funduszu Zdrowia. Na ich podstawie określono chorobowość i zapadalność rejestrowaną. Należy zauważyć, że opracowane dane obejmują całą populację chorych, jednak ze względu na przyjętą metodologię wyniki mogą się różnić od danych podawanych w innych źródłach. Jest to kwestia wymagająca dalszej, dogłębnej analizy.

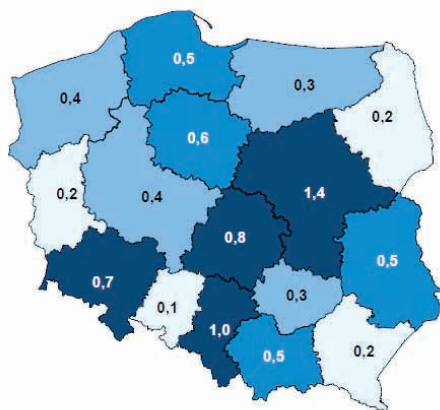
Zapadalność rejestrowana została zaprezentowana dla 2014 r. i określa liczbę nowo rozpoznanych pacjentów z WZW C. Z racji, że jest to zapadalność rejestrowana, to odnosi się do osób, które w 2014 r. pojawiły się w systemie płatnika publicznego w ramach leczenia szpitalnego, na szpitalnym oddziale ratunkowym, czy w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej z rozpoznaniem głównym WZW C i latach 2009-2013 nie były im udzielone świadczenia w związku z tym rozpoznaniem w ramach ww. form leczenia.

Chorobowość rejestrowana została przedstawiona na dzień 31 grudnia 2014 r. i określa liczbę żyjących pacjentów, którzy pojawili się z wirusowym zapaleniem wątroby typu C w systemie publicznej opieki zdrowotnej w latach 2009-2014 (w przypadku osób rozpoznanych przed 2014 r. niezależnie od tego czy zostały tym osobom sprawozdane jakiegokolwiek świadczenia udzielone w 2014 r.). Tak jak w przypadku zapadalności rejestrowanej uwzględniono informacje dotyczące świadczeń sprawozdanych w ramach leczenia szpitalnego, szpitalnego oddziału ratunkowego oraz ambulatoryjnej opieki specjalistycznej.

Zastosowanie powyższej metodyki pozwala na stwierdzenie, iż w 2014 r. zapadalność rejestrowana na WZW C w Polsce wyniosła 8,1 tys. osób. Wskaźnik zapadalności rejestrowanej, definiowany jako wartość zapadalności rejestrowanej w przeliczeniu na 100 tys. ludności, wyniósł w Polsce 21,2<sup>17</sup>. Na rycinie 12.1. przedstawiono zapadalność rejestrowaną na WZW C w 2014 r. w podziale na województwa wg zamieszkania pacjenta, z kolei na rycinie 12.2. wartość wskaźnika zapadalności rejestrowanej na WZW C. W 2014 r. najwyższa wartość zapa-

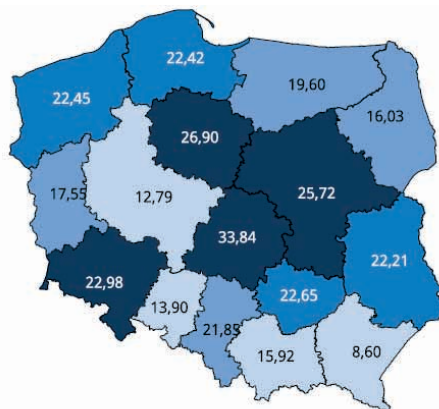
<sup>17</sup> We wszystkich elementach opracowania, dane dotyczące liczby ludności zostały zaczerpnięte ze statystyk Głównego Urzędu Statystycznego za dzień 31.12.2014 r.

dalności rejestrowanej na 100 tys. ludności na WZW C obserwowana była w centralnej części Polski (województwa: łódzkie - 33,84, kujawsko-pomorskie - 26,9 oraz mazowieckie - 25,72 pacjentów na 100 tys. ludności). Najniższa wartość tego wskaźnika została odnotowana w województwie podkarpackim (8,6). Należy zwrócić uwagę na znaczącą rozpiętość pomiędzy minimalnym i maksymalnym wskaźnikiem (sięgającą blisko 400%). Tak duże różnice nie wynikają najpewniej z epidemiologii i w dalszym etapie należałoby poddać ten element dalszej analizie. Jako możliwe przyczyny ww. różnicy można wskazać między innymi niską rozpoznawalność WZW C w niektórych województwach, czy też tendencję niektórych świadczeniodawców do up-codingu, który z racji na powiązanie wyceny niektórych świadczeń z jednostką chorobową może powodować nadrozpoznawalność niektórych jednostek chorobowych. Dodatkowo należy zauważyć, że jeżeli zastosuje się inną metodykę, polegającą na uwzględnieniu w zapadalności rejestrowanej wyłącznie pacjentów, którzy minimum dwukrotnie pojawili się w systemie w 2014 r. i nie zostały dla nich sprawozdane świadczenia w latach 2009-2013 w powodu WZW C, to wartość ta jest niższa i wynosi blisko 5,5 tys. dla Polski.



**Rycina 12.1.**

Zapadalność rejestrowana w 2014 r. wg województwa zamieszkania pacjenta (w tys.).



**Rycina 12.2.**

Wskaźnik zapadalności rejestrowanej na 100 tys. ludności wg województwa zamieszkania pacjenta w 2014 r.

Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ.

Chorobowość rejestrowaną WZW C na dzień 31 grudnia 2014 r. oszacowano na 80,5 tys. chorych (211,7 chorych w przeliczeniu na 100 tys. ludności). **Rycina 12.3.** przedstawia informacje na temat liczby chorych w podziale na województwa (wg miejsca zamieszkania pacjenta), natomiast **rycina 12.4.** pokazuje liczbę chorych w przeliczeniu na 100 tys. ludności.





### 12.3. Leczenie szpitalne wirusowego zapalenia wątroby typu C

W mapach potrzeb zdrowotnych oraz w niniejszym opracowaniu, w części dotyczącej leczenia szpitalnego, wykorzystano dane jednostkowe Narodowego Funduszu Zdrowia, które dotyczą świadczeń szpitalnych sprawozdanych<sup>18</sup> za 2014 r. Świadczenia te rozumiane są jako produkty z katalogu 1a oraz 1b zakończone w 2014 r. W niniejszym opracowaniu analizie poddano hospitalizacje, gdzie główną przyczyną było rozpoznanie WZW C.

**Rycina 12.5.** przedstawia rozkład wieku<sup>19</sup> pacjentów hospitalizowanych w Polsce w 2014 r. Najczęściej hospitalizowaną grupą pacjentów z powodu WZW C byli dorośli pacjenci, w szczególności osoby w wieku 50-65 lat. Pacjenci w tym przedziale wiekowym stanowili w przybliżeniu 41% wszystkich hospitalizowanych (największy udział stanowili pacjenci w wieku 59 lat). Warto zauważyć, iż niewielką grupę pacjentów stanowiły dzieci i młodzież (1% wszystkich pacjentów).



#### Rycina 12.5.

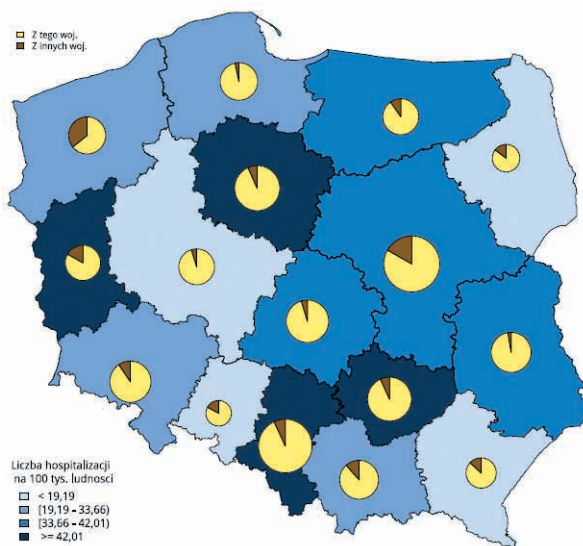
Rozkład wieku pacjentów hospitalizowanych w Polsce w 2014 r.

Źródło: opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ.

<sup>18</sup> Wszystkie świadczenia wykazane przez świadczeniodawców płatnikowi.

<sup>19</sup> Należy zauważyć, że wiek pacjenta jest definiowany na podstawie rocznika urodzenia, a nie dokładnej daty urodzin.

W 2014 r. w Polsce odnotowano 12,7 tys. hospitalizacji z powodu wirusowego zapalenia wątroby typu C i dotyczyły one 9,5 tys. pacjentów, co daje średnio 1,34 hospitalizacji na pacjenta w skali całego kraju. Liczba hospitalizacji w przeliczeniu na 100 tys. ludności wyniosła w Polsce 33,6. **Rycina 12.6.** prezentuje omawiany wskaźnik hospitalizacji. Na wykresach kołowych zaznaczono udział hospitalizacji pacjentów zamieszkałych na terenie poszczególnych województw (wykres kołowy: kolor żółty) oraz hospitalizacji pacjentów spoza województwa (wykres kołowy: kolor brązowy). Wielkość wykresu kołowego świadczy o bezwzględnej liczbie hospitalizacji w danym województwie.



### Rycina 12.6.

Współczynnik hospitalizacji na 100 tys. ludności oraz struktura hospitalizacji względem zamieszkania pacjenta w 2014 r.

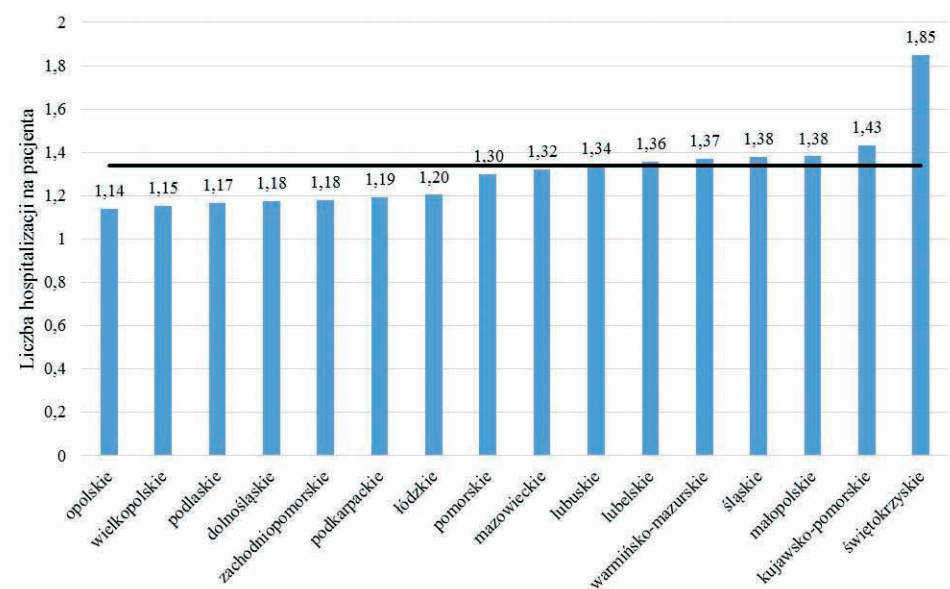
Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ i GUS.

W 2014 r. największą liczbą hospitalizacji w przeliczeniu na 100 tys. ludności charakteryzowały się województwa: świętokrzyskie (72,2 hospitalizacji na 100 tys. ludności), kujawsko-pomorskie (52,4 hospitalizacji na 100 tys. ludności) oraz lubuskie (47,2 hospitalizacji na 100 tys. ludności). Najmniej hospitalizacji względem liczby ludności sprawozdano w województwie podkarpackim (13,5 hospitalizacji na 100 tys. ludności).

Przyczyną takiego zróżnicowania wartości wskaźnika pomiędzy województwami mogą być migracje pacjentów. Udział hospitalizacji pacjentów spoza województwa waha się pomiędzy 2,7% (woj. lubelskie) a 35,8% (woj. zachodnio-pomorskie), jednakże teza ta może znajdować potwierdzenie praktycznie jedynie w województwie lubuskim (16,8% hospitalizacji pacjentów spoza województwa).

W przypadku pozostałych województw o najwyższym wskaźniku liczby hospitalizacji na 100 tys. ludności udział migracji nie jest tak znaczący.

Warto zwrócić uwagę na liczbę hospitalizacji przypadającą na jednego pacjenta. **Rycina 12.7.** przedstawia liczbę hospitalizacji na pacjenta w podziale na województwa. Linia czarną zaznaczono wartość dla Polski.



**Rycina 12.7.**

Liczba hospitalizacji na jednego pacjenta w podziale na województwa w 2014 r. Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ.

Dane pokazują, iż w sześciu województwach występuje większa liczba hospitalizacji na pacjenta niż wartość dla Polski (1,34)<sup>20</sup>. Największy wskaźnik hospitalizacji na pacjenta występuje w województwie świętokrzyskim (średnio 85% pacjentów wymaga ponownej hospitalizacji w skali całego 2014 r., podczas gdy w drugim województwie pod względem wielkości tego wskaźnika wartość wynosi 43%). Dla porównania, w województwie opolskim współczynnik ten wynosi 1,14, co wskazuje na znaczące zróżnicowanie w liczbie hospitalizacji na pacjenta pomiędzy województwami. Należy zauważyć, że województwo świętokrzyskie jest województwem, gdzie jedna z największych wartości liczby hospitalizacji na 100 tys. ludności. Tak znaczące różnice pomiędzy województwami mogą być wynikiem jakości leczenia, stanu zdrowia pacjentów, wieku pacjentów, ale również

<sup>20</sup> Wskaźnik hospitalizacji na jednego pacjenta pomiędzy województwami nie odnosi się do miejsca zamieszkania pacjenta i uwzględnia migracje pacjentów między jednostkami podziału terytorialnego.

dostępności innych form leczenia (w szczególności ambulatoryjnej opieki specjalistycznej). W celu weryfikacji tej tezy, analizie poddano wiek hospitalizowanych pacjentów w poszczególnych województwach (Tab. 12.1.).

**Tabela 12.1.**

Wiek hospitalizowanych pacjentów w podziale na województwa w 2014 r.

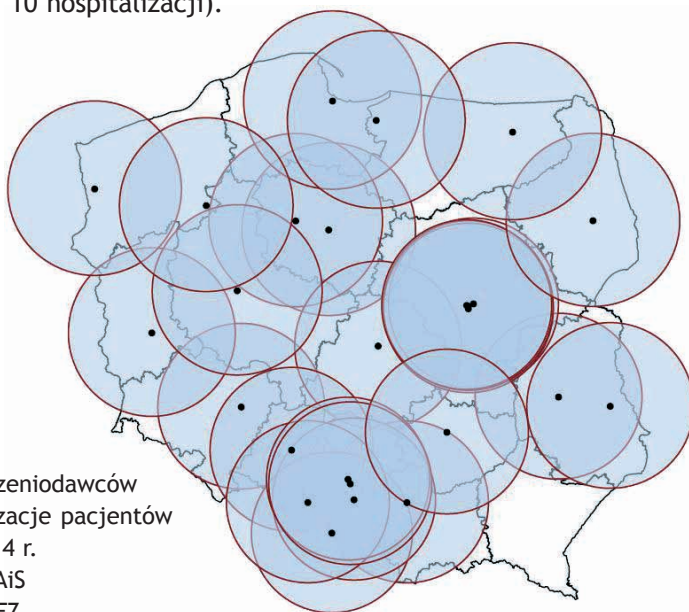
Województwo	Średni wiek	Mediana wieku
ŚLĄSKIE	52,5	55
ŚWIĘTOKRZYSKIE	51,8	55
POMORSKIE	51,1	54
MAZOWIECKIE	50,5	53
WARMIŃSKO-MAZURSKIE	49,4	53
ZACHODNIOPOMORSKIE	50,3	53
DOLNOŚLĄSKIE	49,2	52
OPOLSKIE	49,3	52
WIELKOPOLSKIE	48,1	52
PODKARPACKIE	50,7	51
LUBELSKIE	48,3	50
ŁÓDZKIE	45,7	49
PODLASKIE	48,6	49
MAŁOPOLSKIE	48,0	48
LUBUSKIE	46,3	47
KUJAWSKO-POMORSKIE	43,7	45

Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ

Z przedstawionej analizy wynika, iż występuje duże zróżnicowanie w wieku pacjentów między województwami (najmłodszy w województwie kujawsko-pomorskim - mediana wieku: 45 lat, najstarsi zaś w województwie śląskim i świętokrzyskim - 55 lat)<sup>21</sup>. Częściowo może to odpowiadać na pytanie dlaczego tak wysoki współczynnik liczby hospitalizacji na pacjenta występuje w województwie świętokrzyskim, gdzie średnio byli leczeni najstarsi pacjenci w skali wszystkich województw (ale zwróćmy uwagę, że podobna sytuacja w woj. śląskim nie spowodowała takiej częstości).

<sup>21</sup> Do opisu wykorzystano medianę wieku pacjentów, ponieważ miara ta nie jest zaburzona przez obserwacje odstające.

Odnosząc się do podmiotów hospitalizujących pacjentów z powodu WZW C należy wskazać, że 73 świadczeniodawców<sup>22</sup> wykazało hospitalizacje co najmniej 10 pacjentów<sup>23</sup> w ciągu 2014 r. z analizowaną grupą rozpoznań. Największą koncentracją świadczeniodawców charakteryzowały się województwa mazowieckie (11 świadczeniodawców, przy czym większość znajduje się w powiecie m. Warszawa) i śląskie (10 świadczeniodawców). Najmniejszą liczbą świadczeniodawców charakteryzuje się województwo opolskie (1 świadczeniodawca). Z kolei 80% wszystkich hospitalizacji z powodu WZW C zostało wykazane przez 26 świadczeniodawców w skali całego kraju (każdy z nich sprawozdał w 2014 r. co najmniej 114 hospitalizacji). **Rycina 12.8.** przedstawia rozmieszczenie tych świadczeniodawców. Okręgiem zaznaczono 100 kilometrów<sup>24</sup> od danego świadczeniodawcy. Uwagę zwraca województwo podkarpackie, gdzie występuje rozproszenie świadczeniodawców (łącznie sprawozdano 288 hospitalizacji, 7 świadczeniodawców sprawozdało powyżej 10 hospitalizacji).



**Rycina 12.8.**

Rozmieszczenie świadczeniodawców wykazujących hospitalizacje pacjentów z powodu WZW C w 2014 r.

Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ.

<sup>22</sup> Należy zauważyć, że pojęcie świadczeniodawcy odnosi się do miejsca udzielania świadczeń (wg powiatu), tj. jeżeli podmiot udzielał świadczenia w dwóch różnych powiatach to w analizie jest wykazywany dwukrotnie.

<sup>23</sup> Hospitalizacje poniżej 10 pacjentów stanowiły 0,01 hospitalizacji wykazanych przez największego świadczeniodawcę i zostały wykazane przez 191 ośrodków (0,4 tys. hospitalizacji). W dalszej analizie pominięto informacje o świadczeniodawcach, gdzie liczba hospitalizowanych pacjentów była niższa lub równa 10 - tak niska liczba hospitalizowanych pacjentów może wynikać z „przypadkowości leczenia” lub błędów w sprawozdawczości.

<sup>24</sup> Czas dojazdu karetki mniejszy niż 1,5 godziny.

W tym miejscu warto zwrócić uwagę na wielkość (mierzoną liczbą hospitalizacji) placówek hospitalizujących pacjentów z powodu WZW C. **Tabela 12.2.** przedstawia 10 największych świadczeniodawców w Polsce.

**Tabela 12.2.**

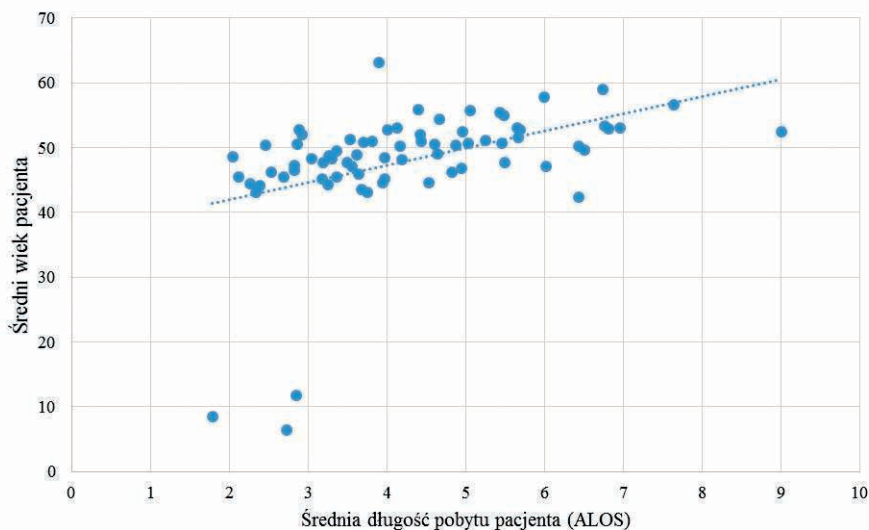
Najwięksi świadczeniodawcy w Polsce pod względem liczby hospitalizacji w 2014 r.

Nazwa świadczeniodawcy	Województwo	Powiat	Liczba hospitalizacji (w tys.)	Liczba pacjentów (w tys.)	Skumulowany udział wszystkich hospitalizacji w Polsce	Udział wszystkich hospitalizacji w województwie
Wojewódzki Szpital Zakaźny w Warszawie	mazowieckie	m. st. Warszawa	1,19	0,92	9%	53%
Wojewódzki Szpital Zespolony w Kielcach	świętokrzyskie	m. Kielce	0,85	0,43	16%	85%
Wojewódzki Specjalistyczny Szpital im. dr Wł. Biegańskiego	łódzkie	m. Łódź	0,83	0,70	23%	93%
Wojewódzki Szpital Obserwacyjno-Zakaźny im. Tadeusza Browicza w Bydgoszczy	kujawsko-pomorskie	m. Bydgoszcz	0,72	0,51	28%	66%
Szpital Rejonowy im. dr Józefa Rostka w Raciborzu	śląskie	raciborski	0,66	0,41	33%	34%
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. J. Gromkowskiego	dolnośląskie	m. Wrocław	0,62	0,52	38%	77%
Pomorskie Centrum Chorób Zakaźnych i Gruźlicy sp. z o.o.	pomorskie	m. Gdańsk	0,53	0,41	43%	89%
Szpital Specjalistyczny w Chorzowie	śląskie	m. Chorzów	0,47	0,40	46%	24%
Wojewódzki Szpital Kliniczny im. Karola Marcinkowskiego w Zielonej Górze sp. z o.o.	lubuskie	m. Zielona Góra	0,45	0,33	50%	93%
Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 1 w Lublinie	lubelskie	m. Lublin	0,42	0,32	53%	57%

Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ.

W Polsce w 2014 r. największą liczbę hospitalizacji sprawozdano w Wojewódzkim Szpitalu Zakaźnym w Warszawie (1,2 tys. hospitalizacji). Stanowiło to 53% wszystkich hospitalizacji w województwie mazowieckim. Drugim największym szpitalem pod względem liczby hospitalizacji jest Wojewódzki Szpital Zespolony w Kielcach (0,9 tys. hospitalizacji), co stanowiło 85% wszystkich hospitalizacji w województwie. Należy zauważyć, że województwo świętokrzyskie charakteryzowało się jednym z najwyższych współczynników liczby hospitalizacji na 100 tys. ludności i liczbą hospitalizacji na pacjenta. Największy udział hospitalizacji w województwie na terenie jednego ośrodka odnotowano w Wojewódzkim Specjalistycznym Szpitalu im. Dr. Biegańskiego w Łodzi (93% hospitalizacji w województwie) oraz w Wojewódzkim Szpitalu Klinicznym im. Karola Marcinkowskiego w Zielonej Górze (także 93%), co wskazują na silną koncentrację świadczeń w tych województwach. Dodatkowo w grupie dziesięciu największych szpitali w Polsce, dwa znajdowały się na terenie województwa śląskiego.

**Rycina 12.9.** prezentuje zależność pomiędzy średnim czasem pobytu (*ang.* ALOS - *average length of stay*) mierzonym w dniach a średnim wiekiem pacjenta dla poszczególnych świadczeniodawców. Należy zwrócić uwagę na 3 ośrodki hospitalizujące dzieci (średni wiek pacjenta wynosił ok. 10 lat). W przypadku tych podmiotów średni czas hospitalizacji wynosił 2-3 dni. W przypadku pozostałych świadczeniodawców zwracają uwagę różnice w średnim czasie pobytu (minimalna wartość ok. 2 dni, maksymalna 9 dni). Dodatkowo, zgodnie z oczekiwaniami należy zauważyć dodatnią korelacją pomiędzy średnią długością pobytu a średnim wiekiem pacjenta.

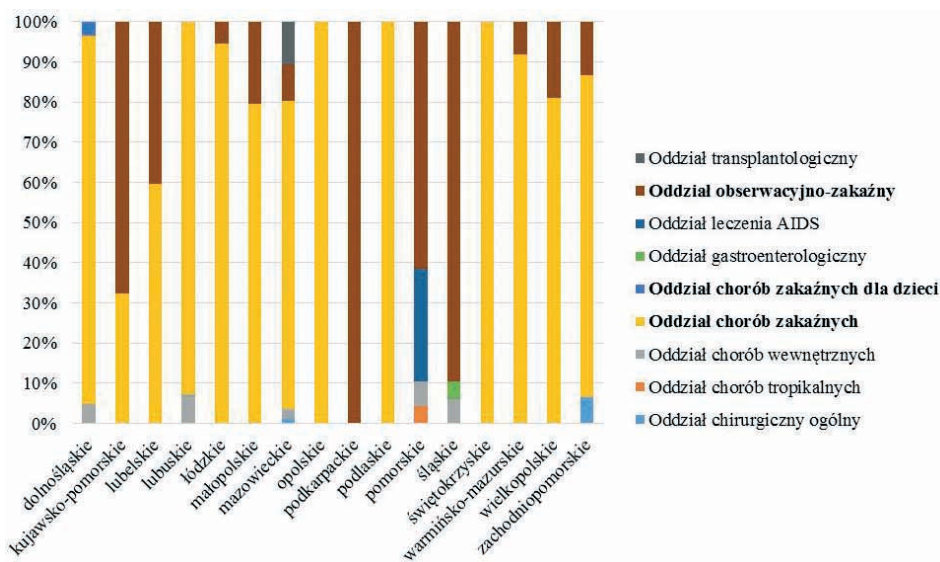


**Rycina 12.9.**

Średnia długość pobytu pacjenta w szpitalu (w dniach) a średni wiek pacjenta wg szpitali w 2014 r.

Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ.

**Rycina 12.10.** przedstawia udział hospitalizacji wg typów oddziałów<sup>25</sup>. Pogrubioną czcionką w legendzie zostały oznaczone oddziały dedykowane leczeniu chorób zakaźnych. W 2014 r. największym udziałem hospitalizacji charakteryzowały się oddziały dedykowane leczeniu chorób zakaźnych. Najwięcej hospitalizacji sprawozdano na oddziałach chorób zakaźnych (w szczególności w województwie opolskim, podlaskim i świętokrzyskim - blisko 100% hospitalizacji z powodu WZW C). W województwie podkarpackim prawie 100% hospitalizacji sprawozdano na oddziale obserwacyjno-zakaźnym. Zastanawiać może fakt leczenia WZW C na oddziale leczenia AIDS (około 160 hospitalizacji) w województwie pomorskim i brak hospitalizacji na oddziale chorób zakaźnych (większość hospitalizacji sprawozdano na oddziale obserwacyjno-zakaźnym). Natomiast najwięcej hospitalizacji w kraju sprawozdano w ramach zakresu: choroby zakaźne - hospitalizacje (blisko 94% wszystkich hospitalizacji).



**Rycina 12.10.**

Struktura hospitalizacji WZW C wg oddziału w 2014 r.

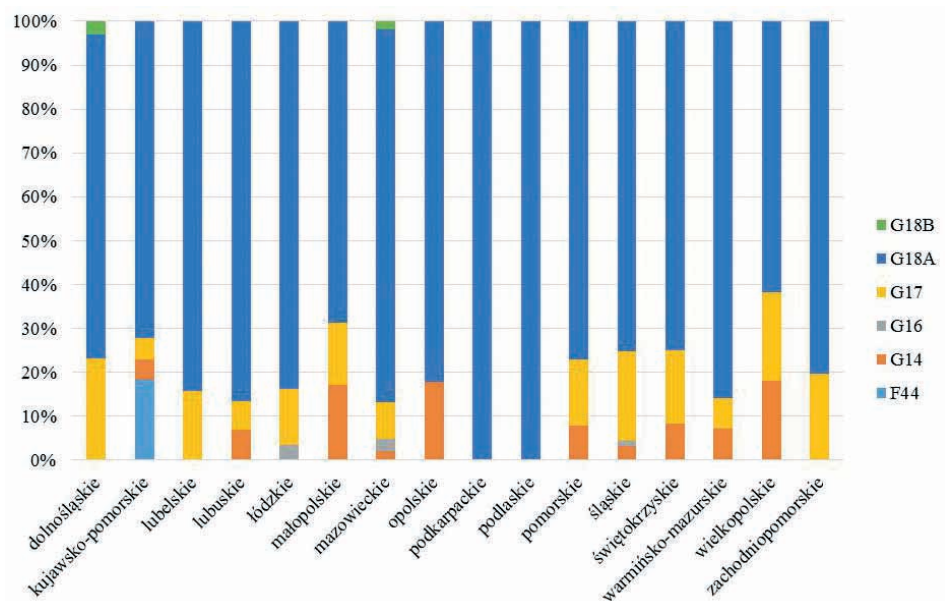
Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ.

**Rycina 12.11.** przedstawia charakterystykę świadczeń szpitalnych z zakresu hospitalizacji WZW C według Jednorodnych Grup Pacjentów (JGP) w 2014 r. w podziale na województwa. Świadczenia dotyczące hospitalizacji są sprawoz-

<sup>25</sup> Przez oddział rozumie się VIII część kodu resortowego, charakteryzującego komórkę organizacyjną podmiotu leczniczego (Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 17 maja 2012 r. w sprawie systemu resortowych kodów identyfikacyjnych oraz szczegółowego sposobu ich nadawania (Dz. U. 2012 poz. 594)).



dawane przez świadczeniodawców wykonujących świadczenia w rodzaju *lecznictwo szpitalne*, a następnie opracowywane przez Centralę NFZ i przedstawiane w systemie JGP. Pod uwagę wzięto te JGP, które zostały sprawozdane w liczbie powyżej 20 świadczeń. Najczęściej stosowaną grupą JGP do sprawozdawania hospitalizacji z rozpoznaniem WZW C w Polsce była grupa G18A (przewlekłe choroby wątroby bez pw<sup>26</sup> 17 r.ż. - w przybliżeniu 79% sprawozdanych hospitalizacji JGP). Pełne nazwy JGP użyte na wykresie znajdują się w [tabeli 12.3](#).



### Rycina 12.11.

Struktura hospitalizacji w województwach wg JGP w 2014 r.

Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ.

Większość hospitalizacji w poszczególnych województwach zostało sprawozdanych jako grupa G18A przewlekłe choroby wątroby bez pw >17 r.ż. (w województwach podkarpackim i podlaskim - 100% hospitalizacji w województwach). Drugą największą grupą JGP pod względem liczby sprawozdanych hospitalizacji było G17 przewlekłe choroby wątroby z pw >5 dni (13% wszystkich hospitalizacji w kraju). Szczegółowe dane na temat pozostałych JGP znajdują się w [tabeli 12.3](#).

<sup>26</sup> Bez powikłań.

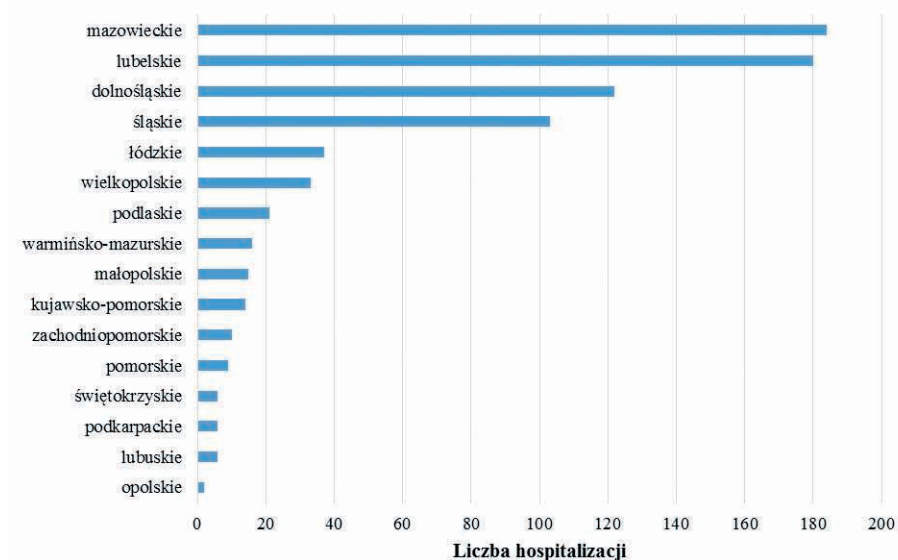
**Tabela 12.3.**

Nazwy grup JGP użytych na wykresie strukturalnym oraz liczba hospitalizacji w kraju dla każdej z grup

Pełna nazwa JGP	Liczba hospitalizacji (w tys.)
F44 diagnostyczne i lecznicze zabiegi jamy brzusznej	0,2
G14 małe zabiegi wątroby	0,56
G16 ostre choroby wątroby	0,11
G17 przewlekłe choroby wątroby z pw >5 dni	1,62
G18A przewlekłe choroby wątroby bez pw > 17 r. ż.	9,5
G18B przewlekłe choroby wątroby bez pw < 18 r. ż.	0,06

Źródło: Opracowanie DAiS.

Jak wspomniano we wstępie, w MPZ w zakresie WZW uwzględniono możliwe powikłania po WZW C. Jednym z nich może być zwłóknienie i stwardnienie wątroby. W 2014 r. w Polsce sprawozdano 0,76 tys. hospitalizacji z powodu zwłóknienia lub stwardnienia wątroby. Najwięcej hospitalizacji odnotowano w województwie mazowieckim - 0,18 tys. hospitalizacji. Poniżej 10 hospitalizacji sprawozdano w pięciu województwach. Szczegółowe dane na temat liczby hospitalizacji przedstawia **rycina 12.12.**

**Rycina 12.12.**

Liczba hospitalizacji z powodu zwłóknienia i stwardnienia wątroby w podziale na województwa w 2014 r.

Powyżej 10 hospitalizacji w skali całego 2014 r. sprawozdało 13 świadczeniodawców w Polsce, z czego 4 z nich znajdowały się na terenie województwa mazowieckiego, a po 3 w województwach lubelskim i śląskim. Średni wiek hospitalizowanego pacjenta w Polsce wyniósł 57 lat.

W MPZ w zakresie WZW C dodatkowo analizie poddano śmiertelność w ciągu 365 dni od daty rozpoczęcia hospitalizacji z powodu zwtóknienia lub stwardnienia wątroby. Należy jednak zwrócić uwagę na niewielką liczbę hospitalizacji w poszczególnych województwach, co sprawia, że pełne wnioskowanie w tym zakresie będzie możliwe dla danych ujętych w dłuższej perspektywie czasowej.

Ważną rolę z perspektywy leczenia wirusowego zapalenia wątroby typu C stanowi program lekowy skierowany dla chorych na HCV: *Leczenie przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu C* (kod zakresu: 03.0000.302.02). W 2014 r. program ten był realizowany przez 73 świadczeniodawców<sup>27</sup>, z czego najwięcej znajdowało się w województwie śląskim (11 świadczeniodawców). **Tabela 12.4.** prezentuje informacje o świadczeniodawcach w podziale na województwa, którzy sprawozdawali świadczenia w ramach zakresu związanego z tym programem lekowym. W dalszych kolumnach zaprezentowano liczbę świadczeń oraz udział świadczeń zdrowotnych sprawozdanych jako hospitalizacje<sup>28</sup>.

Największą liczbę świadczeń sprawozdano w województwie mazowieckim (12,4 tys.), gdzie 9 świadczeniodawców realizowało dedykowany program lekowy dla leczenia WZW C. Połowa świadczeń w tym województwie została sprawozdana jako hospitalizacje (udział hospitalizacji jest jedynie wyższy w woj. świętokrzyskim). Na drugim miejscu pod względem liczby sprawozdanych świadczeń znalazło się województwo śląskie (8,5 tys.). Warto zwrócić uwagę, że w tym województwie nie sprawozdano żadnego świadczenia jako hospitalizacja (pamiętajmy, że jest to województwo o najwyższej medianie wieku pacjenta hospitalizowanego z powodu WZW w Polsce). **Rycina 12.13.** przedstawia lokalizację świadczeniodawców z zaznaczonym okręgiem wskazującym 50 km od tej lokalizacji. Natomiast **rycina 12.14.** prezentuje położenie świadczeniodawców, którzy sprawozdali powyżej 80% wszystkich świadczeń w 2014 r. w kraju.

Świadczeniodawcy sprawozdający świadczenia w ramach programu lekowego dedykowanego WZW C są zlokalizowani w stosunkowo niewielkich odległościach od siebie, z większą koncentracją w południowej części kraju. Warto jednak zwrócić uwagę na fakt, że tylko 23 z nich (32%) sprawozdało 80% wszystkich świadczeń i odległości między nimi są w niektórych przypadkach znaczne. Większość

<sup>27</sup> W analizie uwzględniono informacje o świadczeniodawcach, którzy sprawozdali co najmniej 1 świadczenie w ramach programu lekowego.

<sup>28</sup> Hospitalizacje w ramach programu lekowego nie były ujęte przy wcześniejszej analizie leczenia szpitalnego.

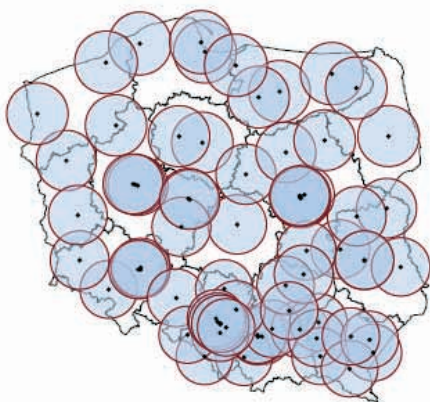
**Tabela 12.4.**

Liczba świadczeniodawców realizujących program lekowy *Leczenie przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu C* w podziale na województwa w 2014 r.

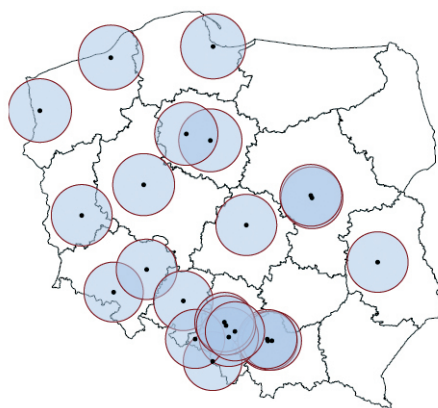
Województwo	Liczba świadczeniodawców	Liczba świadczeń (w tys.)	w tym udział hospitalizacji
DOLNOŚLĄSKIE	5	5,7	18%
KUJAWSKO-POMORSKIE	2	3,7	39%
LUBELSKIE	7	4,0	19%
LUBUSKIE	2	2,2	0%
ŁÓDZKIE	1	4,0	0%
MAŁOPOLSKIE	7	3,6	22%
MAZOWIECKIE	9	12,4	50%
OPOLSKIE	1	1,1	14%
PODKARPACKIE	7	1,7	11%
PODLASKIE	1	0,5	0%
POMORSKIE	3	2,1	3%
ŚLĄSKIE	11	8,5	0%
ŚWIĘTOKRZYSKIE	3	0,7	60%
WARMIŃSKO-MAZURSKIE	5	1,3	27%
WIELKOPOLSKIE	6	1,8	11%
ZACHODNIOPOMORSKIE	3	2,1	9%

Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ.

placówek znajdowała się w województwie śląskim (6 świadczeniodawców sprawozdało 7,2 tys. świadczeń), a także w południowej i zachodniej części kraju. Interesująca jest niewielka liczba sprawozdanych świadczeń przez świadczeniodawców znajdujących się we wschodniej części Polski. Zauważalnym punktem na mapie jest Warszawa (2 świadczeniodawców sprawozdało najwięcej świadczeń w skali kraju - łącznie 10,7 tys.) oraz Lublin (1 świadczeniodawca zrealizował 2,3 tys. świadczeń).

**Rycina 12.13.**

Rozmieszczenie świadczeniodawców sprawozdających świadczenia w ramach programu lekowego dedykowanego WZW C w 2014 r.

**Rycina 12.14.**

Rozmieszczenie świadczeniodawców, którzy sprawozdali 80% wszystkich świadczeń w ramach programu lekowego dedykowanego WZW C (2014)

Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ.

## Podsumowanie

W niniejszym opracowaniu przedstawiono informacje dotyczące WZW C z perspektywy danych wykorzystanych w MPZ - narzędziu umożliwiającym ocenę funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej i wnioskowanie o potrzebach zdrowotnych ludności. Zadaniem MPZ jest wspomaganie procesów decyzyjnych w systemie opieki zdrowotnej oraz wskazywanie priorytetów w polityce zdrowotnej. Z racji na spójną metodykę MPZ umożliwiają porównywanie poszczególnych regionów, świadczeniodawców, czy oddziałów szpitalnych. W MPZ oraz w niniejszym opracowaniu odwołano się do wskaźników epidemiologicznych, jak również do informacji o świadczeniach udzielonych w związku z tą jednostką chorobową w ramach leczenia szpitalnego.

Przedstawiona analiza wskazuje na występujące różnice pomiędzy województwami (ze szczególnym wskazaniem na województwo świętokrzyskie) oraz świadczeniodawcami. Wykorzystane dane mogą budzić wątpliwości co do jakości, szczególnie w zakresie wskaźników epidemiologicznych, jednak należy mieć na uwadze, że są to obecnie najlepsze możliwe do uzyskania informacje i dzięki spójnej metodologii stanowią pierwszy krok do wypracowania wskaźników definiujących jakość udzielanych świadczeń, czy wypracowania mierników funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej. Już na obecnym etapie wskazują one na różnice w korzystaniu ze świadczeń szpitalnych (woj. świętokrzyskie vs. woj. wielkopolskie), w realizacji programów lekowych (hospitalizacja vs. świadczenia jedno-

dniowe) czy potwierdzają fakt, że długość hospitalizacji w tej jednostce chorobowej jest ściśle skorelowana z wiekiem (co może być podstawą do podjęcia decyzji NFZ o rozróżnieniu produktów JGP ze względu na wiek pacjenta).

Dzięki mapom potrzeb zdrowotnych możliwe będzie stopniowe wprowadzanie zmian w polskim systemie ochrony zdrowia. Osiągnięcie tych celów jest możliwe ze względu na fakt, że mapy zostały zdefiniowane przez prawo jako proces ciągły i przewidywane jest regularne monitorowanie, aktualizowanie i udoskonalanie tego narzędzia, tak aby mogło być użyteczne dla wszystkich interesariuszy systemu ochrony zdrowia.

## PIŚMIENNICTWO

1. Region Europejski Światowej Organizacji Zdrowia. (2011) Społeczne nierówności w zdrowiu w Polsce, Warszawa.
2. Ustawa z dnia 22 lipca 2014 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. 2014 poz. 1138).
3. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2015 r. w sprawie zakresu treści map potrzeb zdrowotnych (Dz.U. 2015 poz. 458).
4. Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1303/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. ustanawiające wspólne przepisy dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności, Europejskiego Funduszu Rolnego na rzecz Rozwoju Obszarów Wiejskich oraz Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz ustanawiające przepisy ogólne dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności i Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz uchylające rozporządzenie Rady (WE) nr 1083/2006, Dz.Urz. UE L 347, 20.12.2013.
5. Ministerstwo Zdrowia. (2015) Policy Paper dla ochrony zdrowia na lata 2014-2020. Krajowe ramy strategiczne, [http://www.mz.gov.pl/wp-content/uploads/2015/08/krs\\_-\\_pp.pdf](http://www.mz.gov.pl/wp-content/uploads/2015/08/krs_-_pp.pdf), data dostępu: 03.03.2017 r.
6. Ministerstwo Zdrowia. (2015) Mapy potrzeb zdrowotnych w zakresie onkologii i kardiologii. <http://www.mapypotrzebzdrowotnych.mz.gov.pl/mapy-kardiologiczne-i-onkologiczne/>.
7. Ministerstwo Zdrowia. (2016) Mapy potrzeb zdrowotnych w zakresie leczenia szpitalnego (szpitalne ustawowe) <http://www.mapypotrzebzdrowotnych.mz.gov.pl/mapy-szpitalne-ustawowe/>.
8. Ministerstwo Zdrowia. (2016) Mapy potrzeb zdrowotnych dla 30 grup chorób <http://www.mapypotrzebzdrowotnych.mz.gov.pl/mapy-dla-30-grup-chorob/>.
9. Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia. (2008) Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych. Rewizja dziesiąta Tom I.
10. Czepiel J, Biesiada G, Mach T. (2008) Wirusowe zapalenie wątroby typu C. Pol Arch Med Wewn 2008; 118 (12): 734-740.

# WIRUSOWE ZAPALENIE WĄTROBY TYPU C FINANSOWANIE I ROZLICZANIE ŚWIADCZEŃ PRZEZ NARODOWY FUNDUSZ ZDROWIA W RAMACH UMÓW O UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ

Lek. med. Krystyna Wodejko, Lek. med. Wojciech Zawalski  
Centrala Narodowego Funduszu Zdrowia w Warszawie

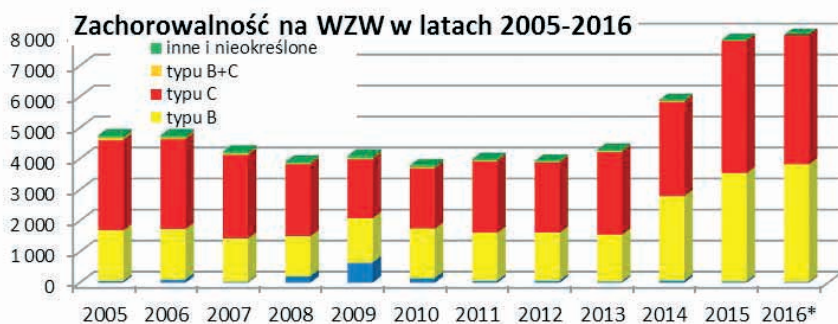
Finansowanie świadczeń na rzecz pacjentów z przewlekłym wirusowym zapaleniem wątroby (ICD10: B18) obejmuje świadczenia realizowane na podstawie umów ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS), leczenia szpitalnego (SZP) oraz programów lekowych, które rozliczane są w ramach umów w rodzaju leczenie szpitalne. Stała, bieżąca opieka nad tymi chorymi powinna być prowadzona przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) i finansowana poprzez stawkę kapitacyjną.

Świadczenia w ramach AOS rozliczane i finansowane są w oparciu o system grup świadczeń wycenionych proporcjonalnie do zakresu porady, ze szczególnym uwzględnieniem realizowanej diagnostyki. Odrębnie w ramach AOS finansowane są porady zabiegowe oraz ambulatoryjne świadczenia diagnostyczne kosztochłonne np. tomografia komputerowa (TK), badania rezonansu magnetycznego (RM), badania scyntygraficzne. Finansowanie świadczeń szpitalnych oparte jest o system jednorodnych grup pacjentów (JGP). Wszystkie wymienione świadczenia mają przypisaną, określoną wagę punktową.

Przedstawiona poniżej analiza dokonana została w oparciu o dane o świadczeniach z rozpoznaniem ICD10: B18 (WZW) oraz B18.2 (WZW C) za lata 2015 i 2016 sprawozdane do Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ) przez świadczeniodawców, którzy realizowali umowy na świadczenia AOS i SZP. Dane finansowe obejmują świadczenia rozliczone przez NFZ. Dane populacyjne odnoszą się do liczby osób ubezpieczonych.

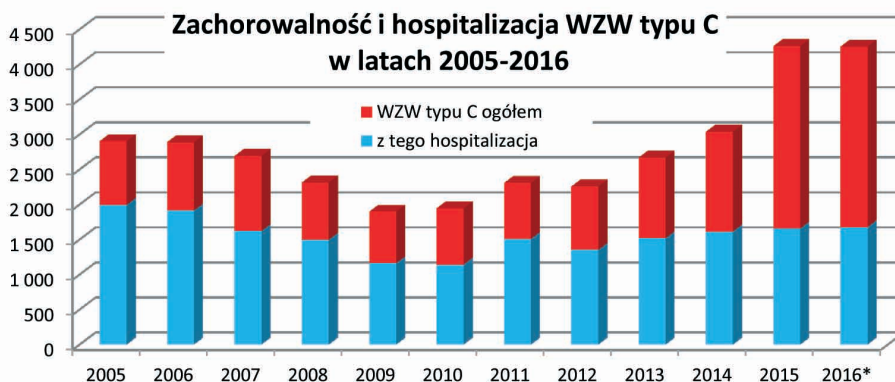
### 13.1. Zapadalność

Dane o zachorowaniach gromadzi Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego - PZH. Poniżej przedstawiono zachorowania na WZW, relację zachorowań na WZW C i hospitalizacji oraz zapadalność w 2015 r. w podziale na województwa z uwzględnieniem WZW C.



**Rycina 13.1.**

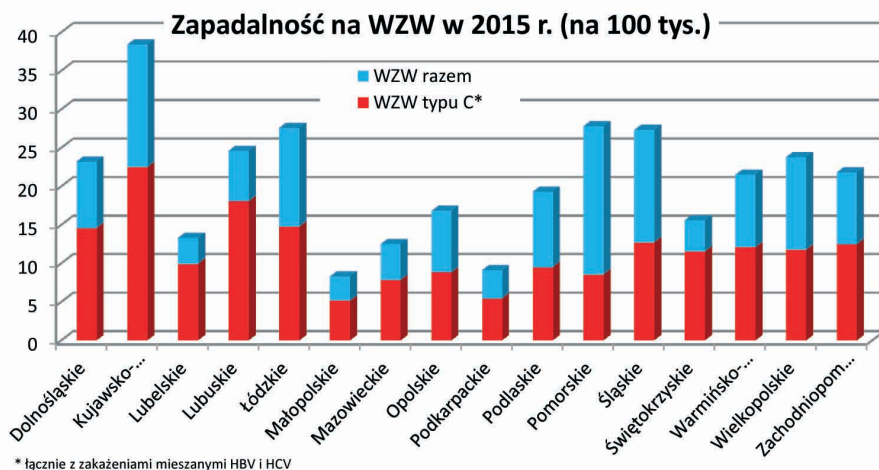
Zachorowalność na WZW w latach 2005-2016



**Rycina 13.2.**

Zachorowalność i hospitalizacja WZW C w latach 2005-2016



**Rycina 13.3.**

Zapadalność na WZW w 2015 r.

### 13.2. Liczba osób leczonych z powodu przewlekłego WZW, dla których świadczenia rozliczono w ramach umów ambulatoryjnej opieki specjalistycznej i leczenia szpitalnego

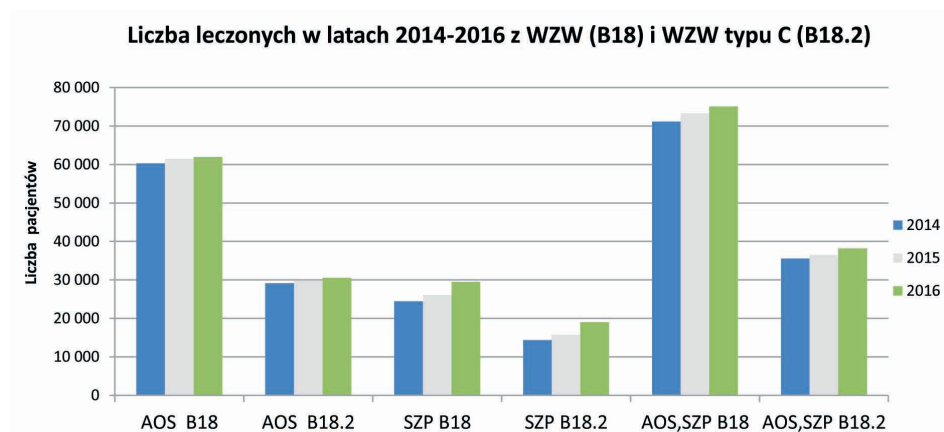
Na podstawie danych sprawozdanych do NFZ, liczba pacjentów, którzy byli leczeni z powodu przewlekłego WZW C (ICD10: B18.2) wyniosła w 2016 r. 38 193 osoby i wzrosła o 1 701 osób w stosunku do roku poprzedniego (36 492), co stanowi 4,6%.

Liczba pacjentów leczonych z powodu wszystkich postaci przewlekłego WZW (ICD10: B18) wyniosła w 2016 r. 75 135, czyli o 2,5% więcej (1 809 osób) w stosunku do 2015 r. (73 326). Tak więc dynamika wzrostu liczby chorych na WZW C jest większa niż na wszystkie postacie WZW.

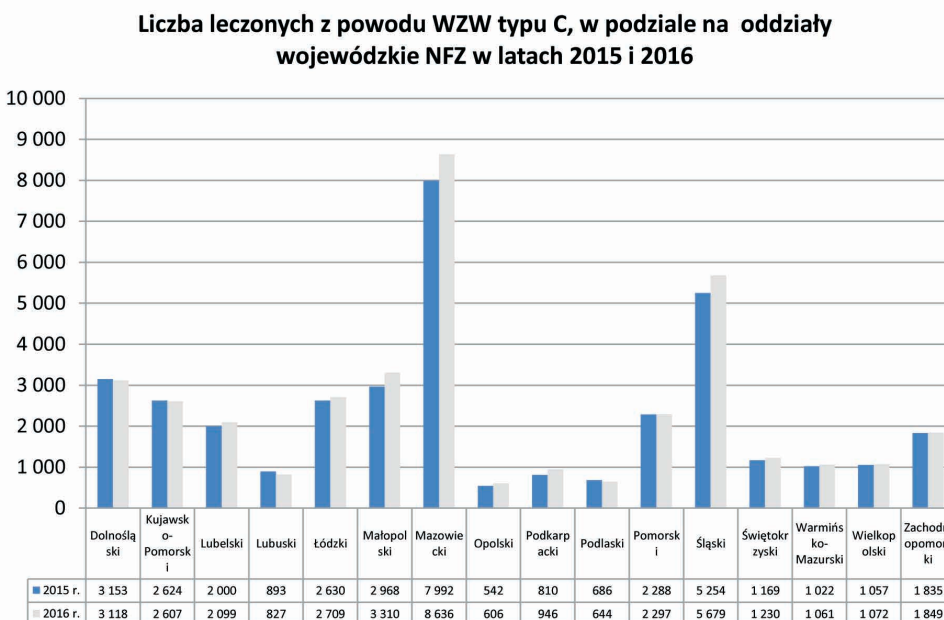
**Tabela 13.1.**

Liczba osób leczonych w latach 2014-2016, dla których świadczenia rozliczono w ramach poszczególnych umów z NFZ

Rok realizacji	WZW (B18)			WZW typu C (B18.2)		
	AOS	SZP	AOS i SZP	AOS	SZP	AOS i SZP
	liczba leczonych osób			liczba leczonych osób		
2014	60 308	24 428	71 189	29 156	14 382	35 585
2015	61 473	26 061	73 326	29 733	15 757	36 492
2016	61 938	29 515	75 135	30 558	19 017	38 193

**Rycina 13.4.**

Liczba leczonych z powodu WZW i WZW C w latach 2014-2016

**Rycina 13.5.**

Liczba leczonych z powodu WZW C w latach 2015-2016, w podziale na oddziały wojewódzkie NFZ

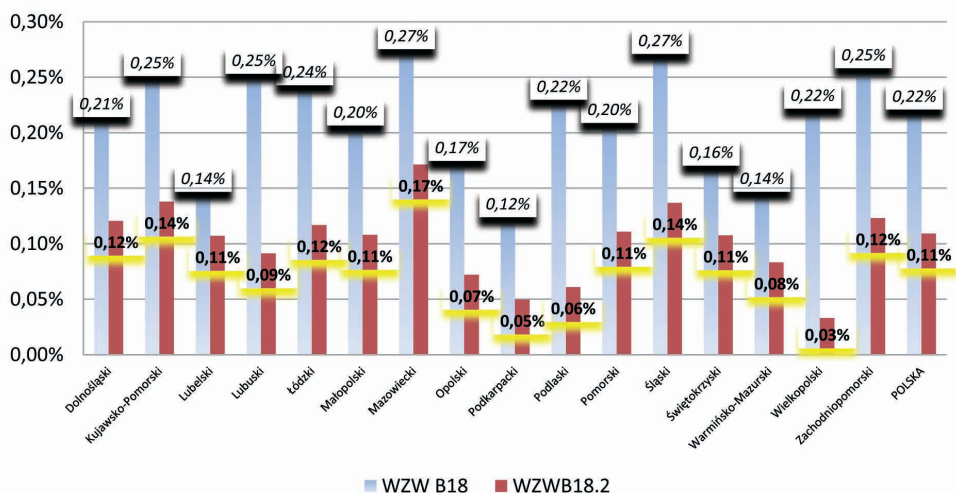
Najwięcej chorych, leczonych na WZW C, było w województwie mazowieckim (8636) i śląskim (5679), a najmniej w województwie opolskim (606), podlaskim (644) i lubuskim (827). Największa dynamika wzrostu liczby leczonych w 2016 r. w stosunku do roku poprzedniego, wystąpiła w województwie małopolskim (11%)

oraz mazowieckim i śląskim (po 8%). Odpowiada to liczbie nowych chorych odpowiednio: 342 w małopolskim, oraz 644 na Mazowszu i 425 osób na Śląsku. W województwie lubuskim wystąpił największy, ponad 7% spadek liczby leczonych z powodu WZW C.

Grupa osób chorujących i leczonych z powodu WZW stanowi 0,22% populacji osób ubezpieczonych w NFZ. Przewlekłe WZW w największym procencie odnotowano w województwie mazowieckim i śląskim (0,27%), a w najmniejszym w województwie podkarpackim (0,12%) oraz lubelskim i warmińsko-mazurskim (0,14%).

Analogiczne dane, w odniesieniu do WZW C, wynoszą: liczba chorych - 0,11% populacji ubezpieczonych - z czego najwięcej w populacji województwa mazowieckiego (0,17%), i kujawsko-pomorskiego oraz śląskiego (po 0,14%), a najmniej w województwie wielkopolskim (0,03%).

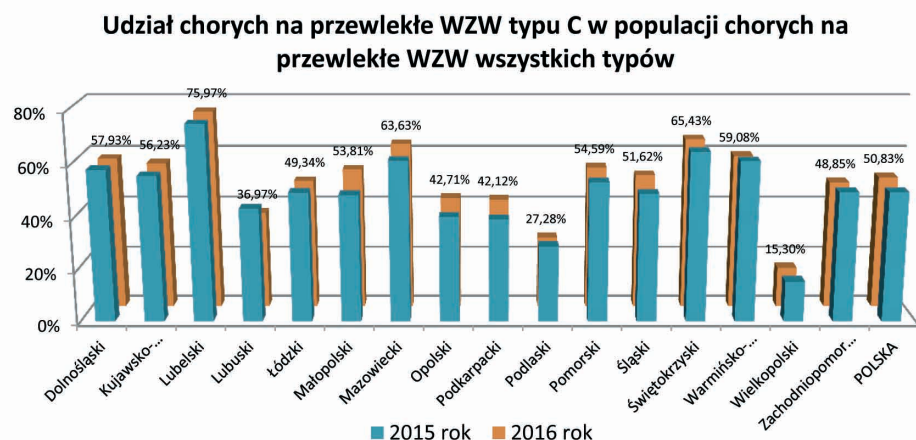
**Procentowy udział chorych na WZW i WZW typu C do populacji ubezpieczonych w roku 2016**



### Rycina 13.6.

Procentowy udział chorych na WZW i WZW C w populacji ubezpieczonych w 2016 r.

Wśród wszystkich pacjentów leczonych w 2016 r. z powodu przewlekłego WZW (B18), pacjenci z WZW C (B18.2) stanowili 50,83% wobec 49,77% w roku poprzednim. Największy udział leczonych z WZW C w stosunku do wszystkich leczonych z powodu WZW jest w województwie lubelskim (75,97%) i świętokrzyskim (65,4%), a najmniejszy w wielkopolskim (15,30%) i podlaskim (27,28%).

**Rycina 13.7.**

Udział chorych na przewlekłe WZW C w populacji chorych na przewlekłe WZW w latach 2015-2016

**Tabela 13.2.**

Liczba leczonych z powodu WZW i WZW C w poszczególnych oddziałach wojewódzkich NFZ w 2016 r. w AOS i SZP

	liczba pacjentów B18 - 2016 r.			liczba pacjentów B18.2 - 2016 r.		
	AOS	SZP	AOS i SZP	AOS	SZP	AOS i SZP
DOLNOŚLĄSKI	4 595	1 883	5 382	2 669	1 382	3 118
KUJAWSKO-POMORSKI	3 643	2 142	4 636	2 121	1 351	2 607
LUBELSKI	2 287	1 354	2 763	1 807	1 068	2 099
LUBUSKI	2 034	750	2 237	347	571	827
ŁÓDZKI	4 235	2 192	5 490	1 969	1 501	2 709
MAŁOPOLSKI	5 545	2 126	6 151	3 056	1 368	3 310
MAZOWIECKI	10 657	5 919	13 572	6 830	4 333	8 636
OPOLSKI	1 243	478	1 419	591	248	606
PODKARPACKI	1 802	1 045	2 246	767	563	946
PODLASKI	2 082	485	2 361	541	241	644
POMORSKI	3 589	1 625	4 208	2 072	970	2 297
ŚLĄSKI	8 576	5 079	11 001	4 399	2 899	5 679
ŚWIĘTOKRZYSKI	1 248	1 061	1 880	813	741	1 230
WARMIŃSKO-MAZURSKI	1 493	891	1 796	844	545	1 061
WIELKOPOLSKI	6 132	1 595	7 008	538	697	1 072
ZACHODNIOPOMORSKI	3 060	1 167	3 785	1 364	687	1 849

W grupie chorujących na WZW, z opieki w poradniach specjalistycznych (AOS) w 2016 r. skorzystało 61 938 osób i stanowi to wzrost w stosunku do roku poprzedzającego o 465 osób. Z rozpoznaniem WZW C (B12.8) leczonych było 30 558, czyli o 825 pacjentów więcej niż w 2015 r. W grupie pacjentów leczonych w trybie ambulatoryjnym, dominująca większość pozostawała pod opieką poradni chorób zakaźnych (24 778 osób) oraz w znacznie mniejszej liczbie w poradniach hepatologicznych (5 876 osób). Podobnie proporcje te rozkładały się w 2015 r. Każdy z leczonych pacjentów otrzymał średnio dwie porady w ciągu roku. W ramach POZ w 2015 r. udzielonych zostało 19 074 porad z WZW (B18). Świadczenia te wykazano dla 12 734 pacjentów. Nie wszyscy leczeni z powodu WZW uzyskują świadczenia, zarówno w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej jak i w leczeniu szpitalnym, stąd liczba niepowtarzalnych numerów PESEL w zbiorze wspólnym AOS i SZP jest niższa od sumy numerów PESEL w AOS i numerów PESEL w SZP.

### 13.3. Wartość rozliczonych świadczeń

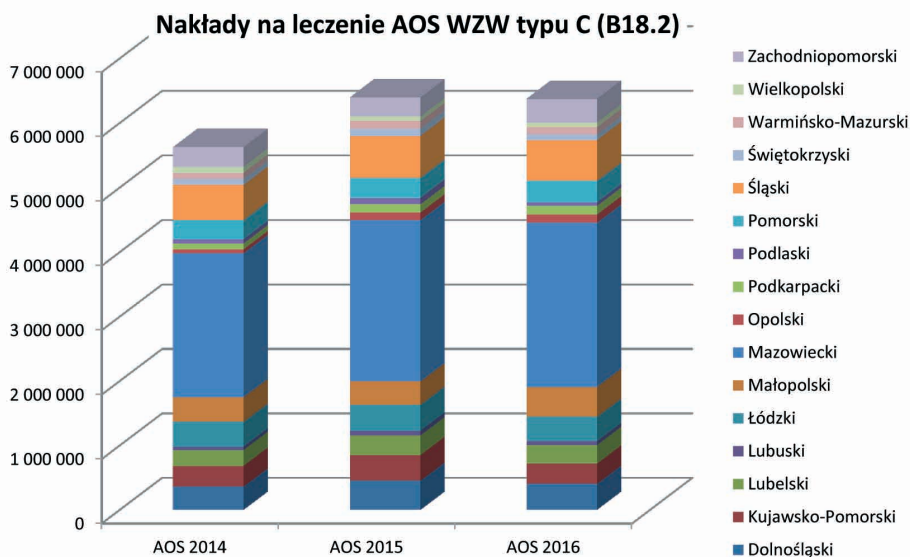
Wartość świadczeń, rozliczonych w ramach umów na leczenie szpitalne i ambulatoryjną opiekę specjalistyczną, na rzecz pacjentów z przewlekłym WZW wyniosła 611 133 644 zł, i była większa o 178 652 892 zł w stosunku do roku poprzedniego (432 480 753 zł), co stanowi wzrost o 41%. W przypadku WZW C nakłady na leczenie w trybie ambulatoryjnym i stacjonarnym wyniosły 501 755 864 zł w stosunku do 311 459 337 zł w roku poprzednim (różnica 190 296 526 zł), co ilustruje jeszcze większą dynamikę wzrostu (61%).

Z uwagi na fakt, że świadczenia AOS utrzymują się na zbliżonym poziomie, wzrost nakładów na leczenie chorych z WZW spowodowany jest zwiększonym finansowaniem leczenia szpitalnego.

**Tabela 13.3.**

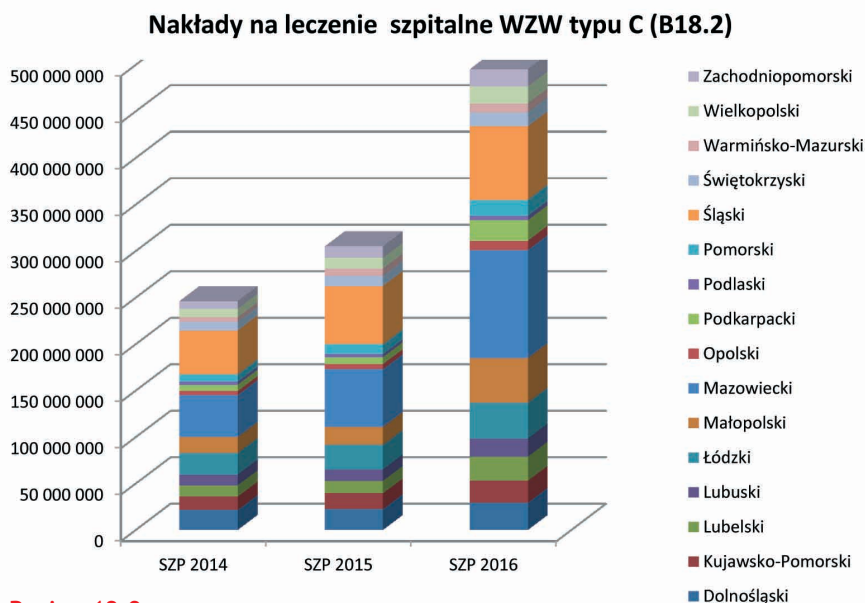
Wartość świadczeń rozliczonych w ramach poszczególnych umów z NFZ

Rok realizacji	WZW (B18)			WZW (B18.2)		
	AOS	SZP	AOS i SZP	AOS	SZP	AOS i SZP
	wartość świadczeń w zł			wartość świadczeń w zł		
2014	12 331 501	360 177 428	372 508 929	5 625 490	246 297 440	251 922 931
2015	13 425 000	419 055 753	432 480 753	6 396 035	305 063 302	311 459 337
2016	13 089 838	598 043 806	611 133 645	6 374 357	495 381 507	501 755 864



**Rycina 13.8.**

Nakłady na leczenie WZW C w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w latach 2014-2016

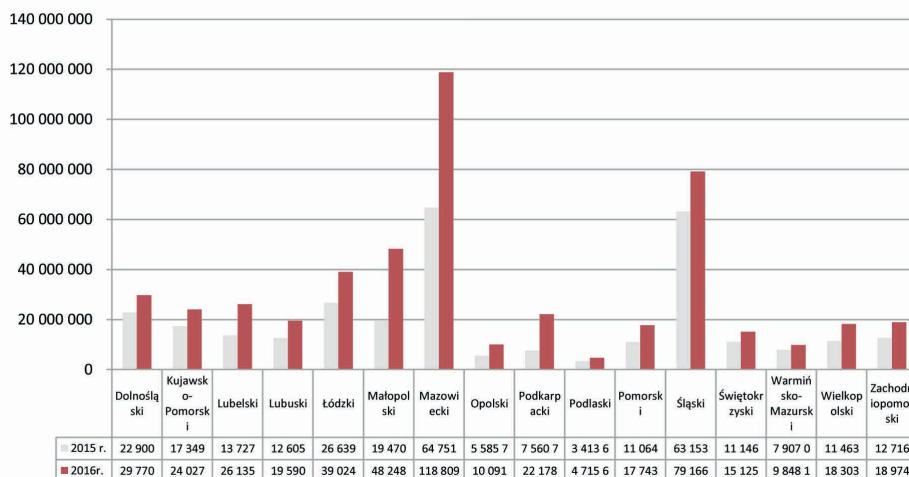


**Rycina 13.9.**

Nakłady na leczenie WZW C w ramach leczenia szpitalnego w latach 2014-2016

Wartość świadczeń dla chorych na WZW C największa była w województwie mazowieckim i śląskim, co jest adekwatne do liczby chorych leczonych w tych województwach, oraz tempa zwiększania się ich liczby.

### Wartość świadczeń dla chorych na WZW typu C w oddziałach wojew. NFZ w latach 2015 i 2016

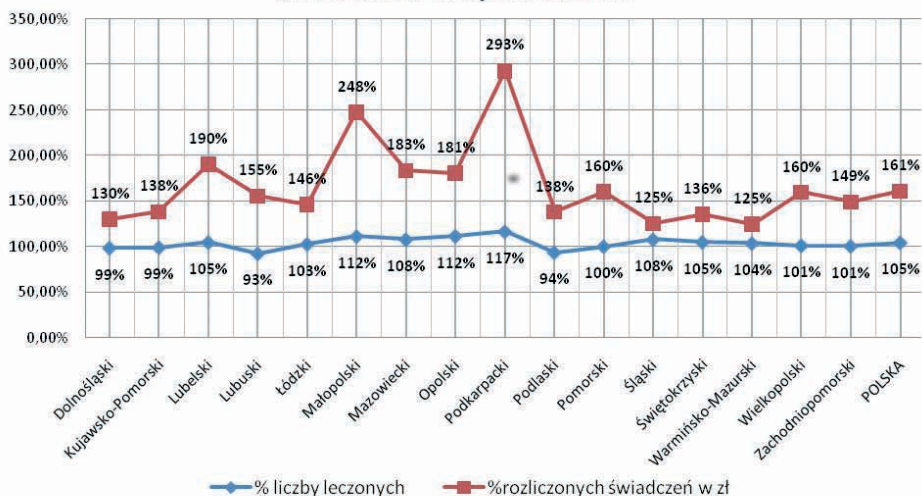


#### Rycina 13.10.

Wartość świadczeń dla chorych na WZW C w latach 2015-2016, w poszczególnych oddziałach wojewódzkich NFZ

Jednocześnie, w niektórych województwach zwraca uwagę bardzo duży wzrost nakładów na leczenie w 2016 r. w stosunku do znacznie mniejszego tempa zwiększania się liczby leczonych. Szczególnie jest to widoczne w województwie podkarpackim oraz małopolskim.

### Procentowy wzrost liczby leczonych i nakładów na leczenie WZW C w roku 2016 w relacji do roku 2015

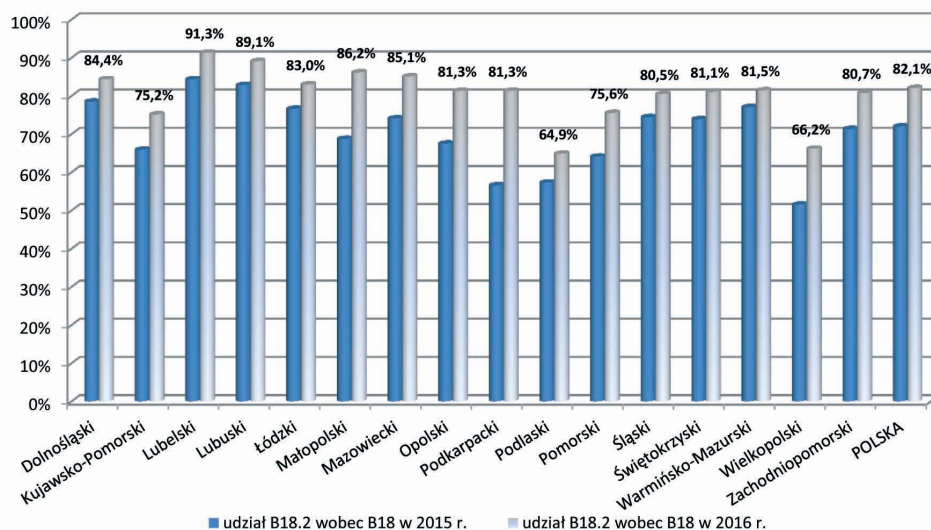


#### Rycina 13.11.

Procentowy wzrost liczby leczonych i nakładów na leczenie WZW C w 2016 r. w relacji do 2015 r.

Wartość świadczeń dla chorych na WZW, dla których świadczenia zostały rozliczone w ramach umów na leczenie szpitalne, wyniosła 598 043 806 zł, a w przypadku WZW C 495 381 507 zł. W odniesieniu do WZW, dynamika wzrostu wartości leczenia szpitalnego, rok do roku wyniosła 42%, w stosunku do 62% w przypadku WZW C. Nakłady na leczenie WZW C w AOS i SZP stanowiły w 2016 r. - 82,1% nakładów na leczenie wszystkich postaci przewlekłego WZW, w porównaniu do 72% w 2015 r. oraz 67,6% w 2014 r., przy czym koszt ten wynika z kosztów świadczeń realizowanych w ramach umów na leczenie szpitalne. Nakłady na leczenie ambulatoryjne dla chorych WZW C wyniosły w 2016 r. 6 374 357 zł i spadły o 21 678 zł. Procentowy udział nakładów na leczenie chorych z WZW C oscyluje w większości oddziałów na poziomie 80% i więcej, w stosunku do nakładów na WZW i cechuje się przy tym dużą dynamiką wzrostu rok do roku, podczas gdy liczba chorych na WZW C w większości oddziałów oscyluje wokół granicy 50% wszystkich chorych na WZW.

**Procentowy udział nakładów na leczenie WZW typu C wobec WZW (B18) w latach 2015 i 2016**



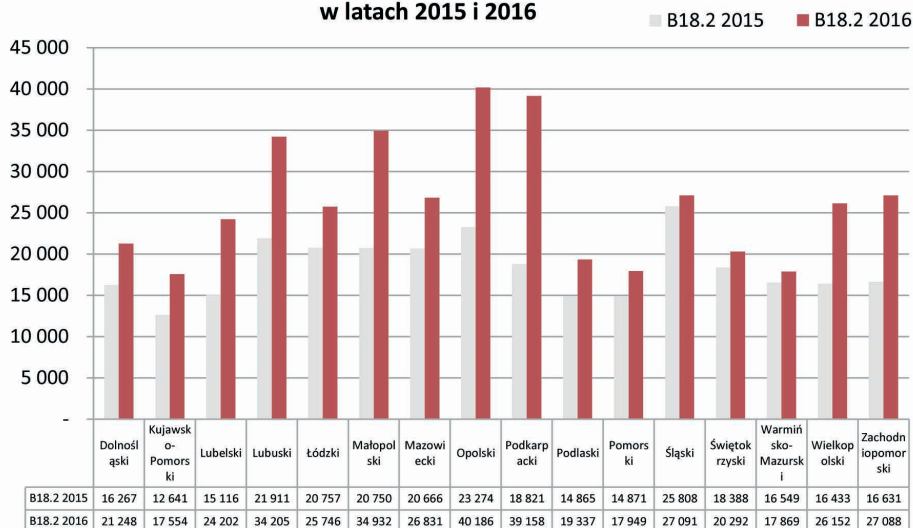
**Rycina 13.12.**

Procentowy udział nakładów na leczenie WZW C i WZW w latach 2015-2016

Każdy z pacjentów z rozpoznaniem B18.2, rozliczonych na podstawie umowy na leczenie szpitalne, otrzymał świadczenia - średnio w wysokości 26 049 zł, wobec 19 360 zł w 2015 r. Najdrożej leчени byli pacjenci z województwa opolskiego (40 185 zł) i podkarpackiego (39 157 zł). Najniższa wartość tego parametru jest w województwie kujawsko-pomorskim (17 553 zł), warmińsko-mazurskim (17 868 zł) oraz w pomorskim (17 948 zł). Średni koszt leczenia pacjenta w ramach umów szpitalnych na Mazowszu to 26 831 zł.



### Średni koszt leczenia chorego na WZW typu C w lecz. szpitalnym w latach 2015 i 2016



**Rycina 13.13.**

Średni koszt leczenia chorego na WZW C w ramach leczenia szpitalnego w latach 2015-2016

Zwraca uwagę fakt, że średni koszt leczenia pacjenta z rozpoznaniem B18.2 jest znacznie wyższy niż średni koszt leczenia chorego z WZW (B18). W niektórych oddziałach wojewódzkich NFZ rozdzwięk ten jest wyjątkowo duży. Należą do nich województwa małopolskie, opolskie i podkarpackie, a także wielkopolskie i zachodniopomorskie.

### Średni koszt leczenia chorego na WZW C vs WZW w lecz. szpitalnym



**Rycina 13.14.**

Średni koszt leczenia chorego na WZW C w porównaniu ze wszystkimi przypadkami WZW w ramach leczenia szpitalnego w 2016 r.

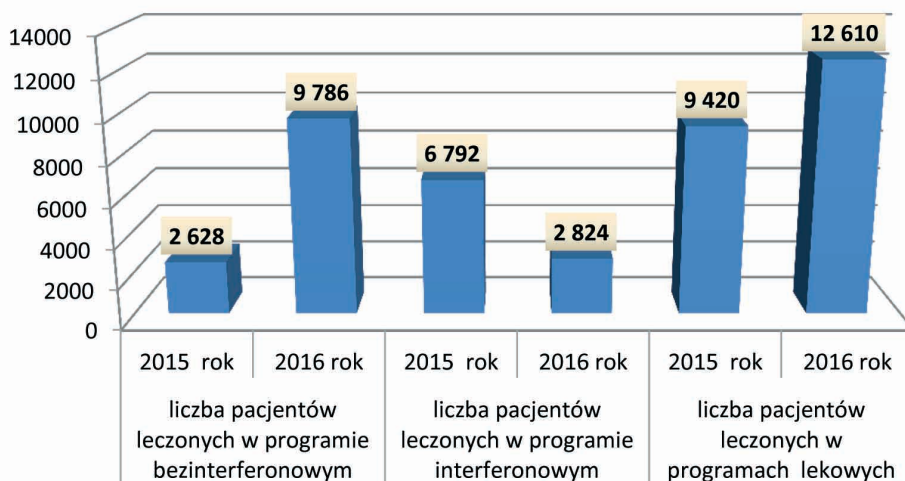
### 13.4. Programy lekowe

Dla chorych na przewlekłe WZW finansowane są następujące świadczenia z zakresu programów lekowych:

- Diagnostyka w programie leczenia przewlekłego WZW typu B lub C interferonem alfa pegylovanym.
- Diagnostyka w programie leczenia przewlekłego WZW typu B lub C interferonem naturalnym lub interferonem alfa rekombinowanym.
- Leczenie przewlekłego WZW typu C (interferon pegylowany alfa-2A, pegylowany alfa-2B, rekombinowany alfa-2A, rekombinowany alfa-2B, rybawiryna, boceprewir, telaprewir, symeprewir).
- Leczenie przewlekłego WZW typu C terapią bezinterferonową (ombitaswir, parytaprewir, rytonawir, dasabuwir, daklataswir, ledipaswir, sofosbuwir).

Z roku na rok stopniowo zwiększa się liczba pacjentów leczonych w ramach programów lekowych. Zmianie uległy proporcje liczby osób leczonych w tych programach. Następuje zwiększenie liczby osób leczonych w ramach terapii bezinterferonowej, natomiast ograniczeniu ulega zakres stosowania interferonu u osób leczonych z powodu WZW C.

**Liczba pacjentów leczonych w skali Polski w ramach programów lekowych**

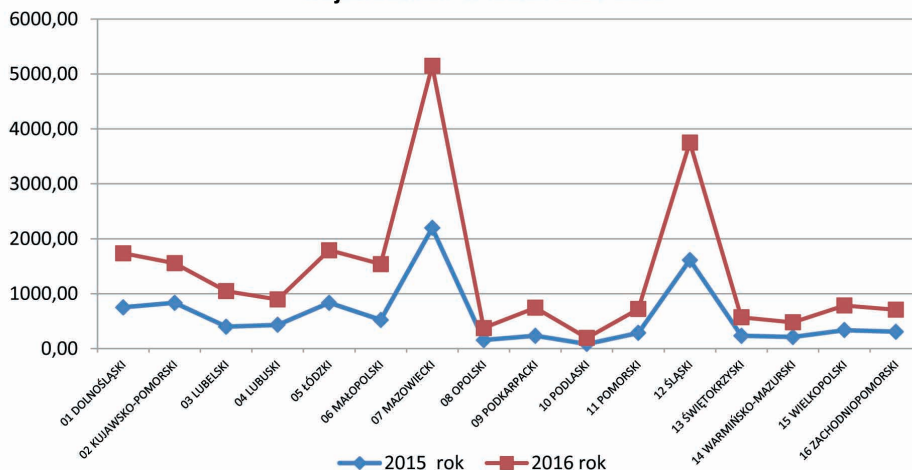


**Rycina 13.15.**

Liczba pacjentów leczonych w Polsce w ramach programów lekowych w latach 2015-2016

W analizowanym okresie 2015-2016, najwięcej osób leczonych i najwyższa wartość świadczeń rozliczonych w ramach programów lekowych były w województwie mazowieckim i śląskim, a najniższy poziom - w województwie opolskim i podlaskim.

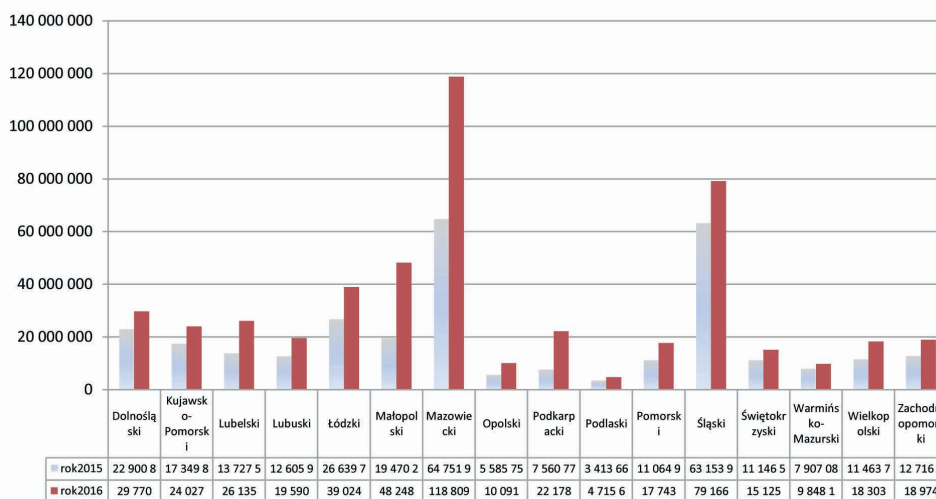
**Liczba pacjentów leczonych w programach lekowych w oddziałach wojewódzkich w latach 2015-2016**



**Rycina 13.16.**

Liczba pacjentów leczonych w ramach programów lekowych w latach 2015-2016, w poszczególnych oddziałach wojewódzkich NFZ

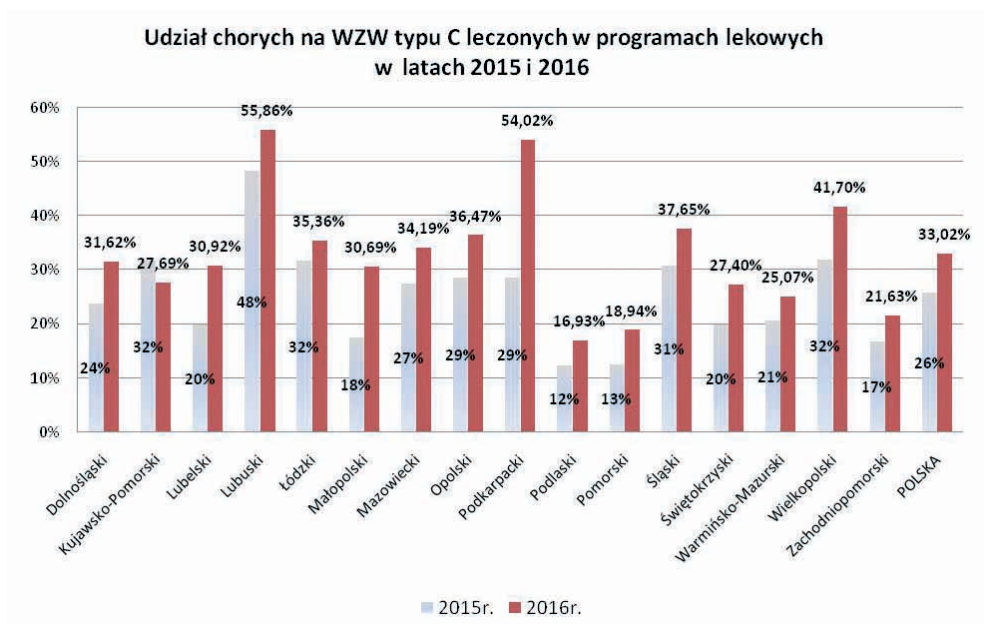
**Wartość świadczeń w ramach programów lekowych dla chorych na WZW typu C w latach 2015-2016**



**Rycina 13.17.**

Wartość świadczeń w ramach programów lekowych dla chorych na WZW C w latach 2015-2016

W 2016 r. w ramach programów lekowych leczonych było 12 610 osób, wobec 9 420 osób w roku poprzednim. Liczba chorych na WZW C, objętych programami lekowych w skali ogólnopolskiej stanowi 33% wszystkich chorych na tę postać WZW i wzrosła z 26% w 2015 r. Największy procentowy udział osób z WZW C leczonych w ramach programów lekowych jest w województwie lubuskim (55,86%), podkarpackim (54,02%), a najmniejszy w pomorskim (18,94%) i podlaskim (16,93%). W województwach o największej liczbie leczonych i największych nakładach na leczenie - czyli mazowieckim i śląskim - poziom objęcia programami lekowymi wynosi około 35%.



**Rycina 13.18.**

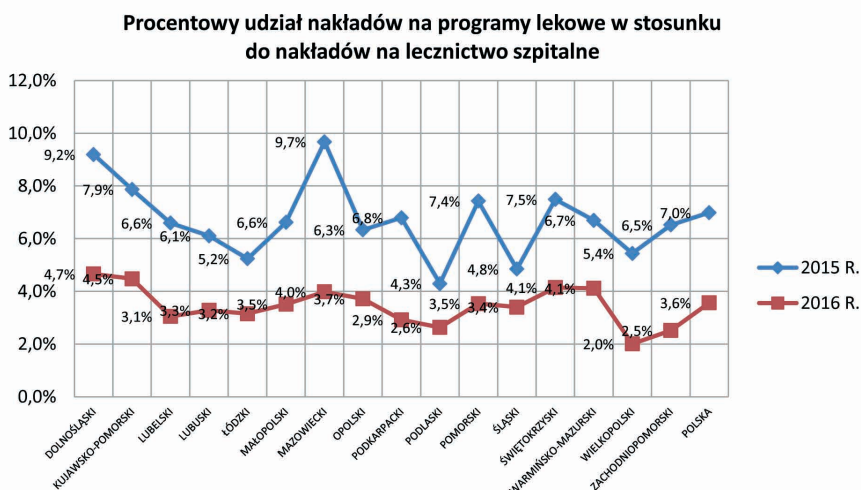
Udział chorych na WZW C leczonych w ramach programów lekowych w latach 2015-2016

**Tabela 13.4.**

Szczegółowe zestawienie wartości świadczeń rozliczonych na rzecz pacjentów z WZW C leczonych i rozliczonych w każdym z programów lekowych, w poszczególnych oddziałach wojewódzkich NFZ w latach 2015-2016

Oddział wojewódzki NFZ	wartość świadczeń w programach lekowych w zł					
	program bezinterferonowy		program interferonowy		razem programy lekowe	
	2015 r.	2016 r.	2015 r.	2016 r.	2015 r.	2016 r.
DOLNOŚLĄSKI	56 307	1 023 100	2 007 422	345 604	2 063 729	1 368 704
KUJAWSKO-POMORSKI	126 841	736 359	1 207 171	325 316	1 334 012	1 061 676
LUBELSKI	122 342	631 039	762 414	157 796	884 755	788 835
LUBUSKI	106 353	555 479	658 823	85 411	765 176	640 890
ŁÓDZKI	222 666	1 043 342	1 152 244	175 577	1 374 911	1 218 919
MAŁOPOLSKI	73 015	1 221 766	1 191 987	457 238	1 265 002	1 679 004
MAZOWIECKI	1 222 302	4 099 901	4 799 418	532 206	6 021 721	4 632 107
OPOLSKI	82 129	348 952	264 215	21 307	346 345	370 259
PODKARPACKI	99 676	558 981	405 242	84 731	504 918	643 712
PODLASKI	31 720	92 767	110 532	29 875	142 252	122 642
POMORSKI	75 792	491 975	722 745	123 502	798 536	615 477
ŚLĄSKI	567 206	2 043 543	2 462 382	628 607	3 029 588	2 672 150
ŚWIĘTOKRZYSKI	62 321	445 187	763 866	177 678	826 187	622 865
WARMIŃSKO-MAZURSKI	63 543	249 193	458 165	151 677	521 708	400 870
WIELKOPOLSKI	46 828	277 725	572 658	88 205	619 486	365 931
ZACHODNIOPOMORSKI	55 323	403 925	754 613	64 292	809 936	468 217
<b>RAZEM</b>	<b>3 014 365</b>	<b>14 223 235</b>	<b>18 293 897</b>	<b>3 449 022</b>	<b>21 308 262</b>	<b>17 672 258</b>

W 2016 r. zmniejszeniu uległ udział wartości programów lekowych, które finansowane są w ramach umów na leczenie szpitalne, w stosunku do nakładów na leczenie szpitalne tych osób. W chwili obecnej, Narodowy Fundusz Zdrowia poddaje analizie te kwestie.

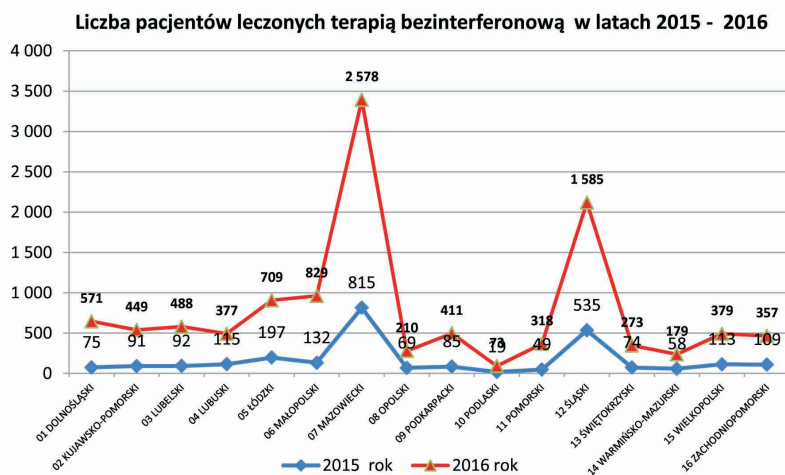


Rycina 13.19.

Procentowy udział nakładów na programy lekowe w stosunku do nakładów na leczenie szpitalne w latach 2015-2016

### 13.5. Program lekowy: leczenie przewlekłego WZW C terapią bezinterferonową

Leczenie przewlekłego WZW C z zastosowaniem terapii bezinterferonowej finansowanej w ramach umów z Narodowym Funduszem Zdrowia, wprowadzono w 2015 r. W pierwszym roku jej funkcjonowania, leczenie otrzymało 2 628 osób. W kolejnym roku liczba leczonych w programie wzrosła prawie 4 krotnie i wyniosła 9 786 osób. Wartość tych świadczeń wzrosła z 3 014 364 zł do 14 223 235 zł w 2016 r.



Rycina 13.20.

Liczba pacjentów leczonych terapią bezinterferonową w latach 2015-2016

Najwięcej osób leczonych tą metodą było w 2015 r. na Mazowszu (815) oraz na Śląsku (535), a w roku kolejnym liczby te wzrosły w tych województwach, odpowiednio do 2578 i 1585.

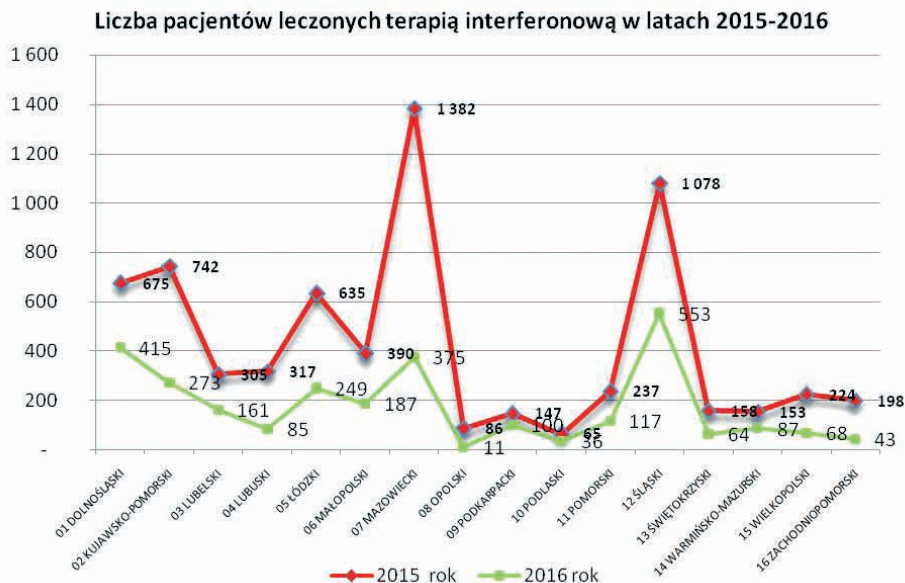
**Tabela 13.5.**

Liczba pacjentów w ramach poszczególnych programów lekowych

Oddział wojewódzki NFZ	liczba pacjentów leczonych w programie bezinterferonowym		liczba pacjentów leczonych w programie interferonowym		liczba pacjentów leczonych w programach lekowych	
	2015 r.	2016 r.	2015 r.	2016 r.	2015 r.	2016 r.
DOLNOŚLĄSKI	75	571	675	415	750	986
KUJAWSKO-POMORSKI	91	449	742	273	833	722
LUBELSKI	92	488	305	161	397	649
LUBUSKI	115	377	317	85	432	462
ŁÓDZKI	197	709	635	249	832	958
MAŁOPOLSKI	132	829	390	187	522	1 016
MAZOWIECKI	815	2 578	1 382	375	2 197	2 953
OPOLSKI	69	210	86	11	155	221
PODKARPACKI	85	411	147	100	232	511
PODLASKI	19	73	65	36	84	109
POMORSKI	49	318	237	117	286	435
ŚLĄSKI	535	1 585	1 078	553	1 613	2 138
ŚWIĘTOKRZYSKI	74	273	158	64	232	337
WARMIŃSKO-MAZURSKI	58	179	153	87	211	266
WIELKOPOLSKI	113	379	224	68	337	447
ZACHODNIOPOMORSKI	109	357	198	43	307	400
	<b>2 628</b>	<b>9 786</b>	<b>6 792</b>	<b>2 824</b>	<b>9 420</b>	<b>12 610</b>

### 13.6. Program lekowy: leczenie przewlekłego WZW C z zastosowaniem interferonu

Chorzy z WZW C leczeni są także z zastosowaniem terapii interferonowych w ramach programu leczenia przewlekłego WZW C. Wraz wprowadzeniem terapii bezinterferonowej, stopniowemu zmniejszeniu ulega liczba osób leczonych w ramach tego programu. I tak: z wykorzystaniem interferonu w 2014 r. leczonych było 7362 osoby, w 2015 r. - 6792 a w 2016 r. - 2824.



**Rycina 13.21.**

Liczba pacjentów leczonych terapią interferonową w latach 2015-2016

Obecnie terapia z zastosowaniem interferonu dotyczy w największej liczbie chorych na WZW C w województwach dolnośląskim (416 osób) oraz śląskim (553), z łącznej liczby 2824 leczonych tą metodą w całej Polsce.

### 13.7. Listy oczekujących na leczenie w programach lekowych

Wraz z wprowadzeniem nowoczesnej terapii bezinterferonowej, wzrasta dynamicznie liczba osób oczekujących na jej wdrożenie. Na koniec 2016 r., na listach oczekujących na tę terapię było 8714 osób, a przypadków pilnych - 1 183. Średni czas oczekiwania dla chorych stabilnych wynosił 115 dni, a mediana - 36 dni. W przypadku chorych, wymagających pilnego wdrożenia terapii, oczekiwały 1183 osoby, a czas oczekiwania średnio wyniósł 64 dni, a mediana 5 dni. Sytuacja zróżnicowana jest w poszczególnych oddziałach NFZ. Na koniec 2016 r. najwięcej pilnych chorych oczekiwało w województwie pomorskim (228), gdzie średni czas oczekiwania wyniósł dla tych chorych 81 dni. W ramach kolejki stabilnej oczekiwało 760 osób. Najwięcej pacjentów na stabilnej liście oczekujących było w województwie śląskim i wielkopolskim. Umowy na realizację tych świadczeń realizowane były w 2015 r. przez 71 świadczeniodawców, a w 2016 r. liczba ich wzrosła do 79.



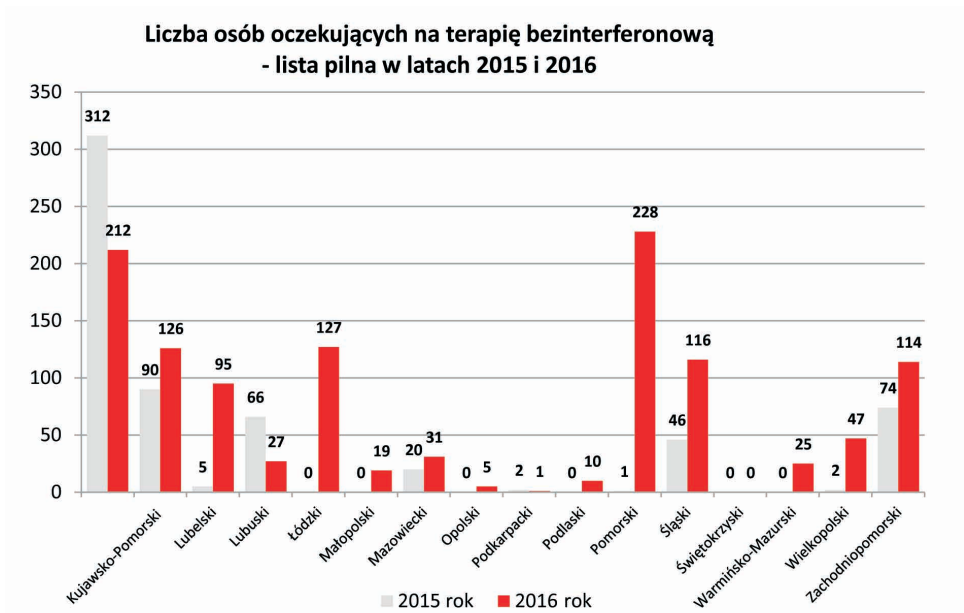
**Tabela 13.6.**

Łączna liczba osób oczekujących oraz średni rzeczywisty czas oczekiwania na leczenie przewlekłego WZW C terapią bezinterferonową w podziale na kategorie medyczne (stan na koniec 2015 r. i 2016 r.)

Nazwa OW NFZ	Kategoria medyczna	Liczba osób oczekujących		Średni rzeczywisty czas oczekiwania			
				mediana		średnia	
		2015	2016	2015	2016	2015	2016
DOLNOŚLĄSKI	Przypadek pilny	312	212	26	106	64	143
	Przypadek stabilny	539	958	0	71	0	124
KUJAWSKO-POMORSKI	Przypadek pilny	90	126	64	215	64	215
	Przypadek stabilny	315	716	19	400	19	400
LUBELSKI	Przypadek pilny	5	95	0	0	2	34
	Przypadek stabilny	306	637	0	0	14	92
LUBUSKI	Przypadek pilny	66	27	28	162	28	162
	Przypadek stabilny	204	235	25	279	25	279
ŁÓDZKI	Przypadek pilny	0	127	0	118	0	118
	Przypadek stabilny	0	506	0	0	0	0
MAŁOPOLSKI	Przypadek pilny	0	19	0	54	0	50
	Przypadek stabilny	37	340	9	98	10	112
MAZOWIECKI	Przypadek pilny	20	31	0	0	1	43
	Przypadek stabilny	129	575	0	17	26	53
OPOLSKI	Przypadek pilny	0	5	0	168	0	168
	Przypadek stabilny	30	161	10	319	10	319
PODKARPACKI	Przypadek pilny	2	1	0	0	0	3
	Przypadek stabilny	44	51	0	0	2	38
PODLASKI	Przypadek pilny	0	10	0	18	0	18
	Przypadek stabilny	126	166	0	544	0	544
POMORSKI	Przypadek pilny	1	228	6	5	6	81
	Przypadek stabilny	3	760	0	0	0	11
ŚLĄSKI	Przypadek pilny	46	116	0	124	33	125
	Przypadek stabilny	681	1 482	0	171	59	181
ŚWIĘTOKRZYSKI	Przypadek pilny	0	0	0	0	0	0
	Przypadek stabilny	2	6	0	0	10	28
WARMIŃSKO-MAZURSKI	Przypadek pilny	0	25	0	23	0	23
	Przypadek stabilny	0	171	0	16	0	47
WIELKOPOLSKI	Przypadek pilny	2	47	2	18	4	57
	Przypadek stabilny	527	1 300	1	146	61	198
ZACHODNIOPOMORSKI	Przypadek pilny	74	114	15	0	15	59
	Przypadek stabilny	128	650	9	187	9	183
Polska	Przypadek pilny	618	1 183	0	5	13	64
	Przypadek stabilny	3 071	8 714	0	36	21	115

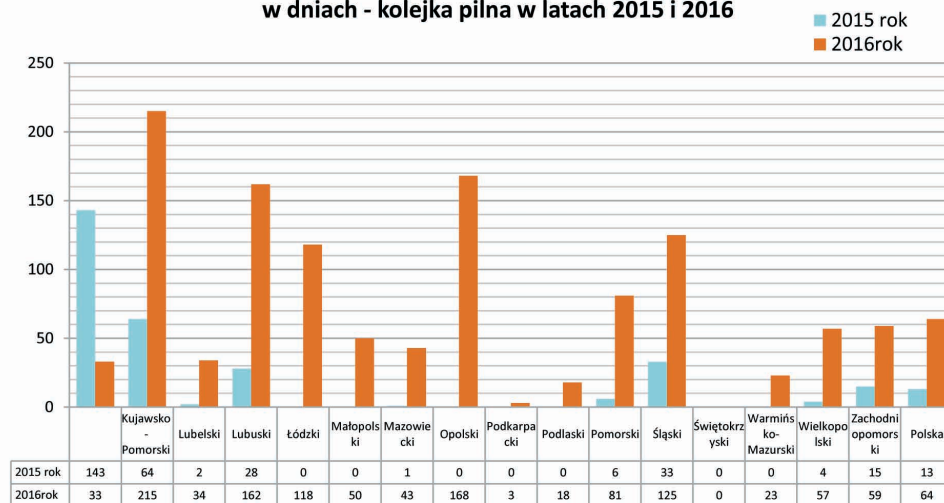
**Rycina 13.22.**

Liczba osób oczekujących na terapię bezinterferonową - lista pacjentów stabilnych w latach 2015-2016

**Rycina 13.23.**

Liczba osób oczekujących na terapię bezinterferonową - lista pacjentów pilnych w latach 2015-2016

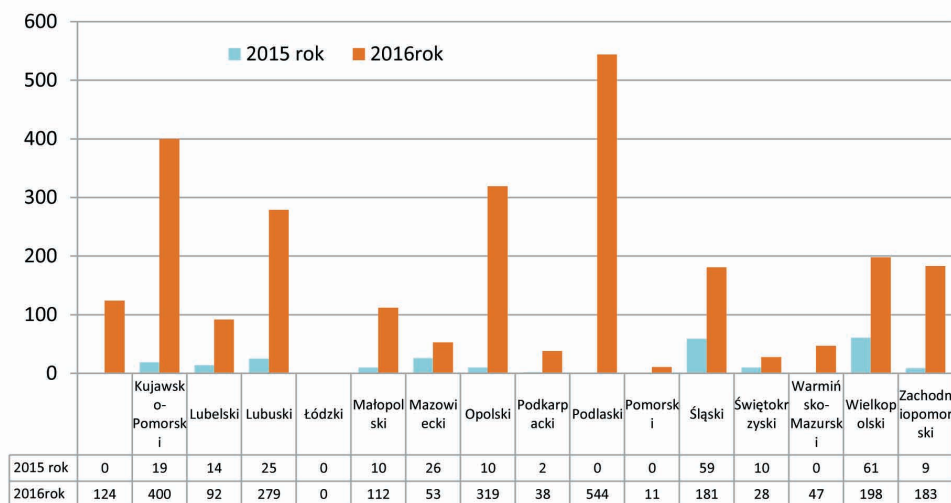
### Czas oczekiwania na leczenie w ramach terapii bezinterferonowej w dniach - kolejka pilna w latach 2015 i 2016



#### Rycina 13.24.

Czas oczekiwania na leczenie w ramach terapii bezinterferonowej - kolejka pilna w latach 2015-2016

### Czas oczekiwania na leczenie w ramach terapii bezinterferonowej w dniach - kolejka stabilna w latach 2015 i 2016



#### Rycina 13.25.

Czas oczekiwania na leczenie w ramach terapii bezinterferonowej - kolejka stabilna w latach 2015-2016

## Podsumowanie

Na podstawie danych sprawozdanych do NFZ - przyjmując, że każdy chory z przewlekłym WZW w ciągu roku skorzystał z tego powodu, co najmniej z jednej porady specjalistycznej lub był hospitalizowany - można określić, że liczba osób chorujących i leczonych na przewlekle WZW wynosi w Polsce 75 135 osób. Wśród nich 50% stanowią chorzy na WZW C, a koszty ich leczenia wynoszą aż 80% kosztów leczenia wszystkich typów WZW. Spowodowane jest to przede wszystkim wysokimi kosztami hospitalizacji tych chorych, które dynamicznie wzrastają. W 2016 r. wzrost ten wyniósł 62 % w stosunku do roku poprzedzającego. W ramach umów na leczenie szpitalne rozliczane są także programy lekowe, jednak ich udział w całości kosztów wyniósł tylko 5%. Dynamika wzrostu nakładów na leczenie wszystkich postaci WZW jest mniejsza i wynosi 42%.

Z roku na rok zwiększa się liczba chorych leczonych w ramach programów lekowych. Od 2015 r. do finansowania ze środków publicznych wprowadzony został program leczenia bezinterferonowego. Liczba leczonych tą metodą zwiększyła się w ciągu roku czterokrotnie.

Na koniec 2016 r. leczeniem w ramach programów lekowych objętych zostało 33% chorych na WZW C, wobec 25% w roku poprzednim. Liczba osób leczonych z zastosowaniem programów lekowych jest różna w poszczególnych oddziałach wojewódzkich NFZ i waha się od 55% do 16% wszystkich chorych na WZW C.

W związku ze zwiększającą się zachorowalnością na przewlekle WZW, NFZ podejmuje różnorodne działania, mające na celu zabezpieczenie świadczeń dla tych chorych. Niestety jednak, pomimo rosnącej liczby osób leczonych i wzrastających nakładów na ich leczenie, nie jest możliwe bieżące objęcie leczeniem wszystkich chorych. Znalazło to odzwierciedlenie w liczbie oczekujących na terapię lekowe. Liczba osób oczekujących i czas oczekiwania wydłużyły się, niezależnie także od tego, że przybyło dodatkowo 8 nowych ośrodków realizujących te świadczenia.

# PRZEWLEKŁE WIRUSOWE ZAPALENIE WĄTROBY JAKO PRZYCZYNA NIEZDOLNOŚCI DO PRACY NA PODSTAWIE BADAŃ STATYSTYCZNYCH ZAKŁADU UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH

Mgr Ewa Karczewicz  
Zakład Ubezpieczeń Społecznych

Zakład Ubezpieczeń Społecznych (ZUS) prowadzi badania statystyczne z zakresu przyczyn niezdolności do pracy, zarówno czasowej, jak też długotrwałej. Nasze zasoby informacyjne umożliwiają analizowanie przyczyn chorobowych z dokładnością do jednostki chorobowej (z kodem trzy-znakowym) zdefiniowanej zgodnie z Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych rewizja Dziesiąta (ICD-10).

Badania te pozwalają przeprowadzić analizę zarówno absencji chorobowej, jak i świadczeń rentowych w przypadku ubezpieczonych, u których zdiagnozowano przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby (B18).

Zwracamy uwagę, że dane statystyczne, którymi dysponuje Zakład Ubezpieczeń Społecznych dotyczą przypadków osób ubezpieczonych (m.in. prowadzących pozarolniczą działalność gospodarczą, w tym także populacji emerytów pozostających w zatrudnieniu), którzy wystąpili o określone świadczenia z tytułu niezdolności do pracy w związku z określonymi schorzeniami. Nie obejmują rolników indywidualnych i członków ich rodzin, a także świadczeń tzw. służb mundurowych.

Wszystkie przytoczone w opracowaniu wielkości, tabele i wykresy stanowią efekt działalności Departamentu Statystyki i Prognoz Aktuarialnych Zakładu Ubezpieczeń Społecznych.

## **14.1. Wydatki na świadczenia z ubezpieczeń społecznych związane z niezdolnością do pracy**

Analizę wydatków poniesionych na świadczenia związane z niezdolnością do pracy spowodowaną przewlekłym wirusowym zapaleniem wątroby zaprezentowano na podstawie wyników uzyskanych z badania przeprowadzonego za 2015 rok.

Wydatki poniesione na świadczenia związane z niezdolnością do pracy z obszaru obsługiwanej przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych obejmują:

- wydatki na renty z tytułu niezdolności do pracy łącznie z dodatkami pielęgnacyjnymi przysługującymi z tytułu tej niezdolności, ponoszone ze środków Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (FUS),
- wydatki na renty socjalne, pokrywane ze środków budżetu państwa,
- wydatki na absencję chorobową czyli czasową niezdolność do pracy z tytułu choroby własnej osób ubezpieczonych w ZUS, tj. wynagrodzenia wypłacane w okresie niezdolności do pracy z własnych środków przez pracodawcę oraz zasiłki chorobowe wypłacane przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych ze środków FUS,
- wydatki na świadczenia rehabilitacyjne z FUS,
- wydatki na rehabilitację leczniczą w ramach prewencji rentowej ZUS, pokrywane z FUS.

W 2015 r. wydatki na świadczenia związane z niezdolnością do pracy wyniosły łącznie 33 855,7 mln zł.

W strukturze wydatków ogółem na świadczenia z tytułu niezdolności do pracy, grupa niektórych chorób zakaźnych i pasożytniczych generowała 0,6% ogółu wydatków. W wydatkach na świadczenia, udział wydatków z tytułu przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby (B18) wyniósł 0,1%, natomiast udział w wydatkach poniesionych na choroby zakaźne i pasożytnicze - 22,2% wydatków w tej grupie chorobowej.

**Tabela 14.1.**

Wydatki ogółem na świadczenia związane z niezdolnością do pracy, poniesione w 2015 r.

Wyszczególnienie	Razem	Mężczyźni	Kobiety
	Kwota wypłat w tys. zł		
<b>OGÓŁEM (A00-Z99)</b>	<b>33 855 733,0</b>	<b>18 211 960,2</b>	<b>15 643 772,8</b>
w tym: Niektóre choroby zakaźne i pasożytnicze (A00-B99)	220 539,7	127 717,2	92 822,5
w tym: <b>Przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby B18</b>	<b>48 941,2</b>	<b>27 551,1</b>	<b>21 390,1</b>

Analizując wydatki ogółem na świadczenia, udział wydatków poniesionych w związku z niezdolnością mężczyzn spowodowaną przewlekłym wirusowym zapaleniem wątroby był wyższy o 12,6 punktów procentowych od wydatków poniesionych w związku z niezdolnością kobiet.

W porównaniu z 2014 r. obserwujemy spadek wydatków poniesionych na świadczenia z tytułu przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby o 6,3%. Wydatki na renty z tytułu niezdolności do pracy spowodowanej przewlekłym wirusowym zapaleniem wątroby spadły o 3,3%, zaś liczba osób pobierających renty o 7,1%. Wysoki spadek odnotowany został w przypadku wydatków na świadczenie rehabilitacyjne bo aż o 30,3%. Wydatki związane z absencją chorobową były niższe o 3,5%.

**Tabela 14.2.**

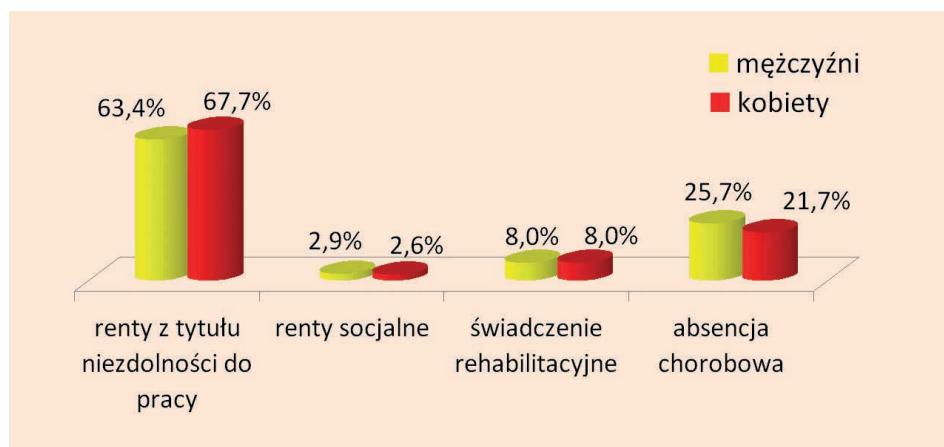
Wydatki na świadczenia związane z niezdolnością do pracy spowodowaną przewlekłym wirusowym zapaleniem wątroby poniesione w 2015 r. według płci i rodzajów świadczeń

Wyszczególnienie	Razem	Mężczyźni	Kobiety	Razem	Mężczyźni	Kobiety
	kwota wypłat w tys. zł			w odsetkach		
<b>OGÓŁEM</b>	48 941,2	27 551,1	21 390,1	100,0	100,0	100,0
renty z tytułu niezdolności do pracy	31 953,0	17 466,5	14 486,5	65,3	63,4	67,7
renty socjalne	1 363,9	811,4	552,5	2,8	2,9	2,6
świadczenie rehabilitacyjne	3 913,6	2 198,6	1 715,0	8,0	8,0	8,0
absencja chorobowa	11 707,6	7 071,5	4 636,1	23,9	25,7	21,7
rehabilitacja lecznicza	3,1	3,1	–	0,0	0,0	–

W wydatkach ogółem dominującą pozycję stanowiły wydatki na renty z tytułu niezdolności do pracy. W 2015 r. renty z tytułu niezdolności do pracy spowodowanej przewlekłym wirusowym zapaleniem wątroby pobierało 2,5 tys. osób na łączną kwotę 31 953,0 tys. zł, co stanowiło blisko  $\frac{2}{3}$  wydatków z tytułu tej choroby.

Drugą znaczącą pozycją w wydatkach były wydatki z tytułu czasowej niezdolności do pracy, ich udział wyniósł 23,9% w wysokości 11 707,6 tys. zł. Wydatki na świadczenie rehabilitacyjne stanowiły 8,0%, zaś na renty socjalne były nieznaczące i wyniosły 2,8%.

Analizując strukturę wydatków z tytułu niezdolności spowodowanej analizowaną jednostką chorobową według płci świadczeniobiorców i rodzajów świadczeń, nie obserwujemy znaczących przesunięć. Dominują wydatki poniesione w związku z niezdolnością mężczyzn. I tak, w przypadku absencji chorobowej wydatki z tytułu niezdolności mężczyzn stanowiły ponad 60% wydatków, zaś w przypadku rent z tytułu niezdolności do pracy 54,7% wydatków na to świadczenie.



**Rycina. 14.1.**

Struktura wydatków w 2015 r. na świadczenia związane z niezdolnością do pracy poniesione z tytułu przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby według płci i rodzajów świadczeń.

**Tabela 14.3.**

Wydatki na renty z tytułu niezdolności do pracy spowodowanej przewlekłym wirusowym zapaleniem wątroby poniesione w 2015 r. według województw.

Województwa	Kwota wypłat w tys. zł			Kwota wypłat w odsetkach		
	Razem	Mężczyźni	Kobiety	Razem	Mężczyźni	Kobiety
<b>OGÓLEM</b>	<b>31 953,0</b>	<b>17 466,5</b>	<b>14 486,5</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>
DOLNOŚLĄSKIE	2 687,8	1 633,8	1 054,0	8,4	9,3	7,3
KUJAWSKO-POMORSKIE	1 778,3	833,9	944,4	5,6	4,8	6,5
LUBELSKIE	2 252,3	774,8	1 477,5	7,0	4,4	10,2
LUBUSKIE	1 092,9	569,0	523,9	3,4	3,3	3,6
ŁÓDZKIE	1 864,3	1 084,7	779,6	5,8	6,2	5,4
MAŁOPOLSKIE	2 545,5	1 480,1	1 065,4	8,0	8,5	7,4
MAZOWIECKIE	4 560,4	2 206,7	2 353,7	14,3	12,6	16,2
OPOLSKIE	277,4	133,3	144,1	0,9	0,8	1,0
PODKARPACKIE	1 336,4	805,9	530,5	4,2	4,6	3,7
PODLASKIE	238,6	132,6	106,0	0,7	0,8	0,7
POMORSKIE	3 269,4	1 706,7	1 562,7	10,2	9,8	10,8
ŚLĄSKIE	4 121,3	2 772,3	1 349,0	12,9	15,9	9,3
ŚWIĘTOKRZYSKIE	990,4	511,3	479,1	3,1	2,9	3,3
WARMIŃSKO-MAZURSKIE	827,4	369,5	457,9	2,6	2,1	3,2
WIELKOPOLSKIE	3 088,0	1 793,0	1 295,0	9,7	10,3	8,9
ZACHODNIOPOMORSKIE	1 022,6	658,9	363,7	3,2	3,7	2,5



Z analizy przestrzennego zróżnicowania wydatków na renty z tytułu niezdolności do pracy wynika, iż najwyższy udział tych wydatków wystąpił w województwie mazowieckim (14,3%), w województwie śląskim (12,9%) oraz w województwie pomorskim (10,2%).

Przeciętna wypłata na jednego rentobiorcę w skali roku 2015, z tytułu przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby, wyniosła 13 004,92 zł.

## 14.2. Przyczyny czasowej niezdolności do pracy - absencja chorobowa

Absencja chorobowa, czyli czasowa niezdolność do pracy, finansowana jest, w przypadku ubezpieczonych pracowników przez określony w kodeksie pracy czas (33 dni lub 14 dni w przypadku osób, które ukończyły 50 rok życia) - jako wypłata wynagrodzenia, później jako zasiłek chorobowy z ubezpieczeń społecznych wypłacany z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych. Pozostałe grupy ubezpieczonych otrzymują zasiłki chorobowe zgodnie z określonymi przepisami.

Absencja chorobowa dokumentowana jest zaświadczeniem lekarskim o czasowej niezdolności do pracy, wydawanym na druku ZUS ZLA. Dokument ten stanowi podstawę, przy spełnieniu określonych wymagań, do wypłaty wynagrodzenia lub zasiłku chorobowego. Na podstawie zawartych na zaświadczeniu lekarskim informacji, Zakład Ubezpieczeń Społecznych prowadzi badania statystyczne cech demograficznych osób otrzymujących zaświadczenia lekarskie, jak też przyczyn chorobowych absencji chorobowej.

W 2015 r. w *Rejestrze zaświadczeń lekarskich KSI ZUS* zostało zarejestrowanych 18 311,6 tys. zaświadczeń lekarskich o czasowej niezdolności do pracy z tytułu choroby własnej, wydanych osobom ubezpieczonym w ZUS na łączną liczbę 226 717,9 tys. dni absencji chorobowej. Z tytułu chorób zaliczanych do grupy niektórych chorób zakaźnych i pasożytniczych odnotowano 277,4 tys. zaświadczeń lekarskich na łączną liczbę 2 039,4 tys. dni absencji chorobowej. Przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby stanowiło przyczynę wydania zaświadczeń lekarskich w 15,0 tys. przypadków na łączną liczbę 183,6 tys. dni absencji chorobowej.

W porównaniu z 2014 r., liczba zaświadczeń lekarskich wystawionych w związku z przewlekłym wirusowym zapaleniem wątroby, spadła o 6,1%. Liczba zaświadczeń wystawionych kobietom była niższa o 7,4%, zaś wystawionych mężczyznom o 5,2%. Liczba dni absencji również była niższa, o 9,7%. Zdecydowanie - rok do roku - absencja kobiet spadła o 15,0%, zaś mężczyzn o 5,9%.

**Tabela 14.4.**

Absencja chorobowa z tytułu choroby własnej osób ubezpieczonych w ZUS w 2015 r.

Wyszczególnienie	Liczba dni absencji chorobowej w tys.			Liczba zaświadczeń lekarskich w tys.			Przeciętna długość zaświadczenia lekarskiego w dniach		
	Ogółem	w tym:		Ogółem	w tym:		Ogółem	w tym:	
		Mężczyźni	Kobiety		Mężczyźni	Kobiety		Mężczyźni	Kobiety
<b>OGÓŁEM (A00-Z99)</b>	<b>226 717,9</b>	<b>96 753,5</b>	<b>129 839,0</b>	<b>18 311,6</b>	<b>8 336,9</b>	<b>9 963,8</b>	<b>12,38</b>	<b>11,61</b>	<b>13,03</b>
w tym: Niektóre choroby zakaźne i pasożytnicze (A00-B99)	2 039,4	1 089,7	948,2	277,4	137,0	140,1	7,35	7,95	6,77
w tym: Przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby B18	183,6	111,3	72,3	15,0	9,0	6,0	12,27	12,43	12,05

Przeciętna długość zaświadczenia lekarskiego z tytułu przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby w 2015 r. wyniosła 12,27 dni.

Jak wynika z przedstawionych danych, zaświadczenia lekarskie wydane z tytułu przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby najczęściej wystawiane były na okres do 10 dni - 52,5% zaświadczeń opiewało na taką liczbę dni. Wysoki odsetek, tj. 43,2% zaświadczeń lekarskich był wystawiony na okres 11-30 dni.

**Tabela 14.5.**

Liczba zaświadczeń lekarskich wystawionych z tytułu przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby według długości absencji chorobowej

Wyszczególnienie	Ogółem liczba zaświadczeń lekarskich	w tym liczba zaświadczeń o orzeczonej długości absencji chorobowej w dniach					
		1-10	11-30	31-35	36-50	51-90	91 i więcej
liczba zaświadczeń	14 959	7 849	6 456	413	171	60	5
w odsetkach	100,0	52,5	43,2	2,8	1,1	0,4	0,0

Z powyższych danych wynika, że prawie 96% zaświadczeń lekarskich wystawionych z powodu wirusowego zapalenia wątroby to zaświadczenia o długości do 30 dni.

W 2015 r. przeciętna absencja skumulowana (suma dni absencji w roku dla danej osoby) wyniosła ogółem 36,81 dnia, a liczba osób, którym wystawiono przynajmniej jedno zaświadczenie lekarskie to 6 154,6 tys. ubezpieczonych.

Liczba ubezpieczonych, którym w 2015 r. wystawiono choć jedno zaświadczenie z tytułu przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby, wyniosła 6,3 tys. osób. Długość absencji chorobowej skumulowanej w roku, krótsza od długości absencji ogółem o ok. 8 dni, wyniosła 29,12 dnia.

Porównując z 2014 r., liczbę osób, którym wystawiono przynajmniej jedno zaświadczenie z tytułu przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby, obserwowany jest spadek o 5,9%, z tego liczby mężczyzn o 7,4%, zaś liczby kobiet o 3,5%.

Przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby to choroba osób w wieku od 20 do 59 lat. Dotyczy to zarówno mężczyzn, jak i kobiet. Spowodowała ona absencję chorobową 27,6% osób w wieku 30-39 lat. Przy czym, obserwujemy w tym przedziale wiekowym największy odsetek mężczyzn - 29,5%, natomiast największy odsetek kobiet w przedziale wiekowym 50-59 lat - 30,2%. Tak też, najwyższy odsetek dni absencji chorobowej został wykorzystany zarówno przez kobiety - 36,7% (26,6 tys. dni), jak i przez mężczyzn - 27,0% (30,0 tys. dni) w wieku 50-59 lat.

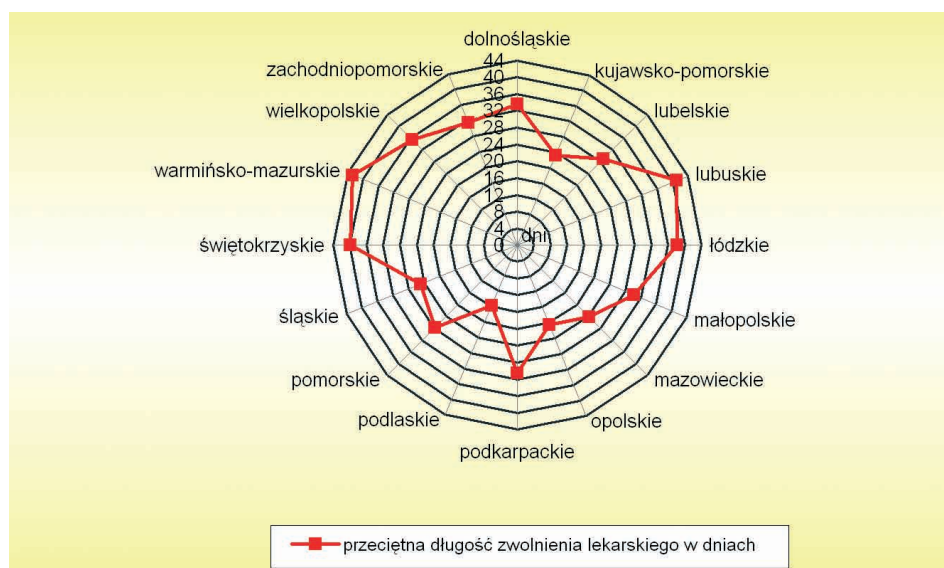
#### Tabela 14.6.

Wskaźnik liczby dni absencji chorobowej z tytułu przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby osób ubezpieczonych w ZUS, w przeliczeniu na 1 tys. osób objętych ubezpieczeniem zdrowotnym w poszczególnych województwach

Wyszczególnienie	Liczba dni absencji chorobowej z tytułu B18	Wskaźnik liczby dni absencji chorobowej na 1 tys. osób objętych obowiązkowym ubezpieczeniem zdrowotnym
<b>OGÓŁEM</b>	<b>183 599</b>	<b>11,539</b>
w tym:		
DOLNOŚLĄSKIE	19 548	16,174
KUJAWSKO-POMORSKIE	11 043	13,021
LUBELSKIE	7 727	9,607
LUBUSKIE	6 561	16,174
ŁÓDZKIE	14 258	13,548
MAŁOPOLSKIE	12 563	9,745
MAZOWIECKIE	19 626	8,372
OPOLSKIE	2 297	6,066
PODKARPACKIE	4 212	5,296
PODLASKIE	1 227	2,822
POMORSKIE	12 238	13,075
ŚLĄSKIE	29 431	15,290
ŚWIĘTOKRZYSKIE	8 144	17,358
WARMIŃSKO-MAZURSKIE	6 238	10,629
WIELKOPOLSKIE	18 691	12,854
ZACHODNIOPOMORSKIE	6 007	8,563

W ocenie poziomu absencji chorobowej istotny jest wskaźnik liczby dni absencji chorobowej w przeliczeniu na 1 tys. osób objętych obowiązkowym ubezpieczeniem zdrowotnym. Wskaźnik liczby dni absencji chorobowej spowodowanej przewlekłym wirusowym zapaleniem wątroby na 1 tys. objętych obowiązkowym ubezpieczeniem zdrowotnym w 2015 r. wyniósł 11,539 dnia. Najwyższy obserwujemy w województwie świętokrzyskim (17,358 dnia), lubuskim i dolnośląskim (po 16,174 dnia) oraz śląskim (15,290 dnia).

Jak już wspomniano, przeciętna długość absencji chorobowej w 2015 r. wyniosła 36,81 dnia, a w przypadku przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby - 29,12 dnia. Rozkład przeciętnej długości absencji chorobowej i jej zróżnicowanie w poszczególnych województwach ilustruje **rycina 14.2**.



### Rycina 14.2.

Przeciętna długość absencji chorobowej w 2015 r. z tytułu przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby osób ubezpieczonych w ZUS, w poszczególnych województwach.

### 14.3. Krótkoterminowa niezdolność do pracy - orzeczenia uprawniające do świadczenia rehabilitacyjnego

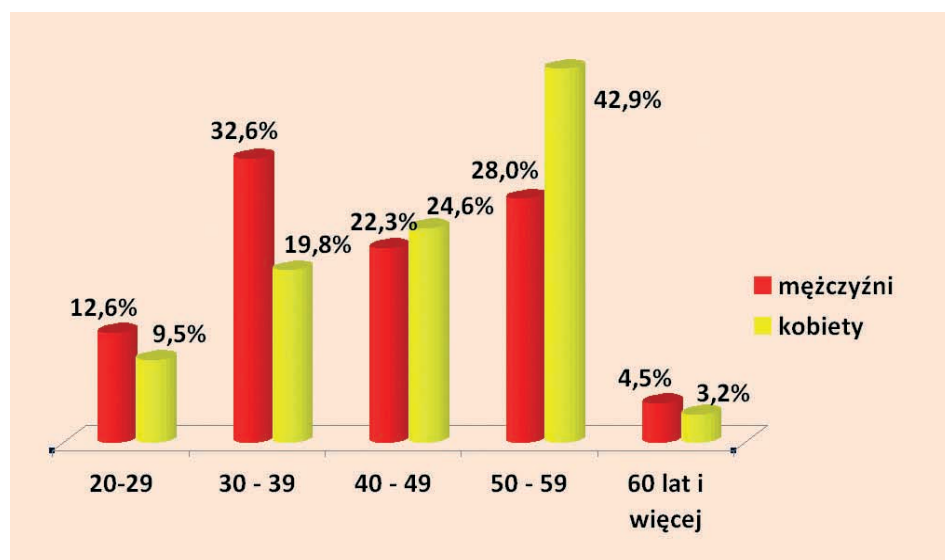
Po wyczerpaniu zasiłku chorobowego, ubezpieczonemu, który nadal jest niezdolny do pracy, a dalsze leczenie lub rehabilitacja lecznicza rokują odzyskanie zdolności do pracy, przysługuje świadczenie rehabilitacyjne. Świadczenie rehabilitacyjne przysługuje przez okres nie dłuższy niż 12 miesięcy. Orzeczenie przyznające to świadczenie może być wydane w wyniku badań w sprawie ustale-

nia uprawnień do świadczenia rehabilitacyjnego, badań dla celów rentowych lub w związku z kontrolą prawidłowości orzekania o czasowej niezdolności do pracy z powodu choroby.

W 2015 r. orzeczenia pierwszorazowe lekarzy orzeczników, w których ustalono zostało uprawnienie do świadczenia rehabilitacyjnego, otrzymało 97 308 osób. Z tytułu przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby (B18) takie orzeczenie otrzymało 301 osób.

W przypadku orzeczeń ponownych, w których ustalono uprawnienie do świadczenia rehabilitacyjnego, orzeczenia wydane w związku z chorobą B18 stanowiły 42,0 % orzeczeń ponownych wydanych w związku z chorobami zakaźnymi i pasożytniczymi.

W związku z przewlekłym wirusowym zapaleniem wątroby, z ogółu wydanych orzeczeń pierwszorazowych, uprawniających do świadczenia rehabilitacyjnego, 34,2% wydano osobom w wieku 50-59 lat. Wysoki odsetek - 27,2% orzeczeń - wydano także osobom w wieku 30-39 lat.



**Rycina 14.3.**

Orzeczenia pierwszorazowe, uprawniające do świadczenia rehabilitacyjnego według płci i wieku badanych.

Najwyższy odsetek orzeczeń, uprawniających do świadczenia rehabilitacyjnego w związku z przewlekłym wirusowym zapaleniem wątroby, wydano na okres od 4 do 6 miesięcy, tj. 69,1 %. Na okres do 3 miesięcy oraz od 7 do 9 miesięcy wydano po 11,6% orzeczeń.

#### 14.4. Przyczyny długotrwałej niezdolności do pracy w orzeczeniach pierwszorazowych, wydawanych przez lekarzy orzeczników dla celów rentowych

W myśl obowiązujących przepisów, orzeczenia o niezdolności do pracy wydane przez lekarzy orzeczników ZUS stanowią podstawę do przyznania renty z tytułu niezdolności do pracy. W zależności od charakteru i stopnia naruszenia sprawności organizmu oraz rokowań odzyskania zdolności do pracy, lekarz orzecznik ustala trwałą lub okresową niezdolność do pracy. W 2015 r. lekarze orzecznicy wydali ogółem 44 046 orzeczeń pierwszorazowych ustalając niezdolność do pracy dla celów rentowych.

Z tytułu przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby wydano 90 orzeczeń pierwszorazowych, ich liczba w porównaniu z 2014 r. spadła o 20,4%.

**Tabela 14.7.**

Orzeczenia wydane przez lekarzy orzeczników ZUS dla celów rentowych w 2015 r.

Wyszczególnienie	orzeczenia pierwszorazowe			orzeczenia ponowne		
	Ogółem	w tym:		Ogółem	w tym:	
		Mężczyźni	Kobiety		Mężczyźni	Kobiety
<b>OGÓŁEM (A00-Z99)</b>	<b>44 046</b>	<b>27 979</b>	<b>15 261</b>	<b>206 696</b>	<b>136 927</b>	<b>69 161</b>
w tym: Niektóre choroby zakaźne i pasożytnicze (A00-B99)	334	220	102	1 148	741	404
w tym: przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby B18	90	48	42	577	329	248

Ponowne badanie rencistów umożliwia ustalenie zmian stanu zdrowia badanych po upływie czasu określonego w poprzednim orzeczeniu. Z reguły badaniom ponownym poddawani są renciści mający orzeczenie o niezdolności do pracy na czas określony. Ich wynikiem jest utrzymanie, zmiana poprzednio orzeczonego stopnia niezdolności do pracy lub stwierdzenie braku niezdolności do pracy. Badania te przeprowadzane są przez lekarzy orzeczników ZUS na wniosek zainteresowanego, występującego o ponowne stwierdzenie niezdolności do pracy, po przedstawieniu przez niego dokumentacji medycznej.

W przypadku rencistów z przewlekłym wirusowym zapaleniem wątroby w 2015 r. wydano 577 orzeczeń ponownych, w porównaniu z 2014 r. - mniej o 15,9%.

Zarówno orzeczenia pierwszorazowe jak i ponowne dotyczyły w większej liczbie przypadków mężczyzn.

Orzekając o niezdolności do pracy lekarze orzecznicy ustalają związek przyczynowy niezdolności do pracy z okolicznością jej powstania. Rozróżniamy trzy rodzaje okoliczności:

- ogólny stan zdrowia,
- wypadki przy pracy,
- choroby zawodowe.

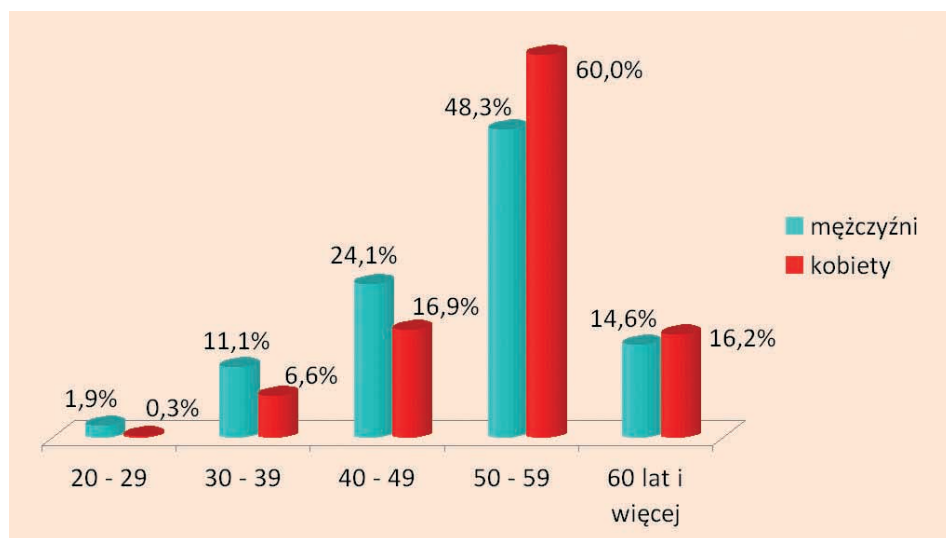
Najczęściej niezdolność do pracy związana jest z ogólnym stanem zdrowia. W 2015 r. takie orzeczenie otrzymało 96,8% osób badanych dla celów rentowych po raz pierwszy. W grupie badanych, w związku z niezdolnością do pracy spowodowaną przewlekłym wirusowym zapaleniem wątroby, wydano 14,8% orzeczeń (pierwszorazowych i ponownych) w związku z chorobą zawodową. Udział orzeczeń wydanych kobietom w związku z chorobą zawodową w populacji badanych - w związku z tą okolicznością - wyniósł 78,8%. Natomiast tylko w populacji badanych kobiet z przewlekłym wirusowym zapaleniem wątroby, orzeczenia w związku z chorobą zawodową otrzymało 26,9% kobiet.

#### Tabela 14.8.

Struktura orzeczeń (pierwszorazowych i ponownych) wydanych przez lekarzy orzeczników ZUS dla celów rentowych z tytułu przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby według płci i wieku badanych.

Wiek ubezpieczonych	Orzeczenia pierwszorazowe			Orzeczenia ponowne		
	Ogółem	Mężczyźni	Kobiety	Ogółem	Mężczyźni	Kobiety
<b>OGÓLEM</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>
20 - 29	3,3	4,2	2,4	0,9	1,5	0,0
30 - 39	18,9	22,9	14,3	7,6	9,4	5,2
40 - 49	27,8	35,4	19,0	19,9	22,5	16,5
50 - 59	44,4	35,4	54,8	54,8	50,2	60,9
60 lat i więcej	5,6	2,1	9,5	16,8	16,4	17,4

Z powyższego zestawienia wynika, że zarówno orzeczenia pierwszorazowe jak i ponowne najczęściej wydawane były osobom z przedziału wieku 50-59 lat. Wysoki odsetek wydawanych orzeczeń wystąpił także w przypadku badanych w wieku od 40 do 49 lat. W populacji kobiet, orzeczenia zarówno pierwszorazowe jak i ponowne, wydawano najczęściej kobietom z grupy wiekowej 50-59 lat. Również w populacji mężczyzn największy odsetek stanowili badani ponownie z tej grupy wiekowej.



**Rycina 14.4.**

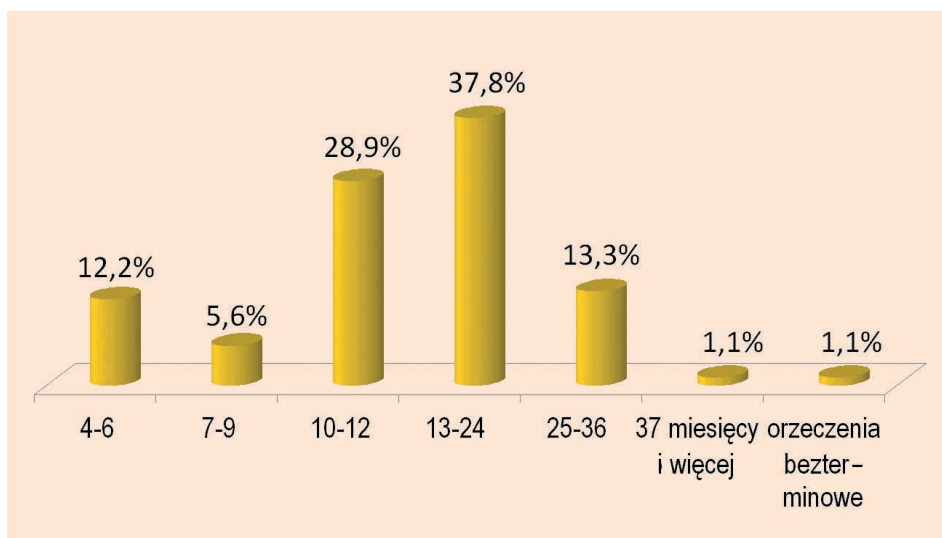
Struktura orzeczeń pierwszorazowych i ponownych wydanych w 2015 r. dla celów rentowych, w związku z przewlekłym wirusowym zapaleniem wątroby według płci i wieku

W grupie badanych, którzy w 2015 r. otrzymali orzeczenie pierwszorazowe o niezdolności do pracy spowodowanej przewlekłym wirusowym zapaleniem wątroby, uznano za całkowicie niezdolne do pracy 22 osoby i za częściowo niezdolnych do pracy 68 osób. W grupie badanych ponownie, 8 osób uznano za całkowicie niezdolne do pracy i do samodzielnej egzystencji, 86 osób otrzymało orzeczenie o całkowitej niezdolności do pracy oraz 483 osoby uznano za częściowo niezdolne do pracy.

Poza ustaleniem stopnia niezdolności do pracy i jej okoliczności, do zadań lekarzy orzeczników należy również ustalenie okresu ważności orzeczenia o niezdolności do pracy. Po upływie przewidywanego czasu trwania niezdolności do pracy, dalsze prawo do renty uzależnione jest od wydania nowego orzeczenia przez lekarza orzecznika na wniosek osoby zainteresowanej. Gdy naruszenie sprawności organizmu nie rokuje poprawy, wówczas lekarz orzecznik wydaje orzeczenie na czas nieokreślony (bezterminowo).

W 2015 r. największy odsetek orzeczeń pierwszorazowych rentowych z tytułu przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby był wydany na okres od 13 do 24 miesięcy. Na czas nieokreślony wydano - 1,1% orzeczeń. Orzeczenia z okresem ważności do 9 miesięcy stanowiły 17,8%.





**Rycina 14.5.**

Struktura orzeczeń pierwszorazowych wydanych w 2015 r. dla celów rentowych, w związku z przewlekłym wirusowym zapaleniem wątroby, według okresu ważności orzeczenia

Analizując przestrzenne zróżnicowanie orzeczeń pierwszorazowych i ponownych z ustalonym stopniem niezdolności do pracy spowodowanej przewlekłym wirusowym zapaleniem wątroby, obserwujemy stosunkowo wysoki procent orzeczeń w województwach: małopolskim (18,8%), śląskim (12,3%) oraz mazowieckim (12,1%). Natomiast w województwie podlaskim wydano zaledwie 5 orzeczeń, a w województwie opolskim - 4 orzeczenia. Przeważnie większą liczbę orzeczeń w poszczególnych województwach przyznawano mężczyznom.

## Podsumowanie

W 2015 r. przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby generowało wydatki na świadczenia z tytułu niezdolności do pracy w wysokości 48,9 mln zł (tj. 0,1%).

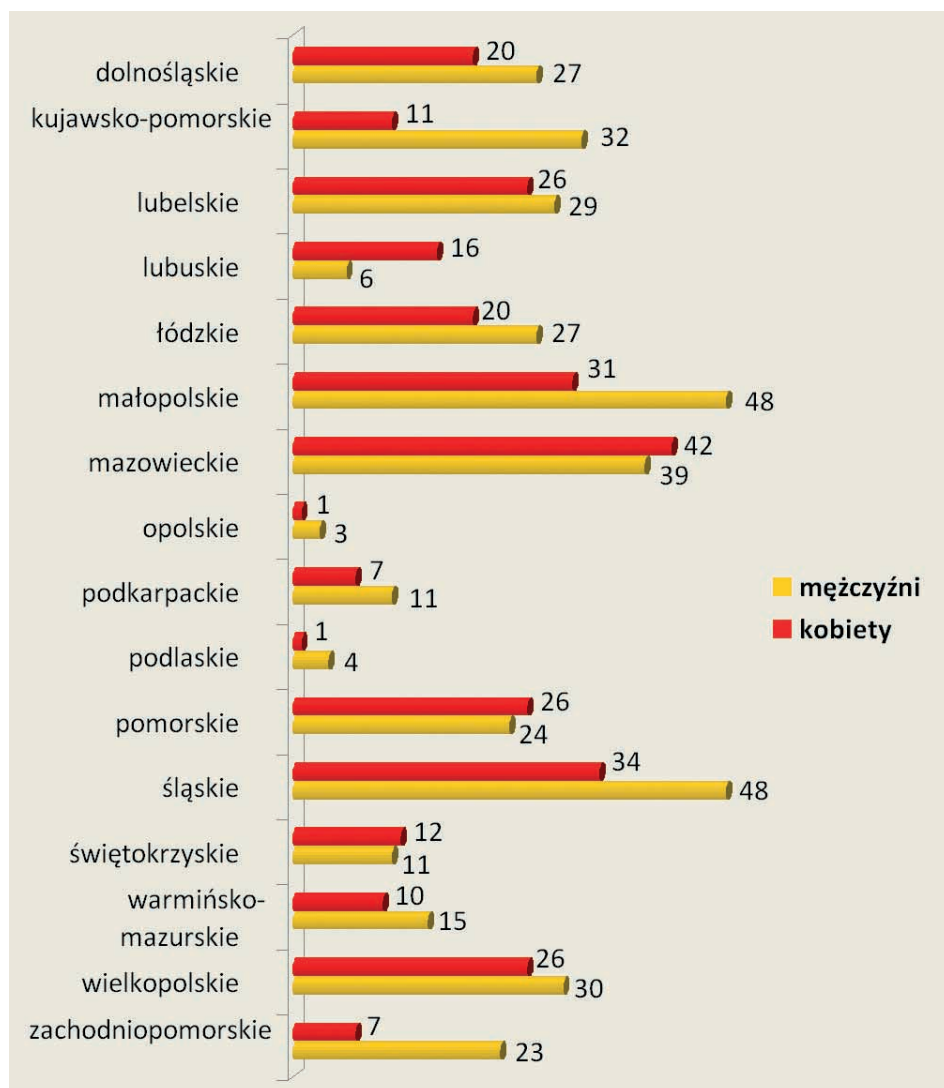
W wydatkach poniesionych w związku z niezdolnością do pracy spowodowaną przewlekłym zapaleniem wątroby, dominowały wydatki na renty z tytułu niezdolności do pracy w kwocie 32,0 mln zł. Drugą znaczącą pozycję w wysokości 1,7 mln zł stanowią wydatki z tytułu absencji chorobowej.

Analiza według płci świadczeniobiorców i rodzajów świadczeń przyznanych w związku z niezdolnością do pracy spowodowaną przewlekłym wirusowym zapaleniem wątroby, wyraźnie wskazuje na wyższy odsetek mężczyzn.

W porównaniu z 2014 r. odnotowano spadek liczby ubezpieczonych - którym w 2015 r. wystawione zostało przynajmniej jedno zaświadczenie lekarskie

z tytułu przewlekłego zapalenia wątroby - o 5,9%, spadek liczby zaświadczeń lekarskich o 6,1% zaś liczby dni absencji chorobowej o 9,7%.

W 2015 r. lekarze orzecznicy ZUS wydali 667 orzeczeń (pierwszorazowych i ponownych) badanym, w związku z przewlekłym wirusowym zapaleniem wątroby. W porównaniu z 2014 r. wydano tych orzeczeń mniej, o 16,5%.



**Rycina 14.6.**

Liczba orzeczeń pierwszorazowych i ponownych wydanych w 2015 r. dla celów rentowych, w związku z przewlekłym wirusowym zapaleniem wątroby, według płci osób badanych i województw

## PIŚMIENNICTWO

1. Zakład Ubezpieczeń Społecznych. Absencja chorobowa w 2015 roku. Departament Statystyki i Prognoz Aktuarialnych, Warszawa 2016.
2. Zakład Ubezpieczeń Społecznych. Orzeczenia lekarzy orzeczników ZUS o niezdolności do pracy wydane w 2015 roku. Departament Statystyki i Prognoz Aktuarialnych, Warszawa 2016.
3. Zakład Ubezpieczeń Społecznych. Wydatki na świadczenia z ubezpieczeń związane z niezdolnością do pracy w 2015 roku. Departament Statystyki i Prognoz Aktuarialnych, Warszawa 2016.

# CHOROBOWOŚĆ HOSPITALIZOWANA MIESZKAŃCÓW POLSKI Z POWODU WIRUSOWEGO ZAPALENIA WĄTROBY TYPU C

Dr n. przyr. Bogdan Wojtyniak, prof. NIZP-PZH,  
Dr n. przyr. Paweł Goryński, Jakub Stokwiszewski  
Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego - PZH

Informacje o przyczynach i częstotliwości hospitalizacji ludności są, niezależnie od swojego znaczenia dla potrzeb administracyjnych, jednym z ważniejszych elementów wykorzystywanych w analizie zdrowia populacji. Niewątpliwą zaletą danych o hospitalizacji jest wiarygodność diagnozy, która jest bardziej poprawna niż pochodzące z innych źródeł, takich jak badanie umieralności, zgłaszalności w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej czy też z badań ankietowych. Zatem informacje dotyczące osób hospitalizowanych stanowią ważny element w ocenie problemów zdrowotnych ludności. Są one także niezbędne dla osób zajmujących się zarządzaniem w ochronie zdrowia. Koszty leczenia szpitalnego obejmują bowiem znaczną (ok. 50%) część wydatków przeznaczonych na ochronę zdrowia ludności niezależnie od istniejącego systemu.

Celem prezentowanego opracowania była analiza chorobowości hospitalizowanej z powodu wirusowego zapalenia wątroby typu C (WZW C) ludności Polski wg płci, wieku, miejsca zamieszkania w miastach lub na wsi a także województwa zamieszkania w latach 2010-2014.

## 15.1. Materiał i metody

W analizie wykorzystano dane zbierane w ramach *Ogólnopolskiego Badania Chorobowości Szpitalnej Ogólnej*, które jest prowadzone w ramach *Programu Badań Statystycznych Statystyki Publicznej* przygotowywanego corocznie przez Główny Urząd Statystyczny i zatwierdzanego przez Prezesa Rady Ministrów. Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego - Państwowy Zakład Higieny od 1979 r.

proceedzi nadzór merytoryczny nad tym badaniem, w tym także prowadzi analizę zbieranych informacji oraz archiwizowanie baz danych.

*Badanie Chorobowości Szpitalnej Ogólnej* obejmuje osoby leczone we wszystkich szpitalach z wyjątkiem szpitali psychiatrycznych oraz szpitali podlegających MON, MSW oraz Ministerstwu Sprawiedliwości (szpitale więzienne).

Kompletność przekazywanych danych do badania w latach 2010 -2014 przedstawiono w tabeli 15.1. (procent uczestniczących szpitali).

**Tabela 15.1.**

Kompletność przekazywanych danych do badania w latach 2010-2014

Rok	2010	2011	2012	2013	2014
% szpitali	92,4	94,5	91,5	91,9	92,1

Za osobę hospitalizowaną z powodu WZW C uznawano tego pacjenta, który miał podaną jako chorobę zasadniczą przyjęcia na oddział (pierwszy lub następny) ostre wirusowe zapalenie wątroby typu C (ICD 10 - B17.1) albo przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby typu C (B18.2). Na podstawie rekordów wypisowych dla każdego roku określono liczbę hospitalizacji osób z danym rozpoznaniem. Ponieważ osoba z WZW C mogła być hospitalizowana w ciągu roku więcej niż jeden raz, oszacowano również liczbę osób, które były hospitalizowane z powodu WZW C identyfikując pierwszą hospitalizację w danym roku. Ponieważ wypisowy rekord pacjentów nie posiada unikalnego identyfikatora osobowego jakim jest numer PESEL, zastosowano identyfikator przybliżony, który składał się z trzech elementów: daty urodzenia, kodu płci oraz kodu TERYT określającego miejsce zamieszkania z dokładnością do gminy.

Dla analizowanych lat obliczono współczynniki chorobowości hospitalizowanej rzeczywiste, natomiast dla województw również standaryzowane względem wieku. Do standaryzacji współczynników stosowano metodę bezpośrednią. Jako standardową strukturę wieku przyjęto tak zwaną strukturę europejską, jednakową dla mężczyzn i kobiet, stosowaną między innymi przez Europejskie Biuro Regionalne WHO.

## **15.2. Chorobowość hospitalizowana mieszkańców Polski z powodu WZW C**

Wirusowe zapalenie wątroby typu C w latach 2010-2014 było przyczyną hospitalizacji około 10 tys. mieszkańców Polski w ciągu roku (od 9,5 tys. w 2013 r. do 11,6 tys. w 2010 r.). Przeciętny roczny współczynnik chorobowości hospitalizowanej w latach 2010-2014 wynosił 26,7/100 tys. ludności. W ogromnej większości

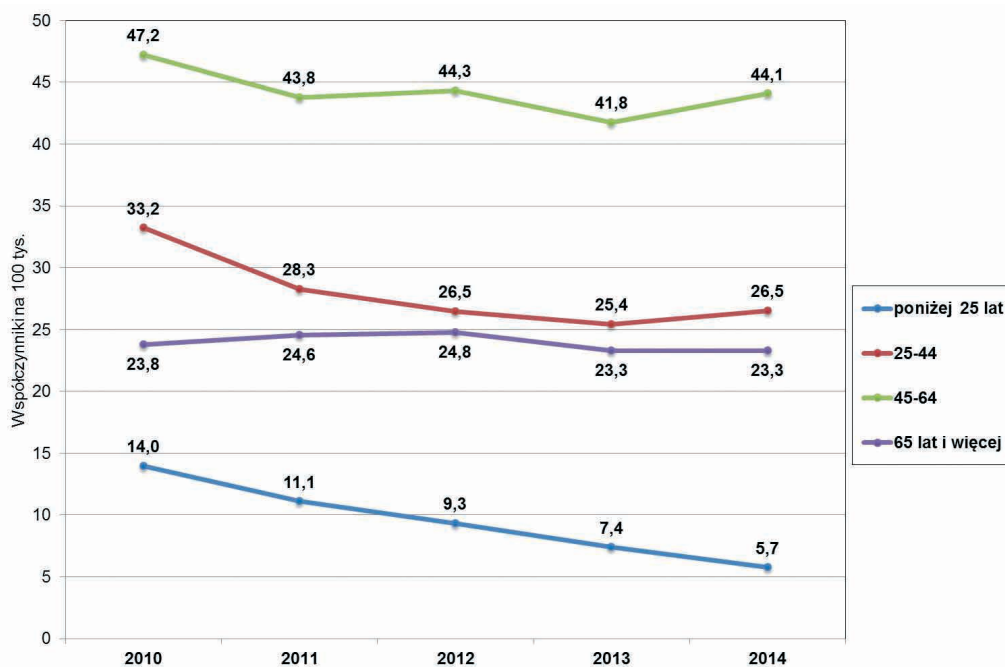
u osób tych występowało zapaleniem wątroby przewlekłe, było ono przyczyną hospitalizacji 98,5-98,8% pacjentów z WZW C. W sumie, w analizowanym pięcioletnim okresie odnotowano około 87,9 tys. przypadków hospitalizacji z powodu WZW C co oznacza, że osoba z tym rozpoznaniem była w ciągu roku hospitalizowana przeciętnie 1,7 razy.

**Tabela 15.2.**

Liczba hospitalizacji osób z WZW C wg płci i wieku w latach 2010-2014

Rok	Wiek w latach	Mężczyźni	Kobiety	Ogółem
2010	0-24	1 695	1 074	2 769
	25-44	3 787	2 517	6 304
	45-64	4 072	4 401	8 473
	65+	634	1 092	1 726
	<b>Ogółem</b>	<b>10 188</b>	<b>9 084</b>	<b>19 272</b>
2011	0-24	1 356	950	2 306
	25-44	3 256	2 070	5 326
	45-64	3 761	4 252	8 013
	65+	706	1 222	1 928
	<b>Ogółem</b>	<b>9 079</b>	<b>8 494</b>	<b>17 573</b>
2012	0-24	904	839	1 743
	25-44	3 030	2 230	5 260
	45-64	3 747	4 435	8 182
	65+	811	1 218	2 029
	<b>Ogółem</b>	<b>8 492</b>	<b>8 722</b>	<b>17 214</b>
2013	0-24	732	719	1 451
	25-44	2 855	2 203	5 058
	45-64	3 621	4 064	7 685
	65+	672	1 297	1 969
	<b>Ogółem</b>	<b>7 880</b>	<b>8 283</b>	<b>16 163</b>
2014	0-24	679	576	1 255
	25-44	3 217	2 386	5 603
	45-64	4 147	4 287	8 434
	65+	984	1 354	2 338
	<b>Ogółem</b>	<b>9 027</b>	<b>8 603</b>	<b>17 630</b>
Razem	0-24	5 366	4 158	9 524
	25-44	16 145	11 406	27 551
	45-64	19 348	21 439	40 787
	65+	3 807	6 183	9 990
	<b>Ogółem</b>	<b>44 666</b>	<b>43 186</b>	<b>87 852</b>

Współczynniki chorobowości hospitalizowanej są najwyższe u osób w wieku 45-64 lata, mają zbliżone wartości w grupach wieku 25-44 lata oraz 65 lat i więcej, a najniższe są u osób w wieku poniżej 25 lat (Ryc. 15.1.). We wszystkich grupach wieku współczynniki były najwyższe w 2010 r., natomiast w okresie 2011-2014 ich poziom był ustabilizowany, z wyjątkiem grupy najmłodszej, w której współczynniki miały wyraźny trend spadkowy.

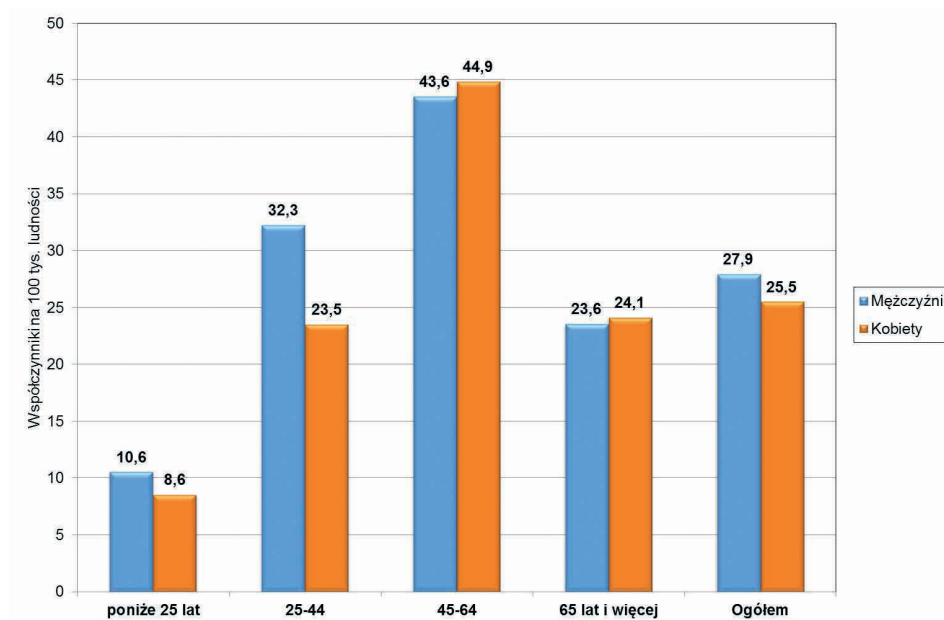


### Rycina 15.1.

Współczynniki chorobowości hospitalizowanej z powodu WZW C wg wieku w latach 2010-2014, mężczyźni i kobiety razem

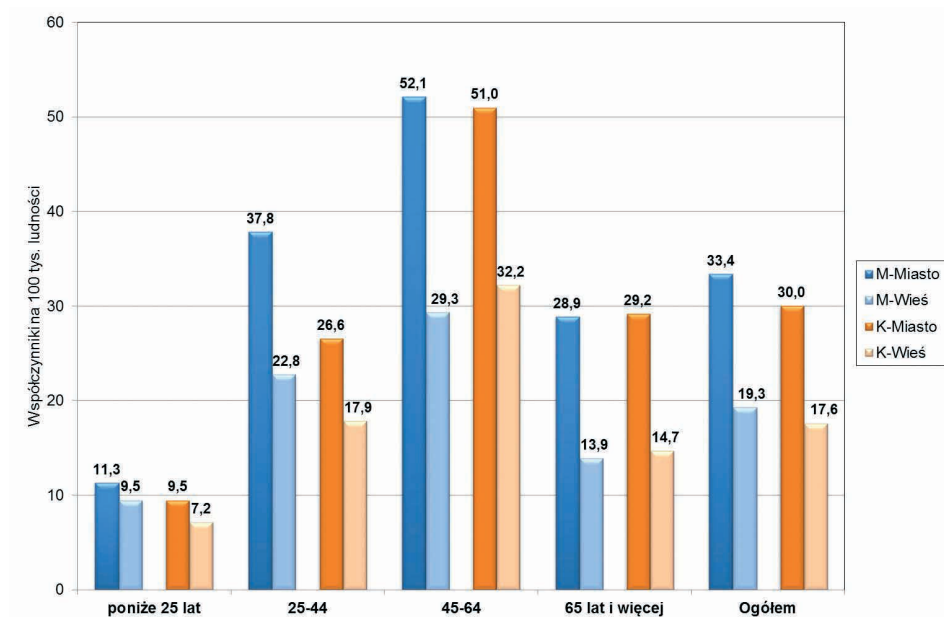
Ogólny współczynnik chorobowości hospitalizowanej mężczyzn i kobiet miał zbliżoną wartość, przy czym u osób młodszych, w wieku poniżej 45 lat, współczynnik chorobowości mężczyzn był wyższy niż kobiet, w wieku poniżej 25 lat o 23% a w wieku 25-44 lata o 37%, natomiast w starszych grupach wieku nieznacznie wyższe, o 2-3%, były współczynniki dla kobiet (Ryc. 15.2.).

Osoby mieszkające w miastach były leczone w szpitalach z powodu WZW C aż o 70% częściej niż mieszkające na wsi, przy czym wielkość tej nadwyżki zwiększała się wraz z wiekiem i o ile w najmłodszej grupie osób poniżej 25 lat wynosiła 19% wśród mężczyzn i 33% wśród kobiet, to w przypadku osób w wieku 65 lat i starszych w obu grupach płci nadwyżka ta była dwukrotna (Ryc. 15.3.).



**Rycina 15.2.**

Średnioroczne współczynniki chorobowości hospitalizowanej z powodu WZW C wg płci i wieku w latach 2010-2014

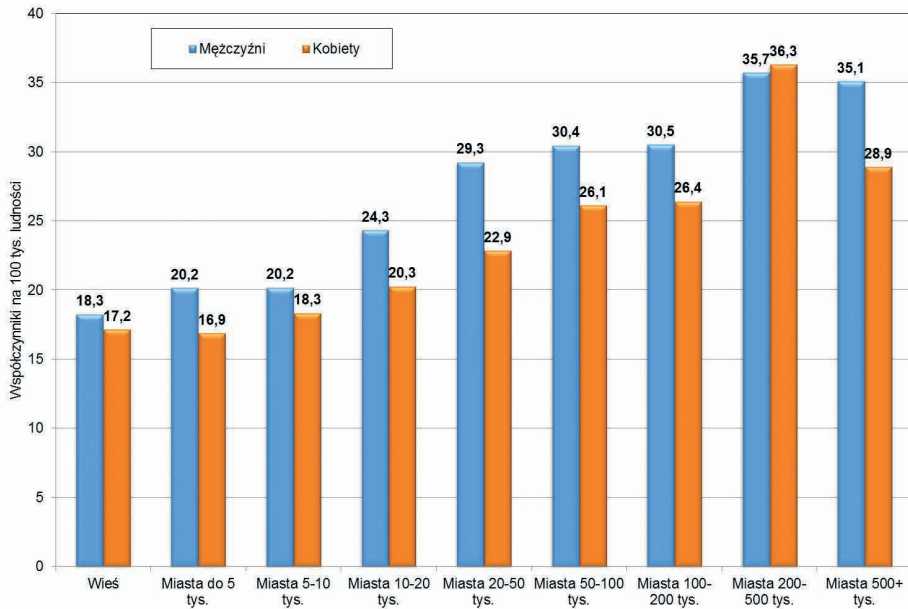


**Rycina 15.3.**

Średnioroczne współczynniki chorobowości hospitalizowanej z powodu WZW C mężczyzn (M) i kobiet (K) wg wieku i miejsca zamieszkania w latach 2010-2014



W miastach obserwuje się wyraźny wzrost chorobowości hospitalizowanej wraz ze wzrostem wielkości miast, z tym, że współczynniki dla mieszkańców miast o liczbie ludności od 200 do 500 tys. były wyższe, zwłaszcza w przypadku kobiet, niż współczynniki dla mieszkańców miast największych, powyżej 500 tys. ludności (Ryc. 15.4.).

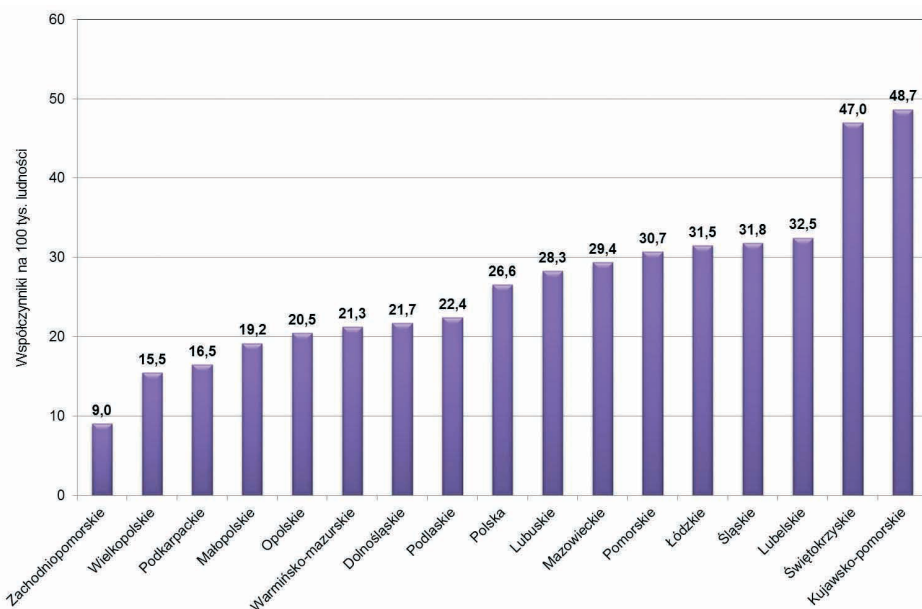


**Rycina 15.4.**

Średnioroczne standaryzowane współczynniki chorobowości hospitalizowanej z powodu WZW C mężczyzn i kobiet na wsi i w miastach o różnej wielkości w latach 2010-2014

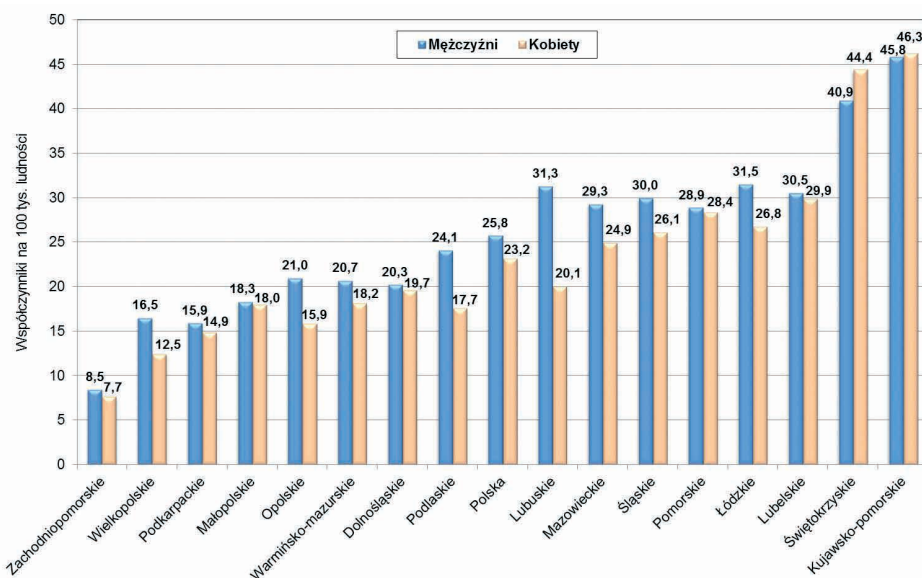
Występuje bardzo duże zróżnicowanie wojewódzkie w częstości hospitalizacji z powodu WZW C. Zdecydowanie najczęściej byli hospitalizowani mieszkańcy woj. kujawsko-pomorskiego i świętokrzyskiego a najrzadziej woj. zachodniopomorskiego i różnica poziomów współczynników jest ponad pięciokrotna (Ryc. 15.5.). Wielkość tego zróżnicowania nie wynikała z różnic w strukturze wieku mieszkańców poszczególnych województw co potwierdzają różnice między współczynnikami standaryzowanymi względem wieku. Współczynniki chorobowości kobiet w woj. kujawsko-pomorskim i świętokrzyskim były wyższe od ogólnopolskich o ponad 90% a nadwyżka wśród mężczyzn była mniejsza i wynosiła odpowiednio 78% i 59% (Ryc. 15.6.). Z drugiej strony w woj. zachodniopomorskim współczynniki chorobowości kobiet i mężczyzn były o dwie trzecie niższe od współczynników ogólnopolskich. Tak więc, nawet po standaryzacji współczynników, różnica w poziomie chorobowości hospitalizowanej w skrajnych województwach była ponad pięciokrotna. Warto zauważyć, że w dwóch województwach tzn. święto-

krzyskim i kujawsko-pomorskim współczynniki chorobowości hospitalizowanej kobiet były wyższe niż mężczyzn. Z drugiej strony w woj. lubuskim współczynnik chorobowości mężczyzn był o 56% wyższy niż kobiet.



**Rycina 15.5.**

Średnioroczne rzeczywiste współczynniki chorobowości hospitalizowanej z powodu WZW C wg województwa zamieszkania w latach 2010-2014



**Rycina 15.6.**

Średnioroczne standaryzowane względem wieku współczynniki chorobowości hospitalizowanej z powodu WZW C wg płci i województwa zamieszkania w latach 2010-2014

## Podsumowanie

Współczynniki chorobowości hospitalizowanej WZW C ogółem w Polsce w latach 2010-2014 miały tendencję spadkową we wszystkich grupach wieku, ale najbardziej u najmłodszych (poniżej 25 lat). Współczynniki hospitalizacji mężczyzn i kobiet były zbliżone choć w poszczególnych grupach wieku sytuacja była zróżnicowana, z przewagą hospitalizacji mężczyzn do 44 roku życia. Dane amerykańskie wskazują na konsekwentnie częstszą hospitalizację mężczyzn we wszystkich grupach wieku<sup>1</sup>. Równocześnie dane amerykańskie dotyczące hospitalizacji są na znacznie wyższym poziomie niż dane polskie i najniższe współczynniki obserwowane tam w poszczególnych, analizowanych latach dla różnych grup wieku nie schodziły poniżej 100 hospitalizowanych na 100 tys. ludności.

Charakterystyczna dla danych polskich jest, niezależnie od płci, częstsza hospitalizacja mieszkańców miast niż wsi oraz wyraźny wzrost częstości hospitalizacji wraz ze wzrostem wielkości miast. Wyraźnie zarysowane są też różnice terytorialne, jeśli chodzi o województwo zamieszkania hospitalizowanych z powodu WZW C. I tak w województwie zachodniopomorskim współczynniki chorobowości hospitalizowanej zarówno mężczyźni jak i kobiety są ponad pięciokrotnie wyższe niż w kujawsko-pomorskim.

W końcu należy zaznaczyć, że w ogromnej większości, u osób hospitalizowanych występowało zapalenie wątroby przewlekłe, było ono przyczyną hospitalizacji 98,5-98,8% pacjentów z WZW C.

---

<sup>1</sup> Hepatitis C Annual Report [http://new.dhh.louisiana.gov/assets/oph/Center-PHCH/Center-CH/infectious-epi/Annuaals/LalDAnnual\\_HepC.pdf](http://new.dhh.louisiana.gov/assets/oph/Center-PHCH/Center-CH/infectious-epi/Annuaals/LalDAnnual_HepC.pdf)



## PODSUMOWANIE

Dr n. med. Jakub Gierczyński, MBA,  
Dr n. med. Anita Gębska-Kuczerowska,  
Prof. dr hab. n. med. Mirosław J. Wysocki  
Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego - PZH

Monografia pt. „Aspekty systemowe i ekonomiczne WZW typu C w Polsce z perspektywy zdrowia publicznego” została zrealizowana w ramach Szwajcarsko-Polskiego Projektu KIK/35, jako uzupełnienie i kontynuacja pierwszej monografii pt. „Projekt KIK/35 - Zapobieganie zakażeniom HCV, jako przykład zintegrowanych działań w zdrowiu publicznym na rzecz ograniczenia zakażeń krwio pochodnych w Polsce”.

Intencją niniejszej monografii było zebranie aktualnych danych i stanowisk kluczowych interesariuszy systemowych, którzy zgodnie z zasadami zdrowia publicznego odgrywają istotną rolę na etapie edukacji, profilaktyki, monitoringu epidemiologicznego, zapobiegania, diagnostyki, leczenia, rehabilitacji, opieki społecznej oraz tworzenia polityki zdrowotnej w zakresie WZW typu C. Tak, jak napisano w przedmowie zaproszenie do udziału w monografii wystosowane przez Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego - PZH zostało przyjęte przez Szwajcarską Agencję ds. Rozwoju i Współpracy, Ministerstwo Zdrowia, Narodowy Fundusz Zdrowia, Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, Głównego Inspektora Sanitarnego, Zakład Ubezpieczeń Społecznych, Fundację Gwiazda Nadziei, Koalicję Hepatologiczną, Polską Grupę Ekspertów oraz Polskie Stowarzyszenie Pielęgniarek Epidemiologicznych. Należy podkreślić, że 32 autorów rozdziałów miało pełną niezależność w przygotowaniu kontrybucji naukowej z zakresu swoich działań i badań związanych z WZW typu C. Każdy z piętnastu rozdziałów blisko 300 stronicowej monografii dostarcza aktualnych i wiarygodnych danych, w większości publikowanych po raz pierwszy.

Poniżej przytoczono najważniejsze wnioski i zalecenia z poszczególnych rozdziałów przedstawiające szeroką perspektywę interesariuszy systemowych dotyczącą WZW C, jako jednego z największych wyzwań dla zdrowia publicznego w Polsce i na świecie.

**Z perspektywy międzynarodowej** przedstawionej w rozdziale autorstwa Pani Eriki Placelli, doradczynie ds. zdrowia dla regionu Europy Wschodniej i Azji Centralnej, Szwajcarskiej Agencji ds. Rozwoju i Współpracy fundamentalnym jest aktywne partycypowanie wszystkich kluczowych interesariuszy systemowych w opracowaniu i wdrażaniu narodowej strategii w zapobieganiu zakażeniom HCV. Szczególne znaczenie w tym procesie ma głos i działania środowisk pacjentów. Specjalna uwaga powinna być poświęcona również bezpośrednim beneficjentom strategii narodowej - kobietom w ciąży, iniekcyjnym użytkownikom narkotyków, lekarzom, pielęgniarkom, pracownikom medycznym oraz pacjentom i ich rodzinom. Zalecany jest dalszy rozwój akredytowanych szkoleń personelu medycznego oraz pracowników usług pozamedycznych. Należy prowadzić kampanię uświadamiającą problem zakażenia HCV oraz przeciwdziałać dyskryminacji osób zakażonych HCV. Zalecane jest przygotowanie odpowiednich ram prawnych oraz finansowych umożliwiających wdrożenie narodowej strategii zapobiegania zakażeniom HCV na szczeblu centralnym i regionalnym. W celu wdrożenia strategii istotna jest współpraca międzysektorowa. Dane epidemiologiczne powinny być monitorowane i udostępnione na poziomie krajowym i europejskim.

**Z perspektywy wyników i wniosków płynących z realizacji Szwajcarsko-Polskiego Projektu KIK/35** *Zapobieganie zakażeniom HCV* przedstawionych w rozdziale autorstwa dr hab. n. med. Rafała Gierczyńskiego, prof. Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego - PZH można stwierdzić, że w okresie od 2012 r. do 2016 r. przygotowano solidne dane i założenia merytoryczne do opracowania narodowej strategii zapobiegania zakażeniom HCV w Polsce. Szczegółowy materiał badawczy został zaprezentowany w monografii pt. „Projekt KIK/35 - Zapobieganie zakażeniom HCV, jako przykład zintegrowanych działań w zdrowiu publicznym na rzecz ograniczenia zakażeń krwiopochodnych w Polsce” przedstawionej w trakcie konferencji odbywającej się w dniach 6 i 7 lutego 2017 r. w Narodowym Instytucie Zdrowia Publicznego - PZH w Warszawie.

**Z perspektywy Głównego Inspektoratu Sanitarnego (GIS)** przedstawionej w rozdziałach autorstwa mgr Aleksandry Czyrznikowskiej, mgr Izabeli Kucharskiej i lek. med. Marka Posobkiewicza głównym celem jest osiągnięcie pożądanych norm zdrowotnych poprzez podejmowanie działań umożliwiających zachowanie lub przywracanie bezpieczeństwa zdrowotnego - zarówno jednostki jak i całego społeczeństwa. Od wielu lat realizowane są inicjatywy i działania, których celem jest identyfikacja i szacowanie skali zagrożeń, a także inicjowanie i organizowanie skoordynowanego nadzoru - w tym zapobieganie zakażeniom krwiopochodnym - HBV, HCV, HIV. Wymaga to wieloaspektowych działań oraz zwiększenie wiedzy społeczeństwa i personelu wykonującego zabiegi z przerwaniem ciągłości tkanek. Państwowa Inspekcja Sanitarna jest w obszarze zdrowia publicznego kluczową strukturą zapewniającą podejmowanie skutecznych działań przeciw-

epidemicznych i zapobiegawczych zarówno na poziomie lokalnym, regionalnym jak i krajowym. Konieczne jest również kontynuowanie prac systemowych i unormowań prawnych w celu wdrożenia wymogów sanitarno-higienicznych w podmiotach spoza sektora usług medycznych. Problem WZW C jest szczególnie istotny i wymaga podejmowania kompleksowych inicjatyw - w szczególności w zakresie profilaktyki i diagnostyki zakażeń. Z powodu braku szczepionki przeciwko HCV szczególne znaczenie ma, obok wymienionych wcześniej działań, edukacja społeczeństwa szczególnie skierowanych do szerokich grup odbiorców. Z racji rosnącego problemu odległych powikłań zakażenia HCV, takich jak marskość i rak pierwotny wątroby bardzo ważne są kompleksowe działania prewencyjne zakażenia HCV. Wszelkie działania w obszarze zdrowia publicznego powinny być zweryfikowane w oparciu o aktualne przepisy prawa, funkcjonujące rozwiązania oraz aktualne i wiarygodne dane epidemiologiczne.

**Z perspektywy interesariuszy systemowych na podstawie badań jakościowych,** opisanych w rozdziale przez dr n. med. Anitę Gębską-Kuczerowską, prof. dr hab. n. med. Mirosława J. Wysockiego, dr n. med. Iwonę Paradowską-Stankiewicz, dr psych. Magdalenę Stec i dr n. med. Grzegorza Juszczyka, największe szanse na eliminację zakażeń HCV pokładane są w wysokiej skuteczności innowacyjnych terapii, natomiast zagrożenia związane są z systemowymi ograniczeniami finansowymi, organizacyjnymi i prawnymi oraz dynamicznie rozwijającym się rynkiem usług pozamedycznych. W ramach projektu badawczego opracowano propozycję listy kluczowych problemów oraz propozycji ich rozwiązań. Sugerowane zmiany dotyczą przede wszystkim systemów edukacji, nadzoru epidemiologicznego, leczenia, regulacji prawnych, finansowania, organizacji prewencji zakażeń HCV. Konkretnie rozwiązania, których najszybsze wdrażanie popart najwyższy odsetek interesariuszy systemowych to przede wszystkim uruchomienie kampanii medialnych i społecznych na temat zakażeń HCV, skierowanych do szerokiej grupy odbiorców. Kampanie te powinny być współorganizowane przez organizacje pozarządowe i emitowane w środkach masowego przekazu oraz w mediach społecznościowych. Następnym rekomendowanym działaniem było ułatwienie dostępu do diagnostyki i leczenia zakażeń HCV - szczególnie w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej (POZ). Lekarze POZ powinni posiadać odpowiednią wiedzę na temat zakażeń HCV, edukować pacjentów, zlecać odpowiednie testy diagnostyczne, a w przypadku potwierdzenia zakażenia niezwłocznie kierować chorego do specjalisty chorób zakaźnych. Następnymi rekomendowanymi działaniami jest zdefiniowanie grup zawodowych wymagających specjalnych regulacji prawnych w aspekcie zakażeń HCV. Powinny być prowadzone praktyczne i regularne szkolenia specjalistyczne dla osób wykonujących czynności zawodowe z naruszeniem ciągłości tkanek. Należy również dokonać wspólnie z nadzorem epidemiologicznym przeglądu zalecanych procedur postępowania w szpitalach i poradniach w zakresie zapobiegania zakażeniom krwiopochodnym.

**Z perspektywy nadzoru epidemiologicznego** przedstawionej w rozdziale autorstwa dr hab. n. o zdr. Magdaleny Rosińskiej i lek. med. Małgorzaty Stępień z Zakładu Epidemiologii Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego - PZH stwierdzono, że w ostatnich latach uwidocznił się trend wzrostowy liczby nowo rozpoznanych zakażeń HCV. Może to wskazywać na poprawę rozpoznawalności zakażeń oraz poprawę wykrywalności zwłaszcza wśród kobiet. Wskaźnik nowo wykrywanych zakażeń wykazuje duże zróżnicowanie terytorialne, z dużym prawdopodobieństwem związane z dostępnością diagnostyki. Wykrywalność jest również niższa na terenach wiejskich niż miejskich, co wskazuje na regionalne nierówności w zdrowiu. W zakresie monitoringu epidemiologicznego w Polsce planowane jest wprowadzenie możliwości określenia okoliczności wykrycia zakażenia, przynależności do grup szczególnego ryzyka oraz stanu klinicznego przy rozpoznaniu.

**Z perspektywy pielęgniarstwa epidemiologicznego** przedstawionej w rozdziale opracowanym przez dr n. med. Mirosławę Malarę, dr n. przyr. Grzegorza Ziółkowskiego, mgr Małgorzatę Sobanię, mgr Małgorzatę Giemzę, Ritę Pawletko i mgr Edytę Synowiec, reprezentujących Polskie Stowarzyszenie Pielęgniarek Epidemiologicznych, podkreślono kluczową rolę pielęgniarek epidemiologicznych w procesie edukacji oraz oceny prawidłowości i skuteczności procedur zapobiegania zakażeniom HCV nabytym w szpitalu. Strategia postępowania w WZW C musi opierać się na wczesnym rozpoznaniu oraz szerokim dostępie do nowoczesnych i skutecznych terapii. Pielęgniarki epidemiologiczne powinny w ramach realizacji strategii prowadzić edukację zdrowotną i prospektywny nadzór nad zakażeniami HCV z wprowadzeniem obowiązkowego programu badań przesiewowych w celu identyfikacji pacjentów zakażonych. Zalecane jest wdrożenie ogólnopolskich standardów proceduralnych ograniczających do minimum kontakt personelu medycznego z krwią pacjenta, a także kompleksowego postępowania prewencyjnego po ekspozycji zawodowej.

**Z perspektywy organizacji pacjentów**, Fundacji Gwiazda Nadziei i Koalicji Hepatologicznej reprezentowanych przez autorkę rozdziału mgr Barbarę Pepke, system opieki nad pacjentami z WZW C wymaga poprawy. WZW C powinno być uznane za priorytet narodowy, a i zwiększenie środków finansowych przeznaczonych na diagnostykę i leczenie, może przyczynić się do eliminacji zakażeń HCV w Polsce. Powinien być opracowany i wdrożony skoordynowany i sprawny system diagnostyki i leczenia szczególnie w aspekcie redukcji nierówności w dostępie do świadczeń pomiędzy województwami. Należy umożliwić dostęp do zalecanego w wytycznych klinicznych leczenia wszystkim kwalifikującym się chorym na WZW C. Należy wzmocnić nadzór epidemiologiczny w placówkach ochrony zdrowia oraz wszystkich miejscach, gdzie możliwe jest zakażenie HCV. Fundamentalna jest ciągła edukacja społeczeństwa na temat HCV i WZW prowadząca do ograniczenia nowych zakażeń, diagnozowania osób zakażonych, nieświadomych zakażenia oraz tolerancji wobec osób zakażonych.



**W opinii środowiska lekarzy specjalistów chorób zakaźnych** reprezentowanego przez prof. dr hab. n. med. Roberta Flisiaka oraz prof. dr hab. n. med. Waldemara Halotę z Polskiej Grupy Ekspertów HCV, celem uzyskania znaczącej redukcji liczby zakażonych w Polsce jest dostęp do wysoce skutecznej terapii oraz wdrożenie programu badań przesiewowych w grupach najbardziej narażonych na zakażenie HCV. W terapii WZW C w ostatnich latach dokonał się przełom - od terapii interferonem pegylowanym z rybawiryną, poprzez terapię trójlekową, aż po leczenie całkowicie bezinterferonowe. Skuteczność terapii zakażeń HCV z poziomu około 50% wzrosła do blisko 100%, a standardowy czas kuracji skrócił się z 48 do 12 tygodni, przy profilu bezpieczeństwa bliskim placebo. W najbliższym czasie należy spodziewać się nowych leków, w tym stosowanych tylko przez 8 tygodni. Równoległe z pojawieniem się nowych możliwości leczenia zakażeń HCV należy oczekiwać spadku cen leków, co przełoży się na znaczące zwiększenie liczby leczonych, nawet przy utrzymaniu aktualnego finansowania programu bezinterferonowej terapii WZW C. Stworzy to realną szansę na eliminację HCV w Polsce. Przeszkodą ku temu, oprócz ograniczeń finansowych budżetu płatnika publicznego, może być niewystarczająca do potrzeb liczba specjalistów chorób zakaźnych, prowadzących leczenie zakażonych HCV. Z racji, że większość zakażonych HCV w Polsce nie jest świadoma, że jest zakażona, należy wprowadzić w ramach narodowego programu eliminacji HCV badania przesiewowe w populacjach zwiększonego ryzyka zakażeniem HCV. Program badań przesiewowych oraz dostęp zakażonych HCV do skutecznej terapii stwarza realne szanse na osiągnięcie do 2030 r. redukcji liczby zakażonych o 90%. Należy podkreślić również rolę Polskiej Grupy Ekspertów HCV w publikowaniu krajowych rekomendacji leczenia WZW C, budowaniu dialogu w tworzeniu polityki zdrowotnej oraz świadomości społecznej zakażeń HCV. Polska Grupa Ekspertów HCV współpracowała i współpracuje w tym zakresie z Ministerstwem Zdrowia, Narodowym Funduszem Zdrowia, Sejmem i Senatem RP, organizacjami pacjentów, ośrodkami akademickimi i klinicznymi, instytucjami naukowymi i środkami masowego przekazu.

W rozdziale autorstwa dr n. med. Wojciecha Wysoczańskiego z **Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (AOTMiT)** zaprezentowano ocenę współczesnych technologii medycznych stosowanych w diagnostyce i terapii zakażeń HCV. Świadczenia zdrowotne oraz programy ukierunkowane na profilaktykę są wykonywane w ramach różnych elementów koszyka świadczeń gwarantowanych. Do stycznia 2017 r., AOTMiT oceniła 21 programów polityki zdrowotnej (PPZ) dedykowanych problematyce zakażeń HCV. Programy te polegają na wykrywaniu i realizowaniu potrzeb zdrowotnych oraz poprawie stanu zdrowia grupy świadczeniobiorców i są opracowane, realizowane i finansowane przez Ministerstwo Zdrowia albo jednostkę samorządu terytorialnego. Wydaje się zasadne podjęcie prac nad opracowaniem programu ogólnokrajowego w zakresie zwalczania

zakażenia HCV, także w aspekcie doświadczeń w ramach realizowanych programów lokalnych.

**Z perspektywy Ministerstwa Zdrowia** przedstawionej w rozdziale autorstwa dr n. ekon. Barbary Więckowskiej, mgr Beaty Koń i Mariusza Zięby, fundamentalnym w budowaniu strategii w zakresie WZW w Polsce, jest szacowanie potrzeb zdrowotnych na podstawie wiarygodnych danych. W grudniu 2016 r. Ministerstwo Zdrowia opublikowało Mapy Potrzeb Zdrowotnych w zakresie WZW obejmujące lecnicstwo zamknięte. Dane i analizy z pozostałych zakresów świadczeń zostaną opublikowane do grudnia 2017 r. Mapy Potrzeb Zdrowotnych, oprócz oceny funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej i szacowania potrzeb zdrowotnych ludności, mają za zadanie wspomaganie procesów decyzyjnych w systemie opieki zdrowotnej oraz wskazanie priorytetów w polityce zdrowotnej na szczeblu narodowym i regionalnym. Mapy Potrzeb Zdrowotnych w zakresie WZW wskazują na występujące różnice regionalne w korzystaniu ze świadczeń szpitalnych pomiędzy województwami oraz świadczeniodawcami. Najczęściej hospitalizowaną grupą pacjentów z powodu WZW C byli dorośli pacjenci, w szczególności osoby w wieku 50-65 lat. Z przedstawionych analiz wynikają również różnice regionalne w realizacji programów lekowych.

**Z perspektywy płatnika publicznego**, przedstawionej w rozdziale opracowanym przez lek. med. Krystynę Wodejko i lek. med. Wojciecha Zawalskiego z Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ), wynika, że w związku ze zwiększającą się zachorowalnością na przewlekłe WZW dąży się do zabezpieczenia świadczeń dla chorych. Wg danych NFZ liczba osób leczonych na przewlekłe WZW wynosi w Polsce ok. 75 tys. osób, z czego 50% stanowią chorzy na WZW C (ICD 10; B18.2). Koszty leczenia chorych na WZW typu C wynoszą 80% kosztów leczenia wszystkich typów WZW. Z roku na rok zwiększa się liczba chorych leczonych w ramach programów lekowych. Na koniec 2016 r. terapię w ramach programów lekowych otrzymało 33% chorych na WZW C, wobec 25% w 2015 r. Pomimo rosnącej liczby osób leczonych, wzrastających nakładów na programy lekowe oraz zwiększenia liczby ośrodków leczących, kolejki chorych do terapii WZW C wydłużyły się.

**Z perspektywy Zakładu Ubezpieczeń Społecznych (ZUS)**, przedstawionej w rozdziale autorstwa mgr Ewy Karczewicz przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby (ICD 10; B18)<sup>29</sup> generowało w 2015 r. wydatki na świadczenia z tytułu niezdolności do pracy w wysokości ok. 50 mln zł, co stanowiło 0,1% wydatków ZUS na świadczenia w tym zakresie ogółem. W wydatkach poniesionych w związku

---

<sup>29</sup> Zasoby danych ZUS nie pozwalają na wyodrębnienie danych dotyczących tylko WZW typu C (ICD 10; B18.2).

z niezdolnością do pracy spowodowaną przewlekłym zapaleniem wątroby dominowały wydatki na renty z tytułu niezdolności do pracy w kwocie ok. 32 mln zł. W porównaniu z 2014 r. wydano jednak ok. 16% mniej orzeczeń rentowych. Drugą znaczącą pozycję wydatków ZUS stanowiły wydatki z tytułu absencji chorobowej w wysokości ok. 2 mln zł. W porównaniu z 2014 r. odnotowano spadek liczby dni absencji chorobowej o ok. 10%. Analiza wskazuje na wyższy odsetek mężczyzn, jako beneficjentów świadczeń ZUS.

**Z perspektywy Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego - Państwowego Zakładu Higieny** jako wykonawcy *Ogólnopolskiego Badania Chorobowości Szpitalnej* przedstawionej przez dr n. przyr. Bogdana Wojtyniaka, dr n. przyr. Pawła Goryńskiego oraz Jakuba Stokwiszewskiego, stwierdzono stabilizację częstości hospitalizacji osób w wieku 25 lat i starszym z powodu WZW C w latach 2011-2014, wyraźnie niższą częstość hospitalizacji mieszkańców wsi niż miast i wzrost współczynników hospitalizacji wraz ze wzrostem wielkości miast. Ponadto stwierdzono ponad pięciokrotną różnicę współczynników chorobowości hospitalizowanej między województwami, która była niezależna od różnic w strukturze wieku mieszkańców województw.

Dzięki kontrybucji kluczowych interesariuszy systemowych zaprezentowano wartościowy materiał, który może być wsparciem działań, wynikających z potrzeb zdrowotnych w zakresie zakażeń HCV. Rekomendacje Światowej Organizacji Zdrowia zalecają rządów krajów europejskich dostosowanie krajowych strategii WZW oraz systemów zdrowia publicznego w zakresie prewencji, monitorowania i eliminacji zakażeń, budowania świadomości społecznej, diagnostyki, dostępu do skutecznej terapii oraz analizowania wskaźników systemowych i ekonomicznych. Warto również pamiętać, że efekty zdrowotne na szczeblu narodowym i regionalnym uzyskuje się poprzez wdrażanie podstawowych funkcji zdrowia publicznego a zwłaszcza przez edukację, zapobieganie zakażeniom HCV, tworzenie sprzyjających zdrowiu warunków społeczno-ekonomicznych oraz zapewnienie powszechnego i równego dostępu do opieki medycznej. Podstawowym warunkiem sukcesu jest jednak zawsze koordynacja i kompleksowość działań wszystkich interesariuszy systemowych. Pozostaje mieć nadzieję, że materiał przedstawiony w tej monografii przyczyni się do twórczej dyskusji oraz konkretnych działań prowadzących do optymalizacji rozwiązań systemowych w zakresie WZW C, jako jednego z większych wyzwań dla zdrowia publicznego w Polsce.



## WYKAZ SKRÓTÓW I POJĘĆ OBCOJĘZYCZNYCH

AIDS	Acquired Immunodeficiency Syndrome lub Acquired Immune (zespół nabytego niedoboru odporności)
ALOS	average length of stay (średnia długość pobytu pacjenta w szpitalu)
AOS	ambulatoryjna opieka specjalistyczna
AOTMiT	Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
ASV	asunaprewir
BHP	bezpieczeństwo i higiena pracy
BOC	boceprewir
CHF	frank szwajcarski, waluta
CI	przedział ufności
DAA	Direct Acting Antivirals (leki o bezpośrednim działaniu przeciwwirusowym)
DCV	daklataswir
DSV	dazabuwir
EASL	European Association for the Study of the Liver (Europejskie Stowarzyszenie Badań nad Wątrobą)
EBR	elbaswir
ECDC	European Centre for Disease Prevention and Control (Europejskie Centrum ds. Zapobiegania i Kontroli Chorób)
ELPA	European Liver Patients Association (Europejskie Stowarzyszenie Pacjentów z Chorobami Wątroby)

---

EPSU	European Public Services Union (Europejska Federacja Związków Zawodowych Służb Publicznych)
ESCMID	European Society of Clinical Microbiology and Infectious Diseases (Europejskie Towarzystwo Mikrobiologii Klinicznej i Chorób Zakaźnych)
EUNETHTA	European network for Health Technology Assessment (Europejska sieć Oceny Technologii Medycznych)
FGI	zogniskowany wywiad grupowy
FUS	Fundusz Ubezpieczeń Społecznych
GIS	Główny Inspektorat Sanitarny
GUS	Główny Urząd Statystyczny
GZR	grazoprewir
HAI	Healthcare Associated Infection (zakażenia związane z opieką zdrowotną)
HBV	Hepatitis B Virus (wirus zapalenia wątroby typu B)
HCC	carcinoma hepatocellulare (rak wątrobowokomórkowy)
HCV	Hepatitis C Virus (wirus zapalenia wątroby typu C)
HIV	Human Immunodeficiency Virus (ludzki wirus niedoboru odporności)
HOSPEEM	European Hospital and Healthcare Employers' Association (Europejskie Stowarzyszenie Szpitali i Pracodawców Ochrony Zdrowia)
HTA	health technology assessment (ocena technologii medycznych)
ICD-10	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych)
IDU	Injecting Drug Users (iniekcijni użytkownicy narkotyków)
IFNa	interferon alfa
IP	Instytucja Pośrednicząca
JGP	Jednorodne Grupy Pacjentów

---

LDV	ledipaswir
MPZ	mapy potrzeb zdrowotnych
MSM	men who have sex with men (mężczyźni mający kontakty seksualne z mężczyznami)
NFZ	Narodowy Fundusz Zdrowia
NIZP-PZH	Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego - Państwowy Zakład Higieny
NPZ	Narodowy Program Zdrowia
OBV	ombitaswir
OC	ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej
PCM	Project Cycle Management (Zarządzaniem Cyklem Życia Projektu)
PegIFNa	interferon pegylowany alfa
PGE HCV	Polska Grupa Ekspertów HCV
PIS	Państwowa Inspekcja Sanitarna
POZ	podstawowa opieka zdrowotna
PPZ	Programy Polityki Zdrowotnej
PRV	paritaprewir
PSSE	Powiatowa Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna
PTZS	Polskie Towarzystwo Zakażeń Szpitalnych
PZ	Programy Zdrowotne
RBV	rybawiryna
RM	rezonans magnetyczny
RNA	ribonucleic acid (kwas rybonukleinowy)
RVR	Rapid Virologic Response (wczesna odpowiedź wirusologiczna)
SDC	Swiss Agency for Development and Cooperation (Szwajcarska Agencja ds. Rozwoju i Współpracy)
SMPT	System Monitorowania Programów Terapeutycznych
SMV	symeprewir
SOF	sofosbuwir

SPA	szpitalna polityka antybiotykowa
SPPW	Szwajcarsko-Polski Program Współpracy
SVR	Sustained Viral Response (brak wykrywalnego HCV-RNA w krwi w czasie 24 tygodni po przerwaniu leczenia)
SZP	leczenie szpitalne
TK	tomografia komputerowa
TVR	telaprewir
UE	Unia Europejska
USA	Stany Zjednoczone Ameryki
UV	promieniowanie ultrafioletowe
VEL	welpataswir
WHO	World Health Organization (Światowa Organizacja Zdrowia)
WSSE	Wojewódzka Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna
WZW	Wirusowe Zapalenie Wątroby
WZW A	Wirusowe Zapalenie Wątroby typu A
WZW B	Wirusowe Zapalenie Wątroby typu B
WZW C	Wirusowe Zapalenie Wątroby typu C
ZKZS	Zespół Kontroli Zakazań Szpitalnych
ZUS	Zakład Ubezpieczeń Społecznych



# INDEKS AUTORÓW

## **CZYRZNIKOWSKA ALEKSANDRA**

(mgr), Naczelnik Wydziału Nadzoru Epidemiologicznego i Reagowania w Departamencie Zapobiegania oraz Zwalczania Zakażeń i Chorób Zakaźnych u Ludzi, Główny Inspektorat Sanitarny

## **FLISIAK ROBERT**

(prof. dr hab. n. med.), Kierownik Kliniki Chorób Zakaźnych i Hepatologii, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

## **GĘBSKA-KUCZEROWSKA ANITA**

(dr n. med.), adiunkt, Zakład Promocji Zdrowia i Szkolenia Podyplomowego; Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego - Państwowy Zakład Higieny w Warszawie

## **GIEMZA MAŁGORZATA**

(mgr), Członek Zarządu Polskiego Stowarzyszenia Pielęgniarek Epidemiologicznych

## **GIERCZYŃSKI JAKUB**

(dr n. med. MBA), starszy specjalista, Zakład Promocji Zdrowia i Szkolenia Podyplomowego; Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego - Państwowy Zakład Higieny w Warszawie; Wykładowca i ekspert, Instytut Zarządzania w Ochronie Zdrowia; Uczelnia Łazarskiego w Warszawie

## **GIERCZYŃSKI RAFAŁ**

(dr hab. n. med.), profesor NIZP-PZH; Kierownik Zakładu Bakteriologii; Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego - Państwowy Zakład Higieny w Warszawie

## **GORYŃSKI PAWEŁ**

(dr n. przyr.), Zakład - Centrum Monitorowania i Analiz Stanu Zdrowia Ludności, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego - Państwowy Zakład Higieny w Warszawie

## **HALOTA WALDEMAR**

(prof. dr hab. n. med.), Kierownik Katedry i Kliniki Chorób Zakaźnych i Hepatologii, Uniwersytet Medyczny w Bydgoszczy, Prezes Polskiej Grupy Ekspertów HCV

**JUSZCZYK GRZEGORZ**

(dr n. med.), adiunkt, Zakład Zdrowia Publicznego, Warszawski Uniwersytet Medyczny

**KARCZEWICZ EWA**

(mgr), Naczelnik Wydziału Badań Statystycznych, Departament Statystyki i Prognoz Aktuarnych, Zakład Ubezpieczeń Społecznych

**KOŃ BEATA**

(mgr), Departament Analiz i Strategii, Ministerstwo Zdrowia, Kolegium Analiz Ekonomicznych, Szkoła Główna Handlowa w Warszawie

**KUCHARSKA IZABELA**

(mgr), Zastępca Głównego Inspektora Sanitarnego

**MALARA MIROŚŁAWA**

(dr n. med.), Prezes Polskiego Stowarzyszenia Pielęgniarek Epidemiologicznych

**PARADOWSKA-STANKIEWICZ IWONA**

(dr n. med.), Konsultant Krajowy w dziedzinie Epidemiologii, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego - Państwowy Zakład Higieny w Warszawie

**PAWLETKO RITA**

Członek Zarządu Polskiego Stowarzyszenia Pielęgniarek Epidemiologicznych

**PEPKE BARBARA**

(mgr), Prezes Fundacji Gwiazda Nadziei, Lider Koalicji Hepatologicznej

**PLACELLA ERIKA**

doradca ds. zdrowia dla regionu Europy Wschodniej i Azji Centralnej, Szwajcarska Agencja ds. Rozwoju i Współpracy

**POSOBKIEWICZ MAREK**

(lek. med.), Główny Inspektor Sanitarny

**ROSIŃSKA MAGDALENA**

(dr hab. n. o zdr.), profesor NIZP-PZH, Zakład Epidemiologii, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego - Państwowy Zakład Higieny w Warszawie.

**SOBANIA MAŁGORZATA**

(mgr), Zastępca Prezesa Polskiego Stowarzyszenia Pielęgniarek Epidemiologicznych

**STEC MAGDALENA**

(dr psych.), Millword Brown

**STĘPIEŃ MAŁGORZATA**

(lek. med.), Zakład Epidemiologii, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego - Państwowy Zakład Higieny w Warszawie

**STOKWISZEWSKI JAKUB**

matematyk, Zakład - Centrum Monitorowania i Analiz Stanu Zdrowia Ludności, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego - Państwowy Zakład Higieny w Warszawie

**SYNOWIEC EDYTA**

(mgr), Członek Zarządu Polskiego Stowarzyszenia Pielęgniarek Epidemiologicznych

**WIĘCKOWSKA BARBARA**

(dr n. ekon.), adiunkt w Katedrze Ubezpieczenia Społecznego w Szkole Głównej Handlowej w Warszawie, Dyrektor Departamentu Analiz i Strategii, Ministerstwo Zdrowia, Kierownik Projektu Mapy Potrzeb Zdrowotnych - Baza Analiz Systemowych i Wdrożeniowych współfinansowanego przez Unię Europejską ze środków PO WER

**WODEJKO KRYSZYNA**

(lek. med.), Kierownik Sekcji Ambulatoryjnej Opieki Specjalistycznej i Programów Profilaktycznych, Centrala Narodowego Funduszu Zdrowia

**WOJTYSIAK BOGDAN**

(dr n. przyr.), profesor NIZP-PZH, Kierownik Zakładu - Centrum Monitorowania i Analiz Stanu Zdrowia Ludności, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego - Państwowy Zakład Higieny w Warszawie

**WYSOCKI MIROSLAW JAN**

(prof. dr hab. n. med.), Dyrektor Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego - PZH, Konsultant Krajowy w dziedzinie Zdrowia Publicznego; Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego - Państwowy Zakład Higieny w Warszawie

**WYSOCZAŃSKI WOJCIECH**

(dr n. med.) Dyrektor Wydziału Oceny Technologii Medycznych, Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji

**ZAWALSKI WOJCIECH**

(lek. med., specjalista położnictwa i ginekologii), Dyrektor Departamentu Świadczeń Opieki Zdrowotnej, Centrala Narodowego Funduszu Zdrowia w Warszawie

**ZIĘBA MARIUSZ**

Departament Analiz i Strategii, Ministerstwo Zdrowia

**ZIÓŁKOWSKI GRZEGORZ**

(dr n. przyr. specjalista zdrowia publicznego, mikrobiologii klinicznej oraz higieny i epidemiologii), Wyższa Szkoła Medyczna w Sosnowcu, członek honorowy Polskiego Stowarzyszenia Pielęgniarek Epidemiologicznych, biegły sądowy przy Sądzie Okręgowym w Katowicach w zakresie mikrobiologii klinicznej i zakażeń szpitalnych, Kierownik Zakładu Mikrobiologii CDL Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego nr 5 im. Św. Barbary w Sosnowcu