



# RAPORT: SYTUACJA CHORYCH NA CHOROBY METABOLICZNE W CZASIE PANDEMII KORONAWIRUSA SARS- CoV-2

*Medyczna Racja Stanu jest think tankiem powstałym z inicjatywy: Instytutu Studiów Politycznych Polskiej Akademii Nauk, Polskiej Unii Onkologii, Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce i Green Communication celem łączenia opiniotwórczych osób, środowisk i instytucji wokół wyzwań związanych z kondycją zdrowotną Polaków i wypracowywania zgody politycznej na niezbędne zmiany w systemie ochrony zdrowia.*



Warszawa  
25 czerwca 2020 r.

Raport pt. Sytuacja chorych na choroby metaboliczne w czasie pandemii koronawirusa SARS-CoV-2.  
Warszawa, Czerwiec 2020 r.

ISBN 978-83-958532-9-6

Redakcja naukowa: Dr n. med. Jakub Gierczyński, MBA

Autorzy w kolejności alfabetycznej:

1. Prof. Paweł Bogdański, Zakład Edukacji i Leczenia Otyłości oraz Zaburzeń Metabolicznych Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu
2. Prof. Leszek Czupryniak, Kierownik Kliniki Diabetologii i Chorób Wewnętrznych Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego
3. Prof. Zbigniew Gaciong, Kierownik Katedry i Kliniki Chorób Wewnętrznych, Nadciśnienia Tętniczego i Angiologii Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, Konsultant Krajowy w dziedzinie Hipertensjologii
4. Dr Jakub Gierczyński, MBA, Ekspert systemu ochrony zdrowia
5. Prof. Piotr Hoffman, Kierownik Kliniki Wad Wrodzonych Serca Narodowego Instytutu Kardiologii
6. Anna Jasińska, Rzecznik Medycznej Racji Stanu
7. Prof. Paweł Kowal, Poseł na Sejm RP
8. Dr Janusz Meder, Prezes Polskiej Unii Onkologii
9. Mec. Piotr Mierzejewski, Dyrektor Zespołu Prawa Administracyjnego i Gospodarczego oraz Współprzewodniczący Komisji Ekspertów ds. Zdrowia przy Rzeczniku Praw Obywatelskich
10. Prof. Małgorzata Myśliwiec, Kierownik Katedry i Kliniki Pediatrii, Diabetologii i Endokrynologii Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego
11. Dr Adam Niedzielski, Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia
12. Joanna Parkitna, Dyrektor Wydziału Oceny Technologii Medycznych w Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
13. Prof. Piotr Pruszczyk, Kierownik Kliniki Kardiologii i Chorób Wewnętrznych Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego
14. Prof. Jerzy Samochowiec, Kierownik Katedry i Kliniki Psychiatrii Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego, Prezes Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego
15. Dr Michał Sutkowski, Rzecznik Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce
16. Agnieszka Wernik, Zastępca Dyrektora Departamentu Strategii i Działań Systemowych w Biurze Rzecznika Praw Pacjenta
17. Prof. Mariusz Wyleżół, Przewodniczący Sekcji Chirurgii Metabolicznej i Bariatrycznej Polskiego Towarzystwa Badań nad Otyłością
18. Prof. Dorota Zozulińska -Ziółkiewicz, Kierownik Katedry i Kliniki Chorób Wewnętrznych i Diabetologii Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu, Prezes Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego.

Organizacja Debaty i koordynacja ze strony Medycznej Racji Stanu: Anna Jasińska, Grażyna Mierzejewska.

Wykorzystanie treści raportu pod warunkiem podania źródła: *Sytuacja chorych na choroby metaboliczne w czasie pandemii koronawirusa SARS-CoV-2. Medyczna Racja Stanu. Warszawa, Czerwiec 2020 r.*

## Spis treści

1. Medyczna Racja Stanu .....	3
2. Wprowadzenie do debaty pt. „Sytuacja chorych na choroby metaboliczne w czasie pandemii koronawirusa” - Anna Jasińska, Rzecznik Medycznej Racji Stanu .....	7
3. Stanowiska przedstawione w trakcie debaty pt. „Sytuacja chorych na choroby metaboliczne w czasie pandemii koronawirusa” .....	8
3.1. Prof. Dorota Zozulińska-Ziółkiewicz, Kierownik Katedry i Kliniki Chorób Wewnętrznych i Diabetologii Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu, Prezes Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego .....	8
3.2. Prof. Małgorzata Myśliwiec, Kierownik Katedry i Kliniki Pediatrii, Diabetologii i Endokrynologii Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego .....	9
3.3. Prof. Leszek Czupryniak, Kierownik Kliniki Diabetologii i Chorób Wewnętrznych Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego .....	10
3.4. Prof. Piotr Hoffman, Kierownik Kliniki Wad Wrodzonych Serca Narodowego Instytutu Kardiologii .....	12
3.5. Prof. Piotr Pruszczyk, Kierownik Kliniki Kardiologii i Chorób Wewnętrznych Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego .....	12
3.6. Prof. Zbigniew Gaciong, Kierownik Katedry i Kliniki Chorób Wewnętrznych, Nadciśnienia Tętniczego i Angiologii Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, Konsultant Krajowy w dziedzinie Hipertensjologii .....	13
3.7. Prof. Jerzy Samochowiec, Kierownik Katedry i Kliniki Psychiatrii Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego, Prezes Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego .....	13
3.8. Prof. Paweł Bogdański, Zakład Edukacji i Leczenia Otyłości oraz Zaburzeń Metabolicznych Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu .....	14
3.9. Prof. Mariusz Wyleżół, Przewodniczący Sekcji Chirurgii Metabolicznej i Bariatrycznej Polskiego Towarzystwa Badań nad Otyłością .....	15
3.10. Dr Adam Niedzielski, Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia .....	16
3.11. Joanna Parkitna, Dyrektor Wydziału Oceny Technologii Medycznych w Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji .....	17
3.12. Mec. Piotr Mierzejewski, Dyrektor Zespołu Prawa Administracyjnego i Gospodarczego oraz Współprzewodniczący Komisji Ekspertów ds. Zdrowia przy Rzeczniku Praw Obywatelskich .....	18
3.13. Agnieszka Wernik, Zastępca Dyrektora Departamentu Strategii i Działań Systemowych w Biurze Rzecznika Praw Pacjenta .....	19
3.14. Dr Michał Sutkowski, Rzecznik Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce .....	19
3.15. Prof. Paweł Kowal, Poseł na Sejm RP .....	20

3.16. Dr Janusz Meder, Prezes Polskiej Unii Onkologii.....	21
4. Rekomendacje .....	22
5. Kluczowe informacje przygotowane na debatę przez Medyczną Rację Stanu z zakresu wybranych chorób metabolicznych .....	22
5.1. Cukrzyca.....	22
5.2. System ciągłego pomiaru glikemii metodą skanowania (isCGM).....	24
5.3. System ciągłego monitorowania glikemii w czasie rzeczywistym (CGM-RT) .....	26
5.4. Otyłość.....	26
5.5. Bariatria – chirurgiczne leczenie otyłości .....	27
5.6. Optymalizacja terapii schizofrenii w kontekście redukcji powikłań kardio-metabolicznych .....	28
6. Rada Ekspertów ds. Chorób Metabolicznych i Przeciwdziałania Otyłości Medycznej Racji Stanu... ..	29
7. Tezy dla Zdrowia.....	30

## 1. Medyczna Racja Stanu

Medyczna Racja Stanu (MRS) jest *think tankiem* powstałym w 2016 r. z inicjatywy: Instytutu Studiów Politycznych Polskiej Akademii Nauk, Polskiej Unii Onkologii, Kolegium Lekarzy Rodzinnych i Green Communication celem łączenia opiniotwórczych osób, środowisk i instytucji wokół wyzwań związanych z kondycją zdrowotną Polaków i wypracowywania zgody politycznej na niezbędne zmiany w systemie ochrony zdrowia. Honorowym patronem MRS jest Książę Kardynał Kazimierz Nycz.

### **Prof Paweł Kowal, Profesor ISP PAN, polityk i politolog, historyk i publicysta**

Jako współtwórca Medycznej Racji Stanu bardzo cieszę się z faktu, że ochrona zdrowia stała się jednym z głównych tematów kampanii politycznej, dlatego że w demokratycznych społeczeństwach to jest najlepszy sposób, żeby załatwić jakąś sprawę. Bo niezależnie od wyniku wyborów ochrona zdrowia musi skoncentrować na sobie uwagę szerszych grup społecznych, a także polityków. To jest najważniejsze, bo na końcu, to właśnie politycy decydują. O to nam chodziło, by zainteresować polityków i to wszystkich partii. Zrozumiałem, że jeżeli tym tematem będą zajmowali się tylko eksperci od ochrony zdrowia, lekarze, nawet menadżerowie ochrony zdrowia, to zawsze temat ten będzie pozostawał w zamkniętym kręgu, ważnym, ale jednak zamkniętym kręgu specjalistów, i że trzeba rozmawiać o tym inaczej, prostszym językiem, rozumiałem dla ludzi, którzy na co dzień nie zajmują się ochroną zdrowia, nie leczą, nie kierują szpitalami, ale którym zależy, bo widzą, że jest to najważniejszy program społeczny. I moim zdaniem, jedynym sposobem, by rozwiązać nabrzmiały problem społeczny, jest otwarcie go na inne środowiska, tak żeby



zainteresować nim osoby, którym wcześniej nawet do głowy nie przyszłoby zajmować się tematem zdrowia publicznego.

### **Dr Janusz Meder, Prezes Polskiej Unii Onkologii, Przewodniczący Komisji Bioetycznej Narodowego Instytutu Onkologii w Warszawie**

Będąc współzałożycielem Medycznej Racji Stanu mam marzenie, aby zdrowie zakotwiczyło się na stałe w polskiej polityce, bo jest jedną z najważniejszych spraw dla Polaków. Regulamin Sejmu powinien zawierać zapis o corocznym exposé Premiera, które będzie poświęcone kwestii szeroko pojętej polityki społecznej. Mogłoby być wygłaszane w Światowym Dniu Chorego - 11 lutego i mogłoby się odnosić, także do aktualnych wyzwań zdrowotnych. Ideą Medycznej Racji Stanu jest rozpoczęcie debaty publicznej o ochronie zdrowia. Debata prowadzącej m.in. do tego, aby polski pacjent miał dostęp do takiego leczenia, jak inni pacjenci w Unii Europejskiej. Miejmy nadzieję, że "Tezy dla Zdrowia" wypracowane przez Medyczną Rację Stanu oraz cykliczne debaty przy okrągłym stole będą wsparciem dla racjonalnej reformy systemu ochrony zdrowia w Polsce.



### **Dr Michał Sutkowski, Rzecznik Prasowy Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce**

Jako współorganizator Medycznej Racji Stanu pragnę, aby dzięki konstruktywnej debacie pomiędzy wszystkimi interesariuszami systemowymi sformułować długoletnią wizję polityki zdrowotnej dla Polski. Z punktu widzenia poczucia misji i postawy obywatelskiej wydaje się zasadne, żeby odpowiedzialność państwa w zakresie ochrony zdrowia obywateli była większa. W Polsce wciąż dominuje medycyna naprawcza i nie ma dobrych programów profilaktycznych, co ma również wpływ na usytuowanie lekarza rodzinnego w systemie. Ludzie w pierwszej kolejności zwracają się właśnie do lekarzy rodzinnych, bo do nich właśnie pacjenci mają największe zaufanie, czerpią wiedzę i informacje na temat własnego zdrowia - to najłatwiejszy i najlepszy kontakt ze służbą zdrowia.



### **Prof. Leszek Czupryniak, Kierownik Kliniki Diabetologii i Chorób Wewnętrznych Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego**

Jako współautor Medycznej Racji Stanu chciałbym, aby wspólnie zdefiniować optymalny kształt systemu ochrony zdrowia w Polsce. Ochrona zdrowia powinna stanowić taki obszar, którego konieczności rozwoju się nie kwestionuje, bo jest on kluczowy dla każdego obywatela. W tym ujęciu staje się racją stanu, mającą charakter ponadpartyjny, ponad środowiskowy i w jakimś sensie ponadczasowy. Gdybyśmy uznali, że zdrowie ma swoją rację stanu, wówczas zmieniające się ekipy rządowe, bez względu na swoją jakość kompetencyjną czy intelektualną, realizowałyby długofalowy plan rozwoju ochrony zdrowia. Inwestycje w tym obszarze muszą być najwyższej jakości i mieć charakter długofalowy. Na początku tego wieku koncentrowano się na tych dziedzinach medycyny, których reforma przynosi szybko zauważalne zmiany — kardiologia inwazyjna, medycyna ratunkowa. Teraz zaś największym wyzwaniem są choroby przewlekłe, cywilizacyjne, a w ich przypadku horyzont działań i strategii musi znacznie przekraczać cztery lata jednej kadencji parlamentarnej. Nie jest możliwe prowadzenie spójnej i racjonalnej polityki w tym zakresie bez zgody na to, co najważniejsze, czyli właśnie bez podejścia rozumianego jako racja stanu.



Mówiąc o Medycznej Racji Stanu, mamy na myśli określenie bardzo konkretnych obszarów, które w przewidywalnej przyszłości, na najbliższe 20-30 lat, będą zawsze rozwijane przez kolejne rządy, bez względu na ich barwy polityczne.

W 2019 r. powołane zostały przy Medycznej Racji Stanu: Rada Ekspertów do spraw Chorób Rzadkich oraz Rada Ekspertów ds. Chorób Metabolicznych i Przeciwdziałania Otyłości. W 2020 r. ukonstytuowała się Rada Ekspertów ds. Onkologii. W latach 2016-2020 Medyczna Racja Stanu zorganizowała debaty, których celem było stworzenie platformy dialogu „przy okrągłym stole”, zaproponowanie rozwiązań oraz zainicjowanie konkretnych działań w przestrzeni polityki zdrowotnej w Polsce:

**5 grudnia 2016 r. „Zdrowie i Bezpieczeństwo Narodowe”** - tak jak niebezpieczeństwa zewnętrzne wymagają czujności i gotowości do działania, tak choroby cywilizacyjne wymagają skutecznych działań systemowych prowadzących do ograniczenia zgonów i inwalidztwa Polaków.



**29 czerwca 2018 r. „Tezy dla Zdrowia”** - prezentacja wypracowanych przez Radę Ekspertów propozycji pilnych rozwiązań systemowych.



**17 kwietnia 2019 r. „Zdrowie - Kapitał Narodu”** - potrzeba traktowania nakładów na zdrowie, jako inwestycji, a nie tylko wydatków, szczególnie w odniesieniu do chorób przewlekłych.



**10 października 2019 r. „Czas w Onkologii”** - apel o świadomość ryzyka choroby nowotworowej każdego z obywateli, czujność onkologiczną lekarzy pierwszego kontaktu, szybki dostęp do nowoczesnej diagnostyki i optymalnych metod terapii.

**10 lutego 2020 r. „Ja Pacjent”** - wymóg orientacji całego systemu ochrony zdrowia i opieki społecznej na potrzeby pacjentów. W kontekście wyzwań epidemiologicznych, klinicznych i ekonomicznych podkreślano potrzebę solidarności z chorymi oraz empatię.





**11 grudnia 2019 r. I Spotkanie Rady Ekspertów ds. Chorób Metabolicznych i Przeciwdziałania Otyłości** - nadwagę i otyłość ma ponad 20 mln Polaków, na cukrzycę cierpią 3 mln. Najwyższy czas, by wprowadzić system skutecznej profilaktyki i leczenia tych schorzeń w Polsce.

**8 kwietnia 2020 r. I Spotkanie Rady Ekspertów ds. Onkologii Medycznej Racji Stanu online** – rak nie zna pojęcia kwarantanna. Każdego dnia diagnozuje się w Polsce nowotwór u 450 osób, a umiera z tym rozpoznaniem 270 osób.



**13 maja 2020 r. III Spotkanie Rady Ekspertów ds. Chorób Rzadkich Medycznej Racji Stanu online** – chorzy na choroby rzadkie wymagają szczególnej opieki w dobie pandemii oraz oczekują na Narodowy Plan dla Chorób rzadkich. Teraz konieczny jest dostęp do ośrodków klinicznych, leków i wyrobów medycznych. Bardzo pomocne są rozwiązania telemedyczne.

**25 czerwca 2020 r. odbyło się II Spotkanie Rady Ekspertów ds. Chorób Metabolicznych i Przeciwdziałania Otyłości Medycznej Racji Stanu online** - choroby metaboliczne stają się coraz większym wyzwaniem dla systemów ochrony zdrowia w Polsce i na świecie. Pandemia koronawirusa wpływa na wzrost zapadalności na choroby metaboliczne oraz nasila powikłania i złe rokowania pacjentów.

Zapraszamy wszystkich Państwa do lektury raportu oraz współpracy w ramach projektów Medycznej Racji Stanu.



Anna Jasińska



Grażyna Mierzejewska

## 2. Wprowadzenie do debaty pt. „Sytuacja chorych na choroby metaboliczne w czasie pandemii koronawirusa SARS-CoV-2” - Anna Jasińska, Rzecznik Medycznej Racji Stanu



Choroby metaboliczne stają się coraz większym wyzwaniem dla systemów ochrony zdrowia w Polsce i na świecie. Schorzenia te są poważnym zagrożeniem cywilizacyjnym zwłaszcza w państwach wysokorozwiniętych. Do głównych schorzeń metabolicznych zalicza się: cukrzycę typu 2, otyłość oraz dyslipidemie. Stanowią one olbrzymie wyzwanie z perspektywy zdrowia publicznego, polityki zdrowotnej i zasobów systemu ochrony zdrowia. Choroby metaboliczne z powodu liczby zgonów i powikłań oraz wzrostu zapadalności należą do priorytetów zdrowotnych w Polsce. Odpowiadają za rosnące koszty bezpośrednie medyczne oraz koszty pośrednie - wynikające z utraty produktywności. Dzięki postępowi w badaniach klinicznych i ocenie rzeczywistych danych systemowych (Real World Data) obserwujemy złożony mechanizm powstawania powikłań sercowo-naczyniowych w cukrzycy, czy powikłań metaboliczno-kardiologicznych w schizofrenii, itp. Dlatego też należy promować całościowe spojrzenie na stan zdrowia i choroby każdego pacjenta pod kątem kompleksowej współpracy pomiędzy lekarzem i pielęgniarką POZ, między specjalistami chorób wewnętrznych, diabetologii, kardiologii, psychiatrii oraz innych specjalizacji w prowadzeniu wielopłaszczyznowej opieki nad pacjentem. Ponadto, praca lekarza i pielęgniarki powinna być wsparta przez edukatorów zdrowotnych, dietetyków, psychologów oraz inne wyspecjalizowane w tym obszarze profesje.

Optymalizacja modelu opieki nad grupą chorych z chorobami metabolicznymi według współczesnych norm powinna polegać na dostępie do leczenia zgodnego ze standardami klinicznymi oraz powinna polegać na działaniach profilaktycznych, w tym na modyfikacji stylu życia i konsekwentnej edukacji zdrowotnej już od najmłodszych lat. Dlatego ważny postulat stawiany przez ekspertów Medycznej Racji Stanu dotyczy wprowadzenia do szkół „Godziny dla Zdrowia”. Jedną z tez dokumentu „Tezy dla Zdrowia” wymienia, jako priorytetowe: „Propagowanie wiedzy na temat skutecznego zapobiegania chorobom cywilizacyjnym (sercowo-naczyniowym, onkologicznym, metabolicznym) i premiowanie przestrzegania zasady współodpowiedzialności każdego z nas za własne zdrowie. Fundamentem promocji zdrowia powinno być wprowadzenie do szkół przedmiotu pod nazwą „Podstawy zdrowego życia”, będącego elementem Krajowego Programu Promocji Zdrowia realizowanego we współpracy Rządu z Kościołem”.

Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Edukacji Narodowej z 3 czerwca 2020 r. w sprawie ramowych planów nauczania dla publicznych szkół „lekcje o zdrowiu” staną się jedną z podstaw programowych lekcji wychowawczych. W rozporządzeniu wskazane zostało, że „ze względu na wyzwania cywilizacyjne dzisiejszego świata zasadne jest zwrócenie szczególnej uwagi m.in. na zagadnienia, które kształtują postawy prozdrowotne uczniów”.

Kolejna z tez Medycznej Racji Stanu uznaje za istotne „działania wspierające opodatkowanie żywności o wysokiej gęstości kalorycznej (dużo kalorii w małej objętości) i zakaz reklamy takich produktów, a także powszechne wprowadzenie zasady informowania o kaloryczności produktów i posiłków”. Eksperti popierają tzw. „podatek cukrowy”, czyli opłatę prozdrowotną, która może stać się istotnym narzędziem polityki zdrowotnej. Projekt takiej regulacji spotkał się z przychylnością i aprobatą ze strony autorytetów medycznych, środowiska akademickiego i organizacji zrzeszających Pacjentów. Wpływy



z tego podatku mogą być przeznaczone na bezprecedensowy, nowoczesny program walki z otyłością (i chorobami z nią powiązanymi).

Pandemia koronawirusa nasiliła problem chorób metabolicznych. Chorzy, przebywając przymusowo w domach nie uprawiają aktywności fizycznej w terenie lub obiektach sportowych, często jedzą zbyt dużo oraz nadużywają alkoholu. Dodatkowo kontrakt z lekarzem i pielęgniarką był i nadal jest dość ograniczony. Będzie to skutkować rozwojem nadwagi i otyłości oraz wystąpieniem zaostrzeń i komplikacji schorzeń metabolicznych. Jednocześnie należy podkreślić, że w czasie pandemii sprawdziły się narzędzia telemedycyny – teleporady, e-recepta oraz e-zlecenie.

Poniżej przedstawiono wystąpienia ekspertów w trakcie debaty, odnoszące się do wybranych chorób metabolicznych oraz propozycje rozwiązań systemowych w zakresie optymalizacji opieki medycznej i socjalnej nad cierpiącymi na nie osobami.

### 3. Stanowiska przedstawione w trakcie debaty pt. „Sytuacja chorych na choroby metaboliczne w czasie pandemii koronawirusa”

Wprowadzając do debaty Redaktor Iwona Schymalla podkreślała, jak ważna jest współpraca pomiędzy wszystkimi interesariuszami systemowymi dla dobra chorych na choroby metaboliczne – szczególnie w aspekcie pandemii koronawirusa. Dr Jakub Gierczyński poinformował, że nowy plan zdrowotny dla Unii Europejskiej (EU4Health) na lata 2021-2027 zakłada wzmocnienie systemów opieki zdrowotnej i poprawę dostępności pacjentów do technologii medycznych – w tym e-zdrowia. Szczególnie dotyczy to chorób przewlekłych, które są największym wyzwaniem zdrowotnym i obciążeniem systemów zdrowia i gospodarek krajów wspólnoty.

W trakcie wirtualnej debaty wypowiedzieli się eksperci kliniczni z dziedziny diabetologii, kardiologii, hipertensjologii i chorób wewnętrznych, chirurgii bariatrycznej, psychiatrii, onkologii oraz medycyny rodzinnej. Stanowiska zajęli również przedstawiciele Ministerstwa Zdrowia, Narodowego Funduszu Zdrowia, Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, Rzecznika Praw Obywatelskich, Rzecznika Praw Pacjenta, postowie oraz eksperci systemowi.

#### ***3.1. Prof. Dorota Zozulińska-Ziółkiewicz, Kierownik Katedry i Kliniki Chorób Wewnętrznych i Diabetologii Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu, Prezes Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego***

Rygory związane z zapobieganiem rozprzestrzeniania się SARS-CoV-2 w czasie stanu epidemicznego wpłynęły na brak aktywności fizycznej Polaków i wzrost konsumpcji żywności. Najnowsze dane wskazują na to, że w XXI wieku jesteśmy w fazie wzrostu otyłości. Pandemia koronawirusa będzie dodatkowo sprzyjała dynamicznemu wzrostowi zachorowalności na cukrzycę i na otyłość. Pacjent z cukrzycą niewyrównaną metabolicznie lub otyły może ciężiej chorować na COVID-19. Mamy również dowody na to, że zachorowanie na COVID-19 wiąże się z większym ryzykiem wystąpienia cukrzycy. Na szczęście



cyfryzacja sprawiła, że w przewlekłych chorobach, gdzie wymaga się ciągłości opieki nad pacjentem możemy korzystać z nowoczesnych technologii medycznych i narzędzi telemedycyny. Wszelkie nowe technologie, które wprowadzamy w cukrzycy optymalizują opiekę nad pacjentem. Łatwiej jest skutecznie leczyć osobę która korzysta z systemów ciągłego monitorowania glikemii, lub kiedy jest leczona przy pomocy osobistej pompy insulinowej. Warto podkreślić pozytywne zmiany w zakresie optymalizacji opieki nad pacjentem z cukrzycą w Polsce, które dokonały się w ostatnich paru latach. Cukrzyca zaczyna być w Polsce leczona na europejskim poziomie – zgodnie z Zaleceniami Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego. Pozostaje wiele wyzwań dla polskiej diabetologii, wśród których wymienię świadczenie edukacyjne i wzmocnienie działań zespołu terapeutycznego zwiększające efektywność samoopieki chorego na cukrzycę, działania zwiększające dostęp dorosłych chorych na cukrzycę typu 1 do nowych technologii i fundamentalna sprawa tj. systemowe działania poprawiające opiekę nad chorym z zespołem stopy cukrzycowej.

### **3.2. Prof. Małgorzata Myśliwiec, Kierownik Katedry i Kliniki Pediatrii, Diabetologii i Endokrynologii Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego**

Moja wypowiedź będzie dotyczyła trzech obszarów: sytuacji przed pandemią, w trakcie pandemii i po pandemii.

Dzięki pozytywnym decyzjom Ministerstwa Zdrowia pacjenci chorzy na cukrzycę typu 1 do 26 roku życia w Polsce przed marcem 2020 r. mieli dostęp do sprzętu do monitorowania glikemii, insulin – w tym insuliny ultraszybko działającej oraz osobistych pomp insulinowych. Jednocześnie została wprowadzona e-recepta oraz e-zlecenie, które wychodziły naprzeciw wykorzystaniu narzędzi telemedycyny. W okresie pandemii, kiedy pacjenci nie mogą udać się do swojej specjalistycznej przychodni diabetologicznej, dzięki dostępowi do pomp insulinowych i systemów monitorowania glikemii możemy dalej monitorować poziomy glikemii i podejmować zdalnie decyzje terapeutyczne. Dzięki wprowadzonym e-wizytom, e-zleceniom na wyroby medyczne pacjent otrzymuje często kurierem, np. sensory do monitorowania glikemii bez wychodzenia z domu. Lekarz i pielęgniarka edukacyjna dzięki udostępnieniu przez pacjenta i jego opiekuna odpowiednich aplikacji widzą poziomy glikemii, jej wahania, czas trwania normoglikemii, hipoglikemii i hiperglikemii w ciągu doby oraz incydenty ciężkiej hipoglikemii, jeśli wystąpiły. Rodzic nareszcie poznaje przebieg cukrzycy u swojego, szczególnie małego dziecka. Młodzież, dzięki systemom monitorowania glikemii potrafi przewidzieć reakcję organizmu na rodzaj wysiłku fizycznego, spożywanych posiłków i na podstawie przebiegu glikemii może podjąć dobre decyzje terapeutyczne. W okresie pandemii pacjent i jego opiekunowie, udostępniając nam dane telemetrycznie, które wcześniej analizują, zaangażował się jeszcze bardziej w optymalizację terapii. Jest to dla nas bardzo ważne. Zauważamy, że pacjent zaczyna zarządzać cukrzycą, a nie odwrotnie. W czasie stanu epidemicznego podjęto bardzo ważną decyzję na wniosek Konsultanta Krajowego w dziedzinie endokrynologii i diabetologii dziecięcej prof. dr hab. Mieczysława Walczaka. Podziękowania dla Pana Prezesa NFZ za możliwość przesunięcia wieku przejścia z poradni diabetologicznej pediatrycznej do poradni diabetologicznej dla dorosłych z 18 na 21 rok życia. W czasie pandemii kiedy dostęp do lekarzy dla pacjenta jest utrudniony powyższa decyzja to duży komfort i bezpieczeństwo dla młodego pacjenta z powodu nieprzerwanej kontynuacji



leczenia. Widząc jak wielką wartością dla pacjenta i zespołu diabetologicznego są e-wizyty mamy nadzieję, że po pandemii będą nadal one dostępne. Wartością ich są między innymi: zmniejszenie kosztów dojazdu do ośrodka diabetologicznego, redukcja absencji w pracy rodzica i pacjenta w szkole i tak jak wspomniałam wcześniej fakt, że pacjent bardziej angażuje się w leczenie swojej choroby. Te same informacje uzyskamy poprzez udostępniane danych z systemów monitorowania glikemii i telewizyty. Również będziemy wnioskować, aby pacjenci do 21 r.ż. pozostali pod opieką diabetologa w ośrodkach pediatrycznych po czasie pandemii. Są wiarygodne dowody naukowe i kliniczne wskazujące, iż zaprzestanie stosowania systemów monitorowania glikemii znacznie obniża poziom wyrównania metabolicznego cukrzycy, zwiększa ryzyko wystąpienia incydentów ostrych oraz przewlekłych powikłań naczyniowych, co powoduje więcej hospitalizacji i to, co szczególnie podkreślają pacjenci - rodzi lęk przed hipoglikemią, zwłaszcza w czasie wysiłku fizycznego i jazdy samochodem. Obecne ograniczenia wiekowe refundacji stwarzają bariery dla pacjentów. Pacjenci, kończąc 18, czy 26 r.ż., chorują dalej. To młodzież licealna, studenci lub młodzi ludzie, rozpoczynający pracę zawodową, młode kobiety, planujące ciążę lub będące w ciąży, u których wahania glikemii mają wpływ na zdrowie ich dziecka. Dlatego środowisko diabetologów postuluje przedłużenie refundacji systemu ciągłego monitorowania glikemii w czasie rzeczywistym (CGM-RT) u dorosłych powyżej 26 r.ż. z cukrzycą typu 1 leczonych za pomocą pompy insulinowej, z nieświadomością hipoglikemii oraz rozszerzenie dostępu systemu monitorowania glikemii metodą skanowania u chorych leczonych metodą intensywnej insulinoterapii dla chorych z typem 1 do 26 r.ż. oraz u kobiet z cukrzycą ciążową i przedciążową. Właściwe monitorowanie poziomu glikemii to gwarancja bezpieczeństwa pacjenta z cukrzycą, a systemy FGM i CGM służą w pełni lekarzom i pacjentom w optymalizacji terapii, zmniejszając ryzyko rozwoju późnych powikłań naczyniowych, zarówno o charakterze mikro-jak i makroangiopatii cukrzycowej (choroby sercowo-naczyniowe).

### **3.3. Prof. Leszek Czupryniak, Kierownik Kliniki Diabetologii i Chorób Wewnętrznych Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego**

Podatek od cukru nie będzie łatwy do wprowadzenia. W krajach, które zdecydowały się na jego wprowadzenie, dotyczy on rzeczy najprostszej - to są słodzone napoje. Dla nas wszystkich wydaje się oczywiste, że powinien być wprowadzony również w Polsce. Żeby jednak spełniał swoje



zadanie muszą wystąpić dwa warunki. Pierwszy to odpowiednia cena. Przykład Meksyku pokazuje, że podatek rządu 10 proc. jest zbyt niski, żeby był skuteczny, czyli musi on wynosić minimum 20-25 proc. ceny. To zapewne spowoduje pewien opór społeczny. Drugi warunek, który należy spełnić przy wprowadzaniu tzw. Sugar Tax, to dokładne określenie miejsca, gdzie do budżetu Państwa zostaną przekierowane pieniądze pozyskane z podatku. Rekomendowane jest jasne i jednoznacznie wskazanie, że ten podatek będzie przekazany na prewencję i leczenie chorób metabolicznych. Moje doświadczenia z ostatnich dni pokazują, jak duża jest liczba osób o istotnym przełożeniu medialnym, które są przeciwnikami wprowadzenia tego podatku. Dlatego stawiam tezę, że przy komunikacji podatku cukrowego napotkamy duży opór medialny. W związku z powyższym uważam, że należałoby pomyśleć o szerokiej kampanii informacyjno-edukacyjnej, przy zaangażowaniu znanych i cieszących się popularnością osób. Użyłem już w rozmowach

z dziennikarzami sformułowania, że cukier powinien być zakazany, bo nam szkodzi i do niczego nie jest potrzebny. Z wyjątkiem osób, które wykonują długotrwały wysiłek fizyczny, co potwierdzają niektórzy eksperci. Fundamentem wdrażania tego typu zmian jest właściwa edukacja społeczeństwa na temat aspektu prozdrowotnego takiego podatku. W Polsce jesteśmy o tyle w dobrej sytuacji, że wiemy jak został on wprowadzony w innych krajach i wiemy jakie dał efekty. Na stronie globalnego serwisu Global Food Program można znaleźć bardzo szczegółowe dane na ten temat. Niemal wszędzie są widoczne efekty zmiany zachowań na prozdrowotne. Rezultat w postaci zmniejszenia otyłości nie jest jeszcze specjalnie zauważalny, bo do tego potrzeba dekady lub dwóch, ale mamy już pięcioletnie doświadczenia z podatkiem cukrowym na świecie, a nawet w Europie, gdzie wprowadziło go już kilkanaście krajów. Przykład Wielkiej Brytanii - tutaj kampania informacyjno-edukacyjna trwała 2 lata i wzięli w niej udział m. in. celebryci. To dało też czas przemysłowi spożywczemu, który adaptując się do zmian rynkowych, zaczął produkować więcej napojów o mniejszej ilości cukru. Uznano, że przemysł musi być partnerem tego procesu zmian. Podatek cukrowy sprawił, że producenci zmniejszyli zawartość cukru w swoich produktach. Jego spożycie spadło wszędzie. Przeanalizowano również wzrost cen w Filadelfii, w zależności od grup - bogatszych i bardziej wykształconych do niewykształconych i biedniejszych. Okazało się, że spożycie słodkich napojów spadło o ok. 50 proc. w obydwu grupach. Tak samo kupowali biedni i bogaci, mniej i bardziej wykształceni. Podsumowując ten wątek dodam, że danych naukowych na temat Sugar Tax jest już sporo, dlatego należy je wykorzystać, tak aby wprowadzenie go w Polsce wspierać szeroką koalicją, w sposób bardzo przemyślany i systemowy.

Jako środowisko diabetologów bardzo cieszymy się i jesteśmy wdzięczni za rewolucyjne zmiany w zakresie pozytywnych decyzji refundacyjnych w ostatnich paru latach. Warto zastanowić się teraz wspólnie z Ministerstwem Zdrowia i NFZ, czy nie warto zmienić kryteriów refundacji flozyn oraz inkretyn w kierunku lepszego dopasowania ich to rzeczywistych potrzeb terapeutycznych. W przypadku flozyn - hemoglobina glikowana na poziomie 8 proc. jest pewną barierą w dostępie chorych do terapii tymi lekami. My, jako lekarze chcielibyśmy stosować je wcześniej – przy hemoglobinie glikowanej na poziomie 7%, nie doprowadzając do sytuacji niewyrównania cukrzycy. W przypadku inkretyn barierą jest BMI na poziomie 35, bo dotyczy to ludzi już bardzo otyłych, a zwalczanie tej otyłości często kończy się zabiegiem bariatrycznym, ponieważ już nic innego nie pomaga. Wnioskujemy o kryterium BMI>30, aby spokojnie poszerzyć grupę chorych kwalifikujących się do terapii inkretynami. Postulujemy również przedłużenie refundacji systemu ciągłego monitorowania glikemii w czasie rzeczywistym (CGM-RT) u dorosłych powyżej 26 r. ż. z cukrzycą typu 1 leczonych za pomocą pompy insulinowej, z nieświadomością hipoglikemii oraz rozszerzenie dostępu systemu monitorowania glikemii metodą skanowania u leczonych metodą intensywnej insulinoterapii dla chorych z typem 1 do 26. r.ż. oraz o kobiety w ciąży z cukrzycą ciążową lub przed ciążową. To samo dotyczy pomp – jeśli ktoś ich używa do 26 r.ż. i jest na nich dobrze leczony, to szkoda tego leczenia, gdyby pompa w dalszym ciągu miała być refundowana.

### 3.4. Prof. Piotr Hoffman, Kierownik Kliniki Wad Wrodzonych Serca Narodowego Instytutu Kardiologii

Powikłania kardiologiczne w cukrzycy stanowią jedno z poważniejszych zagrożeń życia pacjenta. Cukrzyca dla kardiologa jest problemem bardzo częstym, ponieważ występowanie cukrzycy, a także łagodniejszych form zaburzeń węglowodanów znacząco wpływa na występowanie miażdżycy tętnic wieńcowych i dużych tętnic obwodowych. W efekcie prowadzi to do zwiększonej zapadalności na choroby układu krążenia. Potrzebujemy zatem nowych terapii. Fiozyny są bardzo cenne w terapii pacjentów cukrzycowych. Coraz więcej wiemy o korzyściach tej grupy leków u chorych z niewydolnością serca. Wiemy również o korzyściach leków z grupy fiozyn dla pacjentów z niewydolnością serca. Możemy założyć, że pandemia nasili problemy związane z siedzącym trybem życia Polaków, zwiększy się odsetek osób z nadwagą i otyłością. Alarmujemy, że nasze dzieci są coraz bardziej otyłe. W środowiskach miejskich i małomiasteczkowych dalej występuje wysokie spożycie alkoholu i wyrobów tytoniowych. Takie zjawiska muszą w efekcie doprowadzić do zwiększonej zapadalności na choroby wieńcowe i powikłań tych chorób oraz inne choroby związane z miażdżycą. Przez wiele lat walczyliśmy w różnych programach edukacyjnych o lepszą profilaktykę, o wprowadzanie edukacji zdrowotnej do szkół. Pandemia spowodowała niekorzystne odwrócenie trendu. Dzięki różnym działaniom i również doświadczeniom krajów europejskich mamy nadzieję, że uda się go odwrócić na tory prozdrowotne. To wymaga współpracy środowiska naukowego, ale też polityków, a także zrozumienia ze strony społeczeństwa.



### 3.5. Prof. Piotr Pruszczyk, Kierownik Kliniki Kardiologii i Chorób Wewnętrznych Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

Według kryteriów Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego hipercholesterolemia to stężenie całkowitego cholesterolu powyżej 190 mg/dl oraz podwyższone stężenie cholesterolu LDL powyżej 115 miligram procent. W Polsce kryteria hipercholesterolemii spełnia ponad 18 mln dorosłych Polaków - czyli 61 proc. dorosłej populacji. A zdecydowana większość z tych osób nie ma pojęcia o tym, że żyje z chorobą. Hipercholesterolemia najczęściej towarzyszy cukrzycy i zespołowi metabolicznemu. Połączenie nadciśnienia tętniczego, wysokiego cholesterolu i palenia papierosów prowadzi do dramatycznych konsekwencji i powikłań. Wszystkie te schorzenia powinniśmy leczyć przyczynowo – stosując odpowiednie leki oraz przez modyfikację stylu życia pacjenta, która powinna obejmować aktywność fizyczną i zdrową dietę. Problem jest z tym, że lekarze często nie leczą pacjentów wystarczająco „agresywnie”, a sami pacjenci boją się np. statyn. Należy rozmawiać i edukować pacjenta, że farmakoterapia i zmiana stylu życia są dla jego dobra i w pewnych sytuacjach nie ma od nich odwrotu. Należy także stwierdzić, że my lekarze od chorób somatycznych za mało zwracamy uwagi na aspekty natury psychologicznej. Pacjenci z nadciśnieniem tętniczym, zespołem metabolicznym, hipercholesterolemią, czy otyłością bardzo często manifestują objawy schorzeń psychiatrycznych – najczęściej depresji i stanów lękowych. Tak, jak bardzo pożądana



jest współpraca pomiędzy diabetologiem i kardiologiem, tak ważna jest współpraca lekarzy leczących choroby metaboliczne z psychiatrami i psychologami w aspekcie holistycznej terapii każdego pacjenta.

**3.6. Prof. Zbigniew Gaciong, Kierownik Katedry i Kliniki Chorób Wewnętrznych, Nadciśnienia Tętniczego i Angiologii Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, Konsultant Krajowy w dziedzinie Hipertensjologii**



Jestem głosicielem tezy, że przez pandemię umrze więcej ludzi niż z jej powodu. Jest wiele chorób o dużo groźniejszym przebiegu niż COVID-19, które nie są teraz diagnozowane i prawidłowo leczone. Jestem przekonany, że skutki pandemii, czyli większą liczbę chorych na inne schorzenia - sercowo-naczyniowe, onkologiczne, cukrzycę można będzie zauważyć już wkrótce. Chorzy niestety boją się zgłaszać do lekarza, przychodni, czy szpitala z powodu epidemii. Dlatego w każdej placówce ochrony zdrowia musi być wprowadzony model postępowania, w którym przewidziana jest możliwość pojawienia się pacjenta z koronawirusem. Rzeczywiście placówki ochrony zdrowia to miejsca, w których istnieje ryzyko zakażenia się koronawirusem, ale w sytuacji zagrożenia życia należy szukać pomocy właśnie w szpitalu. Ryzyko śmierci z powodu zawału serca, czy udaru mózgu jest dużo wyższe niż z powodu zakażenia koronawirusem. Jednocześnie należy edukować chorych, że choroba nie może czekać i muszą zgłaszać się do lekarza POZ, czy pogotowia ratunkowego w przypadku wystąpienia niepokojących objawów. Pozytywnym efektem pandemii jest fakt, że koronawirus przyspieszył rozwój telemedycyny. Wynikają z tego realne korzyści dla pacjentów i lekarzy, ale także dla systemu zdrowia.

**3.7. Prof. Jerzy Samochowiec, Kierownik Katedry i Kliniki Psychiatrii Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego, Prezes Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego**



Bardzo się cieszę, że aspekt psychiatrii pojawił się na obradach Rady Ekspertów ds. Chorób Metabolicznych i przeciwdziałania Otyłości Medycznej Racji Stanu. Bardzo często pacjenci chorujący na choroby metaboliczne rozwijają depresję i stany lękowe. Chorzy na schizofrenię żyją co najmniej o 20 lat krócej, a umierają z przyczyn somatycznych, takich jak cukrzyca oraz powikłania kardiologiczne. Stwierdzono również wspólne komponenty dziedziczenia genetycznego schizofrenii i składowych zespołu metabolicznego. Dodatkowo występują u pacjentów psychiatrycznych negatywne czynniki związane ze stylem życia (brak właściwej diety i aktywności fizycznej), trudna sytuacja socjoekonomiczna i gorszy dostęp do opieki medycznej. Kluczową sprawą jest dobra współpraca psychiatry z lekarzem leczącym choroby metaboliczne. W standardach postępowania Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego opracowaliśmy we współpracy z diabetologami - standardy leczenia. Powinny być one wdrażane na co dzień poprzez realizację świadczeń medycznych finansowanych przez NFZ.

Lecząc chorych na schizofrenię, u których może rozwinąć się ryzyko zespołu metabolicznego i powikłań kardiologicznych staramy się stosować leki, które nie mają konsekwencji metabolicznych.

Takich leków niestety nie mamy wiele. A te które są dostępne na rynku europejskim, w przypadku naszego kraju nie są refundowane. Takim lekiem jest np. lurasydon, który obok skuteczności w terapii schizofrenii wykazuje się korzystnym wpływem na zmniejszenie ryzyka zespołu metabolicznego. Przekłada się to na mniejszą liczbę powikłań i hospitalizacji. Liczne badania pokazują, w jakim stopniu ryzyko zachorowań kardio-metabolicznych ulega zmniejszeniu po wdrożeniu do terapii leków nowej generacji. Ponad połowa pacjentów przy przejściu na nowe leki odczuwa poprawę w obszarze kardio-metabolicznym. Oczywiście ważne są takie czynniki, jak styl życia i dieta. Są czynniki są jednak ściśle ze sobą skorelowane. Bo jeśli pacjent jest leczony lekiem, który go nie seduje, ma właściwą aktywność fizyczną i psychiczną, to funkcje poznawcze i ruchowe wracają do normy. Lek się przyjmuje do końca życia, dlatego pacjent musi je zaakceptować, ale przede wszystkim one nie mogą mu szkodzić. W ostatnich paru latach wiele dobrego zadziało się w zakresie refundacji nowych leków stosowanych w terapii schizofrenii. Ministerstwo Zdrowia zrefundowało od lipca 2018 r. - palmitynian paliperidonu, który można podawać co miesiąc u pacjentów „ustabilizowanych” klinicznie, a od stycznia 2020 r. - paliperidon, który można podawać co 3 miesiące. Według naszych szacunków leki o przedłużonym działaniu przyjmuje w Polsce tylko 5-7 proc. chorych na schizofrenię. Środowisko psychiatrów postuluje refundację lurasydonu dla kilku tysięcy chorych na schizofrenię z wysokim ryzykiem kardio-metabolicznym.

Pandemia koronawirusa spowodowała szereg perturbacji, które utrudniły dostęp do leczenia pacjentom psychiatrycznym. Na pewno wprowadzenie rozwiązań telemedycznych może dobrze uzupełnić ich terapię. Problemem jest jednak to, że uzyskanie pomocy i terapii psychologicznej wymaga osobistego spotkania z lekarzem psychiatrą i uzyskania skierowania do psychologa. W tym obszarze jak najszybciej powinniśmy dokonać zmian wprowadzających telemedycynę do codziennej pracy. Polskie Towarzystwo Psychiatryczne wnioskuje również o wydłużenie pilotażu opieki środowiskowej i Centrów Zdrowia Psychicznego. Pandemia zatrzymała ten proces, dlatego potrzebujemy jeszcze ok. 1,5 roku, żebyśmy przeanalizowali i wyciągnęli z tych działań wnioski. Apelujemy również o wzrost finansowania psychiatrii w Polsce do obiecanego europejskiego poziomu.

### ***3.8. Prof. Paweł Bogdański, Zakład Edukacji i Leczenia Otyłości oraz Zaburzeń Metabolicznych Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu***

Punktem wyjścia do wspólnej dyskusji jest sformułowanie jasnego przekazu, że otyłość to choroba. Niestety z przykrością muszę powiedzieć, że ciągle wielu naszych kolegów lekarzy nie rozpoznaje otyłości. Z ostatnio opublikowanych badań wynika, że średni czas do ustalenia jej rozpoznania wynosi 5 lat i dotyczy zaledwie 55% pacjentów chorujących na otyłość. To zdecydowanie za późno! Żyjemy w czasach prawdziwej epidemii otyłości. Rozpowszechnienie otyłości i nadwagi przyjęło skalę niespotykaną w historii ludzkości. Dane przerażają. Raport NFZ wskazuje na istotny problem naszego kraju, a prognozy nie napawają optymizmem. Mamy „czarną koszulkę lidera” jeśli chodzi o tempo wzrostu nadwagi wśród dzieci i młodzieży. Nadwaga w tym wieku zwiększa ryzyko rozwoju otyłości w życiu



dorośłym 18-krotnie! Otyłość to „cichy morderca XXI wieku”. Nierozpoznana i nieleczona otyłość prowadzi do rozwoju wielu powikłań. Nie znam żadnej innej choroby o tak dużej liczbie potencjalnych powikłań, zaburzeń. Ta lista przekracza ponad 200 pozycji! Otyłość w dramatyczny sposób zwiększa ryzyko rozwoju cukrzycy typu 2. Kobiety z BMI  $\geq 35\text{kg/m}^2$  są wielokrotnie bardziej zagrożone rozwojem cukrzycy niż ich szczupłe rówieśniczki. Szacuje się, że ponad połowa wszystkich przypadków nadciśnienia tętniczego wynika z nadmiernej masy ciała. Polskie Towarzystwo Nadciśnienia Tętniczego w swych najnowszych standardach podkreśla, że najskuteczniejszą metodą zapobiegania rozwojowi nadciśnienia tętniczego jest modyfikacja stylu życia, a zwłaszcza redukcja masy ciała. Otyłość jest niezależnym czynnikiem ryzyka rozwoju miażdżycy i jej klinicznych konsekwencji: zawału serca, udaru mózgu czy przewlekłej niewydolności serca. Towarzystwa onkologiczne jasno wskazują na istotny związek otyłości z ryzykiem rozwoju wielu chorób nowotworowych. Otyłość zwiększa chorobowość, zwiększa śmiertelność, upośledza jakość życia, zwiększa koszty bezpośrednie i pośrednie. To ogromne obciążenie dla całego społeczeństwa. Bierno przyglądanie się rozwojowi kolejnych powikłań otyłości i niepodjęcie próby wykorzystania skutecznych metod terapeutycznych, w tym farmakoterapii, powinno być oceniane jako zaniechanie, podobnie jak w przypadku braku zastosowania odpowiednich metod leczenia u chorych na nadciśnienie tętnicze, cukrzycę, hipercholesterolemię czy inne choroby przewlekłe. Nowoczesna farmakoterapia, zarejestrowanym do leczenia otyłości liraglutydem, w istotny sposób zwiększa efektywność leczenia otyłości. Niezwykle korzystnie wpływa na zaburzenia gospodarki węglowodanowej. U 69% pacjentów ze stanem przedcukrzycowym zastosowanie liraglutylu doprowadziło do normalizacji wartości glikemii w czasie rocznej obserwacji. Trzyletnie stosowanie leku zmniejszyło ryzyko rozwoju cukrzycy u 80% chorych w stanie przedcukrzycowym. Jeśli jednak doszło do rozwoju cukrzycy, to czas do jej rozpoznania wydłużył się niemal 3-krotnie. Dodatkowe udokumentowane korzyści u pacjentów stosujących liraglutyd to m.in.: poprawa profilu lipidowego, korzystny wpływ na wartości ciśnienia tętniczego, korzystny wpływ na funkcję serca i naczyń krwionośnych, wątroby oraz nerek. Należy podkreślić, że stosując nowoczesną terapię liraglutydem nie tylko redukujemy masę ciała, chronimy przed rozwojem cukrzycy, a także, co niezwykle ważne, zmniejszamy ryzyko wystąpienia incydentów sercowo-naczyniowych. Należy rozważyć możliwość włączenia farmakoterapii do kompleksowego leczenia pacjentów chorujących na otyłość, chroniąc ich przed rozwojem licznych powikłań i zmniejszając przez to koszty funkcjonowania opieki zdrowotnej.

### ***3.9. Prof. Mariusz Wyleźół, Przewodniczący Sekcji Chirurgii Metabolicznej i Bariatrycznej Polskiego Towarzystwa Badań nad Otyłością***

Chirurgiczne leczenie otyłości jest postępowaniem z wyboru w grupie chorych na otyłość olbrzymią (BMI  $\geq 40$  j.) lub otyłość II-stopnia (BMI w przedziale od 35 do 40 j.) jeśli otyłość prowadzi do rozwoju powikłań, w przypadku których redukcja masy ciała może przyczynić się do ich ustępowania lub poprawy przebiegu. Powyższe stanowisko jest wynikiem badań naukowych, które wykazały, że chirurgia bariatryczna zmniejsza ryzyko przedwczesnego zgonu w obserwacji odległej poprzez korzystny wpływ na ustępowanie powikłań otyłości, takich jak między innymi cukrzyca typu 2, nadciśnienie tętnicze i wiele innych. W wyniku opinii AOTMiT, poczynszy od 2017 roku, Narodowy Fundusz Zdrowia wydzielił grupę JGP F14: „Chirurgiczne leczenie otyłości”. Powyższa decyzja przyczyniła się niewątpliwie





do istotnego zwiększenia szansy chorych na otyłość olbrzymią na poddanie się leczeniu metodą zgodną ze współczesną wiedzą medyczną, tzn. leczeniu chirurgicznemu - bariatrycznemu. Należy jednak zauważyć, że decyzja powyższa pozwalała objąć finansowaniem jedynie samą operację bariatryczną, podczas gdy wiadomo z badań naukowych, że warunkiem odległego powodzenia zastosowania tej metody terapeutycznej jest postępowanie kompleksowe zarówno w okresie przed, około jak i pooperacyjnym. Dostrzegając tę potrzebę przedstawiciele środowiska bariatrycznego przygotowali w okresie ostatnich dwóch lat we współpracy z Instytutem Zarządzania w Ochronie Zdrowia Uczelni Łazarskiego projekt „Kompleksowej Koordynowanej Opieki Specjalistycznej – KOS BAR”. Przygotowany model opieki szczegółowo opisuje postępowanie diagnostyczne i terapeutyczne z pacjentem chorującym na otyłość olbrzymią w okresie poprzedzającym operację (od trzech do sześciu miesięcy), samej operacji, jak i w okresie obserwacji odległej - do dwóch lat po przeprowadzonym zabiegu. W modelu opisano nie tylko ścieżkę terapeutyczną, ale także określono niezbędne warunki przygotowania chorego do operacji, rodzaj badań kwalifikacyjnych, proces edukacji żywieniowej i okołooperacyjnego wsparcia psychologicznego. Jednym z kluczowych elementów modelu jest przedoperacyjna redukcja masy ciała, która zmniejsza ryzyko wystąpienia powikłań w okresie okołooperacyjnym i potwierdza gotowość chorego do poddania się tej metodzie leczenia. Warto także zauważyć, że w związku z powyższym, w tej grupie chorych, w czasie przygotowania do operacji bariatrycznej, może okazać się przydatna przedoperacyjna farmakoterapia w celu uzyskania wspomnianej, przedoperacyjnej redukcji masy ciała i poprawy profilu metabolicznego, tzn. jako postępowanie neoadjuwantowe. W modelu zawarto także parametry bezpieczeństwa samego zabiegu operacyjnego. Natomiast dla okresu pooperacyjnego określono pożądane wyniki leczenia, zarówno bariatryczne jak i metaboliczne, schemat opieki pooperacyjnej i rehabilitacji chorego, a także edukacji żywieniowej i wsparcia psychologicznego. Całość procesu terapeutycznego jest finansowana w zależności od uzyskiwanych wyników leczenia. Warto zauważyć, że opracowanie powyższego modelu zbiegło się w czasie z opracowaniem „Standardów opieki bariatrycznej” przez Sekcję Chirurgii Metabolicznej i Bariatrycznej Towarzystwa Chirurgów Polskich. Wykorzystanie obydwu opracowań w praktyce klinicznej niewątpliwie przyczyni się do poprawy bezpieczeństwa leczenia bariatrycznego w naszym kraju, jak i poprawy uzyskiwanych wyników tego leczenia.

### *3.10. Dr Adam Niedzielski, Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia*

Cieszę się, że dyskutujemy dzisiaj na temat chorób metabolicznych, bo to pokazuje powrót do normalności po okresie stanu epidemicznego. Myślę, że okres pandemii koronawirusa pozostawi ślad w każdym wymiarze życia - zaczynając od wymiaru psychologicznego, społecznego, gospodarczego, ochrony zdrowia i stylu życia Polaków.



Wiemy że koronawirus - to nie tylko zjawisko w dziedzinie epidemiologii, ale również w poważny sposób dotyka gospodarki. Zdajemy sobie sprawę, że aktywność gospodarcza została obniżona i na pewno nie sprzyja to wprowadzaniu nowych danin publicznych. Wszyscy oczekiwaliśmy wprowadzenia opłaty prozdrowotnej od nadmiernej konsumpcji cukru. Niestety termin 1 lipca 2020 r. jest już nieaktualny i według mojej wiedzy są przewidywane zmiany przesuujące ten podatek w perspektywie do początku roku 2021. Cieszyć się należy, że decyzja o opłacie cukrowej została przesunięta w czasie, a nie odrzucona. Bo przesunięcie nie wynika z przewartościowania poglądów zdrowotnych,

a z uwzględnienia sytuacji gospodarczej kraju. Tej decyzji towarzyszy także troska o to, aby aktywność gospodarcza wracała do poziomu sprzed epidemii, a to wymaga nieobciążania działalności gospodarczej nowymi daninami publicznymi. Jestem entuzjastką tego typu form opodatkowania, bo one powinny się stać formą finansowania zdrowia publicznego i mieć charakter prozdrowotny, czyli wpływać na kształtowanie pozytywnych zmian stylu życia i zdrowia Polaków.

Jeśli chodzi o inne wymiary zdrowia związane z pandemią, to jako NFZ staraliśmy się bardzo kompleksowo spojrzeć na zagadnienia związane z konsekwencjami pandemii, nie tylko tymi bezpośrednimi. Po pierwsze uruchomiliśmy na kanale YouTube inicjatywę pt. "Akademia NFZ", która zawiera filmiki i podcasty o tym, jak zachowywać aktywność fizyczną w dobie izolacji. Kolejnym, niezwykle istotnym przedsięwzięciem było wejście w sferę wsparcia psychologicznego. Tu warto przypomnieć, że na cieszącej się ogromnym zainteresowaniem w dobie pandemii Telefonicznej Informacji Pacjenta uruchomiliśmy całodobowe wsparcie psychologiczne dla osób w kryzysie związanym z zagrożeniem epidemicznym. Dodatkowo, na kanale YouTube zaproponowaliśmy serię podcastów o tym, jak radzić sobie z problemem pandemii w sferze psychologicznej. Bardzo ważnym aspektem jest również podnoszona przez nas kwestia zdrowego żywienia. Uruchomiliśmy portal [diety.gov.pl](http://diety.gov.pl), z którego można m.in. pobrać zbilansowane jadłospisy. Portal cieszył się w czasie pandemii sporym zainteresowaniem. Jak Państwo widzicie wszystkie nasze działania toczą się w paradygmacie prewencyjnego dbania o zdrowie, a nie tylko reagowania na chorobę. W Polsce powinniśmy o wiele bardziej dotykać zagadnień prewencyjnych dotyczących zdrowia, oczywiście również pomagać obywatelowi w walce z chorobą, ale „również”, a nie „tylko”, jak to dotychczas miało miejsce.

Niezwykle istotne jest dla NFZ publikowanie badań i raportów dotyczących zdrowia publicznego. Raport dotyczący cukrzycy i nadmiernej konsumpcji cukru w żywności to był tylko jeden z tematów badawczych analityków NFZ. Nawiązując do tematu naszej dyskusji, zobowiązałem się publicznie, że po wprowadzeniu opłaty cukrowej będziemy chcieli wprowadzić kompleksowy program opieki nad osobami otyłymi (przygotowany razem z Uczelnią Łazarskiego). W ten sposób środki z opłaty cukrowej będą wykorzystane na zwalczanie otyłości. Chciałem zauważyć, jak wiele pracy wykonaliśmy razem z Ministerstwem Zdrowia w zakresie wspierania osób chorych na cukrzycę. To dotyczy zarówno refundacji leków, jak i wprowadzenia refundacji systemów monitorujących glikemię. Dalsze decyzje w tym zakresie muszą być podejmowane w rozważny sposób. Chcielibyśmy przeanalizować wszystkie dane, żeby zobaczyć, jak wyglądają ponoszone koszty, ale też musimy wiedzieć ile wynoszą koszty zaniechań. I tutaj czekam na materiały i wnioski ze strony Konsultanta Krajowego w dziedzinie diabetologii. Nasze dyskusje są bardzo merytoryczne i oparte na danych rzeczywistych, zbieranych i przetwarzanych w NFZ. Na pewno mogę dzisiaj zadeklarować wprowadzanie rozwiązań telemedycyny na poziomie podstawowej opieki zdrowotnej i AOS. Chcielibyśmy, aby telemedycyna stała się stałym elementem skutecznej pomocy lekarskiej. Od niej nie ma odwrotu.

### *3.11. Joanna Parkitna, Dyrektor Wydziału Oceny Technologii Medycznych w Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji*

Technologie medyczne dotyczące chorób metabolicznych to 30% wszystkich wniosków, które wpływają do AOTMiT-u. Ponieważ EMA



zarejestrowała w ostatnim czasie ok. 13 leków w chorobach metabolicznych w tym dla cukrzycy i hipercholesterolemii spodziewamy się w najbliższym czasie zleceń dotyczących tych obszarów medycyny. Pragnę przypomnieć, że AOTMiT nie ma możliwości podejmowania samodzielnych działań. Realizuje zlecenia Ministra Zdrowia w zakresie oceny technologii lekowych oraz wnioski ze strony konsultantów krajowych w zakresie technologii nielekowych, także stosowanych w diagnostyce i terapii chorób metabolicznych. Obecnie w Agencji trwają prace zespołu ds. wytycznych HTA dla wyrobów medycznych.

**3.12. Mec. Piotr Mierzejewski, Dyrektor Zespołu Prawa Administracyjnego i Gospodarczego oraz Współprzewodniczący Komisji Ekspertów ds. Zdrowia przy Rzeczniku Praw Obywatelskich**



Cieszę się, że na obecnym spotkaniu Medycznej Racji Stanu podjęty został temat psychiatrii. Z jednej strony ze względu na jego istotę i wagę, a z drugiej strony ze względu na marginalizację w przestrzeni publicznej powiązaną ze stygmatyzacją. I ta kwestia wydaje mi się najbardziej istotna w tym momencie. Czas pandemii jest bardzo trudny dla osób z chorobami psychicznymi. Chciałbym zasygnalizować cztery kwestie istotne z punktu widzenia Rzecznika Praw Obywatelskich (RPO). Po pierwsze, uważamy, że tam gdzie mamy pilotaż opieki psychiatrycznej idziemy w dobrym kierunku i taki model opieki się sprawdza. Formuła Centrów Zdrowia Psychicznego (CZP) jest lepszym rozwiązaniem finansowo-organizacyjnym od tradycyjnego modelu, gdzie podmioty lecznicze działają oddzielnie. Łatwiej, szybciej i elastyczniej jest działać w ramach jednej instytucji. Sprawdziło się ryczałtowe finansowanie, sprawniej nastąpiło przekierowanie pracowników CZP do udzielania teleporad psychiatrycznych. Pandemia spowodowała ewidentne opóźnienia we wdrażaniu modelu psychiatrii środowiskowej. To powoduje konieczność przedłużenia tego projektu i jego zintensyfikowania. Druga kwestia to konieczność nowelizacji ustawy o ochronie zdrowia psychicznego. Kwestia psychiatrii musi być uregulowana ustawowo. Obecnie jest zapisany obowiązek badania pacjenta psychiatrycznego przez lekarza. Do Rzecznika dochodzą sygnały, że powstaje projekt, który to uwzględni. Trzecia kwestia dotyczy działań systemowych. RPO poparł apel dyrektora Szpitala Psychiatrycznego w Gdańsku do Ministra Zdrowia w sprawie obowiązkowego testowania pacjentów na obecność wirusa SARS-CoV-2. Pamiętajmy jak specyficzny jest charakter sprawowania opieki nad pacjentem psychiatrycznym, który często nie może samodzielnie udzielić informacji na swój temat, dlatego niezbędny jest kontakt z jego opiekunami.

Równie ważną kwestią jest problem dzieci i młodzieży w czasie epidemii. Jest to również czas nauki zdalnej - bardzo trudny dla dzieci i młodzieży znajdującej się w kryzysie choroby psychicznej. W tym kontekście Rzecznik Praw Obywatelskich zaapelował do Ministra Zdrowia, aby oddziały dzienne zapewniały opiekę psychiatryczną także młodzieży po ukończeniu 18 r.ż. Młodzi ludzie, którzy ukończyli 18 lat nie otrzymują pomocy psychiatrycznej w oddziałach dziennych, a to najczęściej osoby nadal uczące się - uczniowie 2, 3 klasy szkoły średniej, a nawet szkoły podstawowej, których stan zdrowia wymaga stałej opieki lekarsko-terapeutycznej. W ocenie RPO wykluczenie ich z opieki psychiatrycznej oddziałów dziennych oznacza złamanie ich funkcjonowania w społeczeństwie, pogorszenie edukacji i stanu psychicznego. A to może grozić wzrostem liczby samobójstw. Bezsprzecznie w ocenie RPO problem ten wymaga więcej troski i zaangażowania ze strony władz publicznych.

### 3.13. Agnieszka Wernik, Zastępca Dyrektora Departamentu Strategii i Działań Systemowych w Biurze Rzecznik Praw Pacjenta



W zakresie chorób metabolicznych – w tym głównie cukrzycy i otyłości - postulaty pacjentów, które są zgłaszane do Rzecznika Praw Pacjenta dotyczą poprawy dostępu do opieki oraz nowych technologii medycznych. Wiele z postulatów pacjentów z cukrzycą, odnosiło się do dyskryminacji osób powyżej 26 r.ż. jeżeli chodzi o dostęp do takich wyrobów medycznych - jak pompy insulinowe oraz systemy monitorujące glikemię. W zakresie problemu otyłości należy także zastanowić się nad stworzeniem w systemie publicznym poradni leczenia otyłości, które byłyby odpowiednią na poradnie funkcjonujące na rynku prywatnym, a do których pacjenci się zgłaszają i finansują świadczenia takie jak konsultacje psychologiczne i konsultacje specjalistyczne. Pacjenci oczekują, żeby takie świadczenia były świadczeniami gwarantowanymi, gdzie w jednym miejscu mogliby uzyskać opiekę kompleksową. Chciałabym również zwrócić uwagę na prawo do równości traktowania oraz prawo do intymności i godności pacjenta z otyłością. Wpływają do Rzecznika Praw Pacjenta skargi, że pacjenci chorujący na otyłość otrzymują od personelu medycznego błędne informacje albo wręcz komunikaty, które naruszają ich intymność i godność. Pacjent z otyłością, jak każdy inny chory oczekuje rzeczowej informacji, gdzie i jak może otrzymać pomoc w związku ze swoim schorzeniem. Jeżeli już na początku swojej drogi w systemie ochrony zdrowia, zetknie się z niewłaściwą komunikacją to w ograniczonym zakresie będzie ufał danemu specjalście. W konsekwencji nie posłucha jego zaleceń oraz nie podejmie działań mających na celu ochronę jego zdrowia. Bardzo ważne jest również wdrożenie edukacji w zakresie zdrowotnym na dużo wcześniejszym etapie, niż pacjent dorosły. Dlatego Rzecznik proponuje, aby wprowadzić do szkół - „wiedzy o zdrowiu” – oddzielny przedmiot, który będzie uczył o odpowiednich zachowaniach zdrowotnych oraz gdzie znaleźć będzie można wiarygodne informacje na temat zdrowia i choroby. Warto wskazać, że ostatnie zmiany w rozporządzeniu Ministra Edukacji Narodowej w kierunku wdrożenia przedmiotu „wiedzy o zdrowiu” tj. zapis dotyczący „Zajęć wychowawców, w szczególności dotyczących istotnych problemów społecznych, zdrowotnych, prawnych, finansowych, klimatycznych i ochrony środowiska” oznaczają, że nie możemy jeszcze na tym etapie reformy mówić o rzeczywistym wdrożeniu przedmiotu „wiedzy o zdrowiu”. Niestety zdrowie *per se* nie jest tu wyszczególnione, jako jedyna materia przedmiotu. A oto nam chodzi. Stworzenie nowego przedmiotu dawało również efekt społeczno-psychologiczny, pokazując, że zdrowie urasta do bardzo istotnej rangi w życiu każdego człowieka i społeczeństwa.

### 3.14. Dr Michał Sutkowski, Rzecznik Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce

Epidemia otyłości z perspektywy gabinetu lekarza rodzinnego jest coraz bardziej zauważalna. W opiece nad pacjentem staramy się wdrażać opiekę kompleksową. Zwracamy uwagę na zachowania behawioralne pacjentów, które według mnie powinny być zapisane „na receptę”, czyli dieta, ruch i tym podobne zalecenia prozdrowotne. Szczególnie podkreślam tutaj wagę wzmocnienia prozdrowotnego edukowania pacjentów. Bardzo popieram wszystkie rozwiązania telemedycyny - zarówno te wdrożone w czasie epidemii, jak i te które są warte



wdrażania w niedalekiej przyszłości. Nad schorzeniami metabolicznymi: problemami cukrzyca typu 2, otyłością, metabolicznymi powikłaniami w terapii schizofrenii, czy dyslipidemii - trzeba się pochylić w sposób bardzo kompleksowy. To co nazwaliśmy „Godziny dla Zdrowia” - zostało wprowadzone zgodnie z rozporządzeniem Ministra Edukacji Narodowej z 3 czerwca 2020 r., jako „Lekcje dla Zdrowia” - w wymiarze społecznym ma to ogromne znaczenie. Dzięki tej decyzji za jakiś czas dialog ze społeczeństwem ma szansę być na zupełnie innym poziomie. Dzisiaj jest tak, że wiele osób nie ma pojęcia o czym mówimy, jako lekarze w zakresie zaleceń profilaktyki zdrowotnej. Mówiliśmy również o „podatku cukrowym”, który wzorem podatku Pigou ma redukować negatywne efekty spożywania cukru, takie jak np. otyłość i cukrzyca prowadzące do wzrostu powikłań i zgonów. Podobnie jest z podatkiem węglowym, który ma służyć zniechęcaniu do korzystania ze szkodliwych dla środowiska paliw, i zachęcaniu do transformacji ekonomicznej w kierunku ekologicznej energetyki. Uważam, że nie należy się bać takich rozwiązań, ale należy w sposób racjonalny edukować społeczeństwo, pokazując pozytywne efekty. Mówiliśmy o flozynach oraz inkretynach w kontekście zwiększenia możliwości refundacyjnych tych leków w terapii cukrzyca i niewydolności serca. Mówiliśmy o metodach pomiaru glikemii – metody FGM i CGM-RT będą decydowały w najbliższym czasie o sposobie modyfikowania leków, o sposobie leczenia cukrzyca insulinozależnej dla osób dorosłych, będą też modelami dla „sztucznej trzustki”. W terapii schizofrenii pojawił się temat lurazydonu, leku który zmniejsza ryzyko kardiologiczne oraz otyłości. Z pozycji gabinetu lekarza rodzinnego obserwuję dużą grupę chorych z otyłością u pacjentów ze schizofrenią.

### 3.15. Prof. Paweł Kowal, Poseł na Sejm RP

Jako politycy, często zastanawiamy się na ile mamy prawo narzucać jakiegokolwiek działania, prozdrowotne lub podatkowe społeczeństwu. Stoję jednak zawsze na stanowisku, żeby zasada bazowania na wiarygodnych danych obowiązywała, także w decyzjach politycznych. Dziwi mnie, że uczestnicy dyskusji publicznej udają, że nie widzą problemu, jakim jest otyłość i cukrzyca w naszym kraju. Przekonałem się, że koszty wynikające z chorób metabolicznych mogą uzasadniać ingerencję rządu w wolność konsumentów – kiedy mówimy o poziomie pewnej filozofii politycznej. Warunkiem jest, aby partner społeczny był bardzo zaangażowany i konsultowany na każdym etapie legislacji i wdrażania rozwiązań.

Nie wystarczy powiedzieć, że „jestem przeciwko cukrowi”. Należy wejść w szczegóły i na ich temat się wypowiedzieć. Na przykład, jeśli chodzi o *vacatio legis* jestem za tym, żeby wprowadzić podatek cukrowy, ale pod warunkiem, że damy wystarczająco dużo czasu producentom rodzimym na dostosowanie swojej działalności do zmieniającego się prawa. Dlatego, że producent, który przychodzi do nas z zagranicy, np. z rynku amerykańskiego jest przygotowany do podobnych rozwiązań, w przeciwieństwie do producenta polskiego – najczęściej jest to duża firma rodzinna - który niestety potrzebuje więcej czasu. Mój postulat jest taki, aby w kwestii podatku cukrowego przeznaczyć odpowiedni czas na edukację, analizy oraz wyjaśnienia jeśli chodzi o efekty oraz czas ich realizacji. Poprzez doświadczenia pandemii koronawirusa została na nowo otwarta dyskusja o reformach w systemie ochrony zdrowia. Zawsze opowiadałem się za tym i również teraz podkreślam, iż dla osiągnięcia zamierzonych efektów należy docierać do wszystkich partii politycznych i pokazywać ewentualne szkody i koszty braku reformy ochrony zdrowia w Polsce.



### 3.16. Dr Janusz Meder, Prezes Polskiej Unii Onkologii

Od początku swojej kariery lekarskiej jestem zwolennikiem leczenia holistycznego. Gdy mówię na temat edukacji, prewencji, profilaktyki chorób nowotworowych mój przekaz jest jednocześnie skierowany do wszystkich pacjentów, którzy chorują na choroby metaboliczne. We wspólnym mianowniku przyczyn powstawania tych chorób są te same czynniki. Światowa Organizacja Zdrowia przykłada olbrzymią uwagę do działań prewencyjnych i edukacyjnych zmierzających do zwalczania otyłości wśród dzieci,



młodzieży i dorosłych. Bardzo wiele działań spowodowało, że duży odsetek populacji rzucił palenie papierosów, więc z tym problemem można powiedzieć, że w jakimś stopniu sobie poradziliśmy. Wiele problemów związanych z otyłością ma podłoże nowotworowe, jak rak piersi, nowotwory onkologiczne, rak nerki, nowotwory przewodu pokarmowego, przede wszystkim nowotwory jelita grubego. Mam nadzieję, że będziemy coraz bliżej programu, który został wprowadzony przez NFZ – szeroko pojętej edukacji i promocji postaw prozdrowotnych, prewencji i profilaktyki. Sojusznikiem pacjenta z zespołem metabolicznym jest instytucja lekarza rodzinnego. Na rzecz chorego musi pracować sztab specjalistów: lekarz, pielęgniarka, położna, dietetyk, psycholog, fizjoterapeuta, czy rehabilitant. Cały czas czekamy na pełne wykorzystanie potencjału absolwentów zdrowia publicznego. Już nie mówię o ścisłej współpracy z lekarzem szkolnym, higienistką, stomatologiem, jak również z aptekarzem i nauczycielem. To powinno być realizowane na poziomie gminy, powiatu, czy miasta. Liczymy, że taki zintegrowany program zostanie wreszcie uruchomiony. Zupełnie nie rozumiem na co czekamy, odwlekając wprowadzenie w szkołach „godziny dla zdrowia”. Bardzo dobry przykład dała kampania „Mam Haka na Raka”, gdzie edukowano młodzież przez przekaz w mediach społecznościowych. Równolegle była realizowana kampania „Szkoła w Ruchu”. Nie można bowiem rozdzielić otyłości od braku aktywności fizycznej każdego dnia. Jest to ostatni moment, żeby edukacja zdrowotna ruszyła z miejsca. Absolutnie nie zgadzam się z tym, że to będzie 2021 r. To trzeba rozpocząć od najbliższego roku szkolnego - czyli września 2020 r.

Należy również podkreślić, jak wielu pacjentów traci swoje szanse na wyjście z choroby przez niewłaściwe odżywianie już od pierwszego kontaktu ze szpitalem. Proszę zwrócić uwagę, jak źle wygląda sytuacja żywienia chorych przebywających w szpitalu. Mamy szeroki wachlarz odpowiedniego żywienia pacjenta, żeby chory doświadczył najlepszego efektu leczenia. Tym czasem ciągle tracimy pacjentów z powodu zaniedbania właściwego odżywiania. Jednocześnie, aż 60-80% pacjentów zgłasza się do onkologa z zaawansowanym stadium choroby onkologicznej. Dodatkowo pandemia koronawirusa spowoduje kolejną falę pacjentów z zaawansowaną chorobą przez unikanie konsultacji ze strachu przed kontaktem ze szpitalem. Chciałbym również dodać, że odnotowujemy rosnącą grupę pacjentów z chorobami metabolicznymi, którzy mają nierozpoznaną albo rozpoznaną depresję. Problem tutaj jest bardzo duży, bo narasta liczba samobójstw, zarówno wśród młodych, jak i starszych ludzi. Społeczeństwo się starzeje a młodzi ludzie nie nadążają za tempem w jakim przychodzi im funkcjonować. Tym problemem należy również się zająć i dlatego bardzo się cieszę, że w naszej dyskusji na temat chorób metabolicznych pojawił się wątek psychiatryczny. To jest właśnie holistycznej, kompleksowej spojrzenie na opiekę nad chorym, od którego zacząłem moją wypowiedź i do której powinniśmy dążyć.

## 4. Rekomendacje

1. Chorzy na choroby metaboliczne w czasie pandemii powinni mieć zagwarantowany dostęp do zalecanej przez standardy kliniczne terapii – zarówno w aspekcie kontynuacji rozpoczętego leczenia, jak i w przypadku nowych zachorowań.
2. Jednocześnie biorąc pod uwagę fakt, że chorzy na choroby metaboliczne są znacząco bardziej narażeni na zakażenie koronawirusem i rozwój COVID-19 opieka medyczna powinna być prowadzona w warunkach bezpiecznych dla pacjenta. Z racji na ograniczone zasoby kadrowe szczególną ochroną medyczną i socjalną powinien być objęty personel medyczny, prowadzący i uczestniczący w procesach diagnostyki i leczenia chorych na choroby metaboliczne i psychiczne.
3. W zakresie refundacji publicznej rekomendowane jest regularne dopełnianie wachlarza terapeutycznego kolejnymi lekami i rozszerzenie dostępu do nowoczesnego monitorowania poziomu glikemii.
4. Zaleca się jak najszybsze wdrożenie podatku cukrowego w odpowiedniej wysokości oraz jasną komunikację, jak wydawane będą środki pozyskanie w zakresie edukacji zdrowotnej, profilaktyki i leczenia chorób metabolicznych w Polsce.
5. Zaleca się wprowadzenie kompleksowej komunikacji i edukacji społeczeństwa od najmłodszych lat każdego obywatela w zakresie profilaktyki chorób metabolicznych.

## 5. Kluczowe informacje przygotowane na debatę przez Medyczną Rację Stanu z zakresu wybranych chorób metabolicznych

### 5.1. Cukrzyca

Cukrzyca typu 2 jest najczęstszą postacią cukrzycy. Charakteryzuje się zaburzeniem działania i wydzielania insuliny, przy czym każda z tych nieprawidłowości może dominować. W Polsce według danych z raportu Narodowego Funduszu Zdrowia – w 2018 r. było blisko 2,7 mln dorosłych chorych z cukrzycą leczonych farmakologicznie, z czego blisko 90% stanowili chorzy z cukrzycą typu 2. Dodatkowo, obserwuje się stałą tendencję wzrostową – wzrost o 31% od 2013 r. (2,02 mln chorych w 2013 r.). Świadczenia finansowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia w 2018 r. z powodu cukrzycy zostały udzielone – 1,77 mln dorosłym pacjentom. Choroba ta jest powszechnym i istotnym problemem zdrowotnym, a wraz z kosztami pośrednimi stanowi duże obciążenie dla płatnika.

1 listopada 2019 r. Ministerstwo Zdrowia dokonało przełomu w dostępie do nowych terapii w cukrzycy typu 2 – objęło refundacją flozyny, które oprócz kontroli glikemii redukują powikłania kardiologiczne, będące najgroźniejszą konsekwencją cukrzycy, prowadzące nawet do zgonu pacjenta. Refundacja ta dotyczy jednak jedynie wąskiej grupy pacjentów, w środkowym etapie schematu terapeutycznego pacjenta i od poziomu HbA1c 8%. Przez środowisko diabetologów i pacjentów oczekiwane jest rozszerzenie refundacji flozyn w rok,

najdalej 2 lata od refundacji – zgodnie z publiczną deklaracją Ministra Macieja Miłkowskiego. Oczekiwane rozszerzenie względem istniejącego wskazania polegają na:

- a) możliwości leczenia chorych już w przypadku nieskuteczności jednego leku przeciwcukrzycowego (a nie - po dwóch lekach doustnych) – czyli na wczesnym etapie choroby,
- b) możliwości dodania flozyn do terapii insuliną (a nie - ograniczenie do pacjentów przed włączeniem insuliny), czyli na końcowym etapie choroby oraz
- c) przyjęciu definicji niekontrolowanej cukrzycy zgodnie z wytycznymi Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego (tj. zniesienie dotychczasowego limitu na poziomie HbA1c  $\geq 8\%$  i przyjęcie  $\geq 7\%$ ). Pacjenci od tego poziomu powinni mieć zintensyfikowane leczenie, a czekanie do poziomu HbA1c  $\geq 8\%$  może być uznawane za błąd terapeutyczny. Ze spadkiem poziomu HbA1c jest skorelowany spadek częstości występowania poważnych zdarzeń sercowo-naczyniowych.

Rozszerzenie wskazania o wcześniejsze etapy leczenia pacjentów z cukrzycą jest podyktowane treścią wytycznych European Society of Cardiology (ESC) i European Association for the Study of Diabetes (EASD) z 2019 r., w myśl których, inhibitory SGLT-2 (flozyny), jako klasa leków są rekomendowane u chorych z wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym na każdym etapie leczenia cukrzycy (a nie dopiero po zastosowaniu co najmniej dwóch leków doustnych - jak w obecnie określonym wskazaniu refundacyjnym). Leki z grupy SGLT-2 zalecane są nawet przed metforminą u pacjentów z wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym. Najwyższa rekomendacja (1A) dla inhibitorów SGLT-2 jest związana z udowodnioną redukcją liczby zdarzeń sercowo-naczyniowych wśród pacjentów z cukrzycą wykazaną w dużych badaniach klinicznych. Wśród dostępnych badań wyróżnia się w szczególności badanie DECLARE-TIMI 58 - dla dapagliflozyny, które spośród innych badań dla flozyn objęło najbardziej liczną grupę pacjentów z cukrzycą typu 2 (17 tys.), o zróżnicowanym profilu ryzyka sercowo naczyniowego, przez co najwierniej odzwierciedla populację pacjentów z codziennej praktyki klinicznej. Spośród wszystkich leków stosowanych w leczeniu cukrzycy jedynie inhibitory SGLT-2 (flozyny) i agoniści receptora GLP-1 (inkretyny) mają udowodnioną w badaniach klinicznych redukcję zdarzeń sercowo-naczyniowych.

Zgodnie z wynikami badania DECLARE-TIMI 58 - stosowanie dapagliflozyny przyniesie choremu korzyści w postaci zmniejszenia o 17% częstości występowania zgonów z przyczyn sercowo-naczyniowych lub hospitalizacji z powodu niewydolności serca. Dodatkowo, co zostało potwierdzone w wielu wcześniejszych badaniach klinicznych dla dapagliflozyny, „podstawowe” korzyści dla chorego związane z leczeniem hipoglikemizującym, będą obejmować poprawę kontroli glikemii, obniżenie masy ciała i ciśnienia tętniczego.

Według badania EMPA-REG OUTCOME dodanie empagliflozyny do dotychczasowego leczenia u chorych na cukrzycę typu 2 z wysokim ryzykiem wystąpienia zdarzeń sercowo-naczyniowych skutkuje istotną, 14% redukcją ryzyka wystąpienia złożonego punktu końcowego, obejmującego zgon z przyczyn sercowo-naczyniowych, zawał serca niezakończony zgonem oraz udar mózgu niezakończony zgonem. Stwierdzono również istotną, 38% redukcję liczby zgonów z przyczyn sercowo-naczyniowych bez istotnej różnicy w przypadku ryzyka wystąpienia



niezakończono zgonem zawału serca lub udaru mózgu. Dodatkowo leczenie z zastosowaniem empagliflozyny skutkowało redukcją ryzyka zgonu z dowolnej przyczyny (redukcja o 32%) oraz hospitalizacji z powodu niewydolności serca (redukcja o 35%). Oczekiwana długość życia chorych na cukrzycę typu 2 z wysokim ryzykiem chorób układu sercowo-naczyniowego jest obniżona średnio o dwanaście lat, a około 50% zgonów u chorych na cukrzycę typu 2 jest powodowanych przez choroby układu sercowo-naczyniowego. Wpływ empagliflozyny w tym badaniu zaobserwowano po jej dodaniu do dotychczasowego leczenia. Oznacza to, że obserwowane korzyści przewyższyły te, które uzyskiwano w przypadku innych leków stosowanych już w związku z cukrzycą i/lub chorobą układu sercowo-naczyniowego (takie jak leki obniżające ciśnienie krwi i stężenie cholesterolu).

Ciężar cukrzycy, jako jednostki chorobowej powinien być rozpatrywany razem z licznymi powikłaniami, które ona powoduje. Skalę powikłań rozwiniętych na tle cukrzycy bardzo dobrze obrazuje fakt, iż średni koszt leczenia jednego pacjenta z cukrzycą jest o 82,5% wyższy od pacjenta tej samej płci i w tym samym wieku, ale bez cukrzycy. Całkowite obciążenie budżetu NFZ kosztami cukrzycy, rozumianymi jako suma leczenia cukrzycy, jej powikłań i cięższego przebiegu chorób współistniejących, w 2017 roku wyniosło 6 073 mln zł. Kwota 3 248 mln zł (53,5%) to efekt bardziej kosztownego leczenia osób z cukrzycą w porównaniu do kosztów leczenia pozostałych osób korzystających ze świadczeń finansowanych przez NFZ. Wynika to z faktu, iż chorzy na cukrzycę częściej chorują na inne schorzenia, a przebieg ich chorób jest na ogół cięższy. [NIZP – PZH, Komitet Zdrowia Publicznego PAN, PEX PharmaSequence, 2019].

## 5.2. System ciągłego pomiaru glikemii metodą skanowania (isCGM)

System do ciągłego pomiaru glikemii metodą skanowania (isCGM) - FreeStyle Libre – umożliwia pacjentowi uzyskanie informacji o stężeniu glukozy i zmienności glikemii w ciągu doby. Sensor gromadzi co minutę informacje dotyczące poziomu glukozy w płynie śródtkankowym a dane mogą być czytane z niego przy pomocy czytnika lub smartfona z odpowiednią aplikacją. Dzięki ciągłemu pomiarowi glikemii możliwe jest określenie czasu w jakim glikemia pacjenta znajduje w zakresie docelowym glikemii (TIR, time in range), określonym przez polskie i międzynarodowe wytyczne kliniczne. Wytyczne wskazują na bezpośredni związek ryzyka rozwoju powikłań nie tylko z poziomem HbA1c, ale również z czasem w zakresie docelowym (TIR) lub poza nim. Czas w zakresie docelowym uznawany jest za nowy standard oceny kontroli cukrzycy, uzupełniający wartość hemoglobiny glikowanej (HbA1c). Regularne monitorowanie glikemii przyczynia się do lepszego „wyrównania pacjenta” i redukcji ryzyka występowania powikłań, szczególnie hipoglikemii. Zależność pomiędzy częstością wykonywania pomiarów glikemii a zwiększeniem czasu jaki pacjent przebywa w zakresie docelowym oraz zmniejszeniem czasu poniżej/powyżej zakresu docelowego, jak również lepszą kontrolą HbA1c potwierdzają liczne badania kliniczne oraz dane z codziennej praktyki (Real World Data).

Obecnie system monitorowania glikemii metodą skanowania dostępny jest jedynie dla populacji pediatrycznej z typem 1 cukrzycy. Wskazane jest poszerzenie grupy pacjentów, którzy mają dostęp do systemu w ramach refundacji o pacjentów z cukrzycą leczonych metodą intensywnej insulinoterapii – w pierwszej kolejności przynajmniej poprzez złagodzenie kryterium wiekowego (rozszerzenia dostępu o pacjentów z typem 1 do 26. roku życia) oraz o kobiety w ciąży z cukrzycą ciążową i przedciążową.

Problem cukrzycy ciążowej dotyczy około 5-8% kobiet, czyli około 20-30 tys. pacjentek rocznie. Spośród tych pacjentek około 25%, czyli w przybliżeniu 7 tys. kwalifikuje się do leczenia insuliną. U części pacjentek jest to zdiagnozowana w trakcie ciąży „ukryta” cukrzyca typu 2, której objawy nie są zahamowane po porodzie. Ponadto około 2-3 tys. pacjentek z typem 1 cukrzycy (zdiagnozowanym przed ciążą), wymaga intensywnej insulinoterapii, czyli wielokrotnych wstrzyknięć w ciągu dnia. Konsekwencje cukrzycy ciążowej dotyczą zarówno płodu jak i ciężarnej. Najgroźniejsze konsekwencje dla płodu to: makrosomia, zaburzenia oddychania (u ok. 10-15% noworodków ze zdiagnozowaną cukrzycą u matki), hiperbilirubinemia, opóźnienie dojrzewania płodu – niedojrzałości płuc i wątroby, przebudowa struktury mięśnia sercowego, niedotlenienie wewnątrzmaciczne, zaburzenia krążenia, hipoglikemia i urazy okołoporodowe. Z kolei najczęstsze powikłania u ciężarnej to: nadciśnienie, rzucawka, która prowadzić może do śpiączki i być bezpośrednią przyczyną zgonu oraz konieczność porodu drogą cięcia cesarskiego.

Ryzyko zarażenia COVID-19 przez pacjentów z cukrzycą jest podobne jak u populacji ogólnej. Wyższe jest natomiast ryzyko ciężkiego przebiegu choroby u osób zarażonych, które niestety często kończy się zgonem. W związku z powyższym wskazane jest ograniczenie przez chorego potencjalnych sytuacji sprzyjających zarażeniu. Zaleca się m.in. zastępowanie „zwykłych” wizyt u diabetologa wizytą telemedyczną.

Nowoczesne metody monitorowania cukrzycy metodą skanowania dostarczają pacjentowi i lekarzowi dodatkowych narzędzi wspomagających proces terapeutyczny. Dzięki specjalnemu systemowi (LibreView) lekarz może mieć na bieżąco dostęp do wyników pomiarów poziomu glukozy wykonywanych przez pacjenta i ocenić nie tylko poziom glikemii, ale także jej zmienność. Dzięki tym danym lekarz ma możliwość podejmowania niemal wszystkich decyzji dotyczących utrzymania obecnej terapii lub jej modyfikacji na odległość. Tym samym znaczna część wizyt u diabetologa może z powodzeniem zostać zastąpiona przez kontakt zdalny. Poza aspektem epidemiologicznym, szersze stosowanie rozwiązań telemedycznych może mieć istotne znaczenie dla systemu opieki zdrowotnej poprzez skrócenie czasu wizyty, skutkujące skróceniem kolejek do specjalisty. Tym samym poprawi to współpracę pacjenta z lekarzem w leczeniu choroby przewlekłej. Dodatkowe środki przeznaczone na refundację systemu ciągłego pomiaru glikemii metodą skanowania pochodzić mogą z planowanego podatku cukrowego. Szersze udostępnienie nowoczesnych metod monitorowania wpisuje się w politykę skutecznej profilaktyki i leczenia cukrzycy.

### 5.3. System ciągłego monitorowania glikemii w czasie rzeczywistym (CGM-RT)

Największą wartość terapeutyczną ma połączenie insulinoterapii za pomocą pomp insulinowych z systemem ciągłego monitorowania glikemii – CGM. Na ten moment to jest optymalny model diagnostyczno-terapeutyczny, który zmierza w kierunku stworzenia sztucznej trzustki. Ten model umożliwia, również zastosowanie rozwiązań telemedycznych. W dobie intensywnej insulinoterapii, największym obecnie wyzwaniem dla lekarza diabetologa oraz pacjentów z cukrzycą typu 1 stała się hipoglikemia, a zwłaszcza poważny problem jej nieświadomości wśród pacjentów. W świetle aktualnej literatury i wyników badań naukowych (EBM), najbardziej skutecznym a zrazem coraz bardziej dostępnym rozwiązaniem terapeutycznym, stały się systemy zintegrowane (pompainsulinowa z wbudowanym systemem CGM), które w oparciu o ciągły pomiar glukozy, potrafią automatycznie modyfikować podawanie insuliny, skutecznie chroniąc pacjenta przed hipoglikemią i jej groźnymi następstwami. Nowoczesne systemy zintegrowane, w swej funkcjonalności, coraz bardziej doskonale naśladują fizjologię podawania insuliny. W Polsce pacjenci mogą korzystać już z takich urządzeń, ale są one refundowana dla pacjentów do 26 r.ż.

Ze względów klinicznych i ekonomicznych wskazane jest aby również pacjenci po przekroczeniu 26 r.ż. mogli korzystać z tej metody terapii. System Ciągłego Monitorowania Glikemii w czasie rzeczywistym (CGM-RT) powinien być refundowany publicznie z dopłat 30% u dorosłych powyżej 26 roku życia z cukrzycą typu 1 leczonych za pomocą pompy insulinowej, z nieświadomością hipoglikemii czyli brakiem objawów prodromalnych niedocukrzenia.

Należy również podkreślić, że na naszych oczach wprowadzana jest do terapii pierwsza hybrydowa sztuczna trzustka, która jak się przewiduje może stać się bardzo szybko standardem opieki, pozwalającym nie tylko na optymalne wyrównanie glikemii pacjenta ale również na znaczne zredukowanie powikłań cukrzycy (zarówno ciężkich, jak i „odległych”).

### 5.4. Otyłość

Otyłość jest problemem w obszarze zdrowia publicznego, który wymaga interwencji na poziomie krajowym. Już co czwarty dorosły Polak jest otyły. Niestety, problem ten coraz częściej dotyczy również dzieci. Według Światowej Organizacji Zdrowia polskie dzieci tyją najszybciej w Europie. Nadmierne i niekontrolowane spożywanie pokarmów wysoko kalorycznych, w tym produktów o dużej zawartości cukru jest źródłem otyłości, która znacznie zwiększa ryzyko zachorowania i powikłań związanych z cukrzycą typu 2, chorobami układu krążenia, niektórymi nowotworami, oraz także chorobami narządu ruchu. Otyłość i związane z nią konsekwencje zdrowotne mogą oznaczać skrócenie życia średnio, aż o 15 lat. Niestety, prognozy nie są optymistyczne. Według ekspertów w 2025 r., aż blisko o 1/3 wzrośnie liczba pacjentów chorych na cukrzycę i nadciśnienie. Obecnie na cukrzycę choruje niemal 3 mln Polaków.

Otyłość nie jest problemem estetycznym, jest problemem medycznym powiązany z rozwojem cywilizacyjnym – dlatego problem otyłości sam nie ustąpi. Wymaga on planowego podejścia, profilaktyki oraz kompleksowego i długotrwałego leczenia farmakologicznego. Efekty

pilnych działań w tym obszarze będą wielokierunkowe – odnotujemy nie tylko mniej pacjentów z nadwagą i otyłością, ale też mniej chorych na schorzenia bezpośrednio związane z otyłością: kardiologiczne, onkologiczne, psychiczne, związane z narządami ruchu oraz wiele innych.

### 5.5. *Bariatryka – chirurgiczne leczenie otyłości*

Według WHO otyłość to jedna z głównych chorób cywilizacyjnych, która szczególnie zagraża mieszkańcom Europy. W ciągu ostatnich 20 lat trzykrotnie przybyło tutaj ludzi z otyłością. W Polsce na otyłość cierpi co czwarta osoba. Otyłość rzędu BMI>35 skraca życie co najmniej o 10 lat. Jeśli do tego dołożyć nadciśnienie, ciężką do uregulowania cukrzycę, bezdech senny, zaburzenia w obrębie narządu ruchu, to życie pacjenta będzie jeszcze krótsze. Cukrzyca typu 2 (najbardziej popularna) w 99,9 proc. jest związana z otyłością.

W Polsce populacja chorych spełniających kryteria kwalifikacji do operacji bariatrycznej (BMI powyżej 40 lub 35 - jeśli otyłości towarzyszą powikłania) to od 400 tysięcy do 1,2 mln ludzi. Przy tak wielkiej rzeszy chorych niezwykle ważna jest – w kontekście efektywności kosztowej i zapewnienia wysokiej jakości opieki - opieka koordynowana, uwzględniająca leczenie chirurgiczne i opieka oparta na zasadach VBHC. Przykładem takiego rozwiązania jest model opieki koordynowanej KOS-BAR opracowany w formule raportu we współpracy ze środowiskiem specjalistów klinicznych i ekspertów Uczelni Łazarskiego. Chirurgia bariatryczna jest obecnie najskuteczniejszym i najtrwalszym sposobem leczenia otyłości olbrzymiej, która dotyka w Polsce ok. 700 tys. osób. Ten rodzaj interwencji zapewnia znaczną utratę wagi i pomaga w ponad 40 schorzeniach związanych z otyłością, takich jak: cukrzyca typu 2, choroby serca, obturacyjny bezdech senny i niektóre nowotwory. Należy włączyć tutaj również zapobieganie i łagodzenie objawów chorób onkologicznych. Dla uzyskania najlepszych efektów leczenia otyłości olbrzymiej oraz optymalizacji kosztów niezbędna jest opieka wielospecjalistyczna. Eksperti zgodnie uznają, że konieczne jest wprowadzenie jednolitych standardów opieki nad pacjentami leczonymi chirurgicznie z powodu otyłości olbrzymiej. Kwalifikacja i przygotowanie chorego do zabiegu operacyjnego powinno się odbywać w zespole wielodyscyplinarnym. Kluczową rolę w pracach takiego zespołu odgrywa koordynator sprawujący nadzór nad przygotowaniem do zabiegu i całym procesem leczenia. Powinien to być lekarz, mający doświadczenie w zakresie leczenia i opieki nad chorymi z otyłością olbrzymią, najlepiej - chirurg. Z rekomendacji z raportu Uczelni Łazarskiego wynika zalecenie, aby zabiegi chirurgicznego leczenia otyłości były przeprowadzane w ośrodkach mających doświadczenie w chirurgii bariatrycznej i metabolicznej, z wyszkoloną w tym kierunku kadrą i niezbędnym sprzętem.

### 5.6. Optymalizacja terapii schizofrenii w kontekście redukcji powikłań kardio-metabolicznych

W optymalizacji terapii schizofrenii w Polsce należy uwzględnić umieszczenie zaburzeń psychicznych wśród Priorytetów Zdrowotnych Ministra Zdrowia w latach 2020-2023, oraz realizację celów Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017-2022 poprzez zapewnienie osobom z zaburzeniami psychicznymi jak najlepszej opieki, która będzie zaspakajała potrzeby zdrowotne pacjentów. Z racji reformy psychiatrii w kierunku przechodzenia z opieki szpitalnej na środowiskową powinno się zapewniać dostęp do obiecujących i efektywnych kosztowo terapii.

Według danych NFZ liczba pacjentów powyżej 18 r.ż. z rozpoznaniem głównym lub współistniejącym F20 (schizofrenia) to ok. 180 tys. osób. W 2017 r. NFZ wydał na świadczenia opieki zdrowotnej z tytułu schizofrenii ok. 589 mln zł, rozliczył zaś, aż ok. 60 tys. hospitalizacji chorych z rozpoznaniem schizofrenii o wartości 501 mln zł (85% wydatków NFZ na świadczenia ogółem). W przeciągu siedmiu lat liczba hospitalizowanych pacjentów ze schizofrenią zmniejszyła się o blisko 16% - co może stanowić o efekcie stosowania nowych terapii lekowych. Choroby psychiczne i zaburzenia nastroju są pierwszą z przyczyn niezdolności do pracy Polaków, generując 5,8 mld złotych wydatków ZUS w 2017 r. Schizofrenia dotyczy ludzi w wieku produkcyjnym - średni wiek chorego w chwili diagnozy to 27 lat. W 2017 r. wydatki ZUS na świadczenia związane z niezdolnością do pracy z tytułu schizofrenii (1,2 mld zł) dwukrotnie przewyższały wydatki NFZ (589 mln zł) na świadczenia opieki zdrowotnej w tym rozpoznaniu. Według estymacji Instytutu Zarządzania w Ochronie Zdrowia Uczelni Łazarskiego koszty pośrednie utraty produktywności w wyniku absenteizmu chorych na schizofrenię wyniosły w 2017 r. ok. 2 mld zł.

Te dysproporcje są możliwe do uniknięcia, dzięki poprawie modelu opieki oraz dostępowi do nowych terapii lekowych w chorobach psychicznych – w tym w schizofrenii. W latach 2018-2020 nastąpił poprawa w dostępie chorych na schizofrenię do nowych terapii. Ministerstwo Zdrowia zrefundowało od lipca 2018 r. - palmitynian paliperidonu, który można podawać co miesiąc u pacjentów „ustabilizowanych” klinicznie, a od stycznia 2020 r. - paliperidon, który można podawać co 3 miesiące.

Refundacja nowego leku - lurazydonu mogłaby uzupełnić możliwości terapeutyczne chorych na schizofrenię oraz wpisać się w optymalizację opieki psychiatrycznej, prowadzonej przez Ministerstwo Zdrowia. Jest to lek dopuszczony do obrotu na terenie Unii Europejskiej od 21 marca 2014 r. Lek ten jest terapią z wyboru u chorych na schizofrenię z grupy ryzyka rozwinięcia polekowych powikłań kardiologicznych, do których należą przede wszystkim wydłużenia odstępu QTc i nagłe zgony. Jednocześnie lurazydon ma mniejszy potencjał wywoływania przyrostu masy ciała, więc subpopulacją chorych odnoszących większe korzyści mogą być chorzy na schizofrenię z zespołem metabolicznym (z nadwagą/otyłością) w przebiegu stosowania innych LAI. Redukcja powikłań kardio-metabolicznych dzięki refundacji lurazydonu przekłada się na zmniejszenie hospitalizacji o 60%. Prezes AOTMiT, rekomendując

pozytywnie w grudniu 2018 r. objęcie refundacją produktu leczniczego Latuda (lurasidonum) stwierdził:

*„Uważa się za zasadne finansowanie ze środków publicznych lurasidonu we wskazaniu: leczenie schizofrenii u dorosłych pacjentów w wieku 18 lat i starszych. Wytyczne kliniczne zalecają w leczeniu schizofrenii stosowanie leków przeciwpsychotycznych II generacji, do których należy lurasidon. Ze względu na fakt, że wytyczne wskazują na kierowanie się indywidualnymi przesłankami podczas wyboru linii leczenia schizofrenii, objęcie refundacją wnioskowanej technologii medycznej może przyczynić się do poszerzenia wachlarza dostępnych terapii w leczeniu schizofrenii.”*

## 6. Rada Ekspertów ds. Chorób Metabolicznych i Przeciwdziałania Otyłości Medycznej Racji Stanu

1. Prof. Leszek Czupryniak, Kierownik Kliniki Chorób Metabolicznych, CSK Warszawa
2. Prof. Zbigniew Gaciong, Kierownik Katedry i Kliniki Chorób Wewnętrznych, Nadciśnienia Tętniczego i Angiologii WUM, Konsultant Krajowy w dziedzinie Hipertensjologii
3. Dr n. med. Jakub Gierczyński, MBA, Ekspert systemu ochrony zdrowia
4. Prof. Piotr Hoffman, Kierownik Kliniki Wad Wrodzonych Serca Instytutu Kardiologii w Warszawie
5. Prof. Przemysław Jarosz-Chobot, Kierownik Oddziału Diabetologii Dziecięcej i Pediatrii, Górnośląskie Centrum Zdrowia Dziecka im. św. Jana Pawła II
6. Dr n. med. Mariola Kosowicz, Kierownik Poradni Psychoonkologii w Warszawskim Centrum Onkologii – Instytucie im. Marii Curie-Skłodowskiej.
7. Prof. Artur Mamcarz, Kierownik III Kliniki Chorób Wewnętrznych i Kardiologii II Wydziału Lekarskiego WUM
8. Dr n. med. Janusz Meder, Prezes Polskiej Unii Onkologii
9. Prof. Małgorzata Myśliwiec, Kierownik Katedry i Kliniki Pediatrii, Diabetologii i Endokrynologii Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego
10. Mgr. Magdalena Siuba-Strzelińska, Zastępca Kierownika Narodowego Centrum Edukacji Żywieniowej
11. Prof. Krzysztof Strojek, Kierownik Oddziału Klinicznego Chorób Wewnętrznych, Diabetologii i Schorzeń Kardiometabolicznych Śląskiego Centrum Chorób Serca, Konsultant Krajowy w dziedzinie Diabetologii
12. Dr n. med. Michał Sutkowski, Rzecznik Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce
13. Prof. Dariusz Włodarek, Kierownik Zakładu Dietetyki Wydziału Nauk o Żywieniu Człowieka i Konsumpcji SGGW w Warszawie
14. Prof. Mariusz Wyleźoń, Przewodniczący Sekcji Chirurgii Metabolicznej i Bariatrycznej Polskiego Towarzystwa Badań nad Otyłością
15. Prof. Edward Wylegała, Kierownik Katedry i Oddziału Klinicznego Okulistyki SUM w Szpitalu Kolejowym w Katowicach
16. Prof. Tomasz Zdrojewski, Komitet Zdrowia Publicznego PAN, Kierownik Katedry Nadciśnienia Tętniczego i Diabetologii GUM

17. Prof. Dorota Zozulińska-Ziółkiewicz, Kierownik Oddziału Diabetologii i Chorób Wewnętrznych, Kierownik Kliniki Chorób Wewnętrznych i Diabetologii, Prezes PTD.

## 7. Tezy dla Zdrowia

W trosce o zdrowie polskiego społeczeństwa, rozumiane jako najwyższej notowana wartości w życiu osobistym każdego z nas, a także istotny gwarant bezpieczeństwa narodowego, powstał *think-tank* „Medyczna Racja Stanu”. 29 czerwca 2018 r. pod Patronatem Księdza Kardynała Kazimierza Nycza w siedzibie Polskiej Akademii Nauk odbyła się zorganizowana przez ISP PAN, PUO, Kolegium Lekarzy Rodzinnych i Green Communication, systemowo-ekspertcka debata prezentująca inicjatorów powołania *think-tanku*, skład Rady Naukowej oraz Tezy dla Zdrowia, wytyczające kierunki niezbędnych zmian w systemie ochrony zdrowia. Po trwających kilka miesięcy dyskusjach i konsultacjach powstała obecna wersja Tez dla Zdrowia, w których proponujemy:

### 1. PRZYJĘCIE ZASADY „ZDROWIE W POLITYCE”

ZDROWIE znajduje się na pierwszej pozycji naszych potrzeb. Nie stało się jednak priorytetem programu żadnej partii politycznej. Proponujemy zapisanie w regulaminie Sejmu zasady dorocznego expose Premiera dotyczącego wyzwań związanych ze zdrowiem Polaków, wygłaszanego w Światowym Dniu Chorego (11 lutego) i odnoszącego się do aktualnej sytuacji w ochronie zdrowia.

### 2. PROPAGOWANIE, KONTROLOWANIE I NAGRADZANIE POSTAW SŁUŻĄCYCH TROSCE O JAKOŚĆ

JAKOŚĆ powinna stać się wyznacznikiem wszelkich działań w obszarze ochrony zdrowia, poczynając od stosunku do pacjenta, dbałości o jego dostęp do wykwalifikowanych kadr, procedur diagnostycznych, terapeutycznych, rehabilitacyjnych, przez kadry i procesy decyzyjne zapobiegające marnotrawieniu rosnących środków na opiekę medyczną i służących racjonalizacji wydatków. Wszystko to z myślą o budowaniu międzypokoleniowej atmosfery *continuous improvement* – ciągłej poprawy, jako głównego elementu zarządzania przez jakość.

### 3. PRZYJĘCIE, ŻE NAJWAŻNIEJSZE REFORMY POWINNY ZOSTAĆ PRZEPROWADZONE W CIĄGU 5 LAT. NAZYWAMY TO ZASADĄ „HORYZONT 2023”

Proponujemy by po zakończeniu społecznych konsultacji dotyczących Tez dla Zdrowia podpisana została pod patronatem Prezydenta RP, umowa społeczna uwzględniająca najważniejsze reformy w systemie ochrony zdrowia z założeniem, że w ciągu 5 lat nastąpi zwiększenie dostępności środków finansowych, organizacyjnych i infrastrukturalnych w tym obszarze. Stronami umowy powinny być wszystkie znaczące siły polityczne, a jej sens powinien polegać na kontynuacji najważniejszych zmian przez kolejne rządy. Konieczne jest też uwzględnienie aspektów zdrowotnych w procesie tworzenia i uchwalania prawa. Musimy nauczyć się dostrzegania konsekwencji wprowadzanych regulacji, także pod kątem ich wpływu na zdrowie obywateli, a nie tylko skutków budżetowych.

#### **4. SKRÓCENIE CZASU OCZEKIWANIA NA REFUNDACJĘ LEKÓW I REALIZACJĘ PROGRAMÓW LEKOWYCH, ZMNIJSZAJĄCE W DŁUŻSZEJ PERSPEKTYWIE OBCIĄŻENIE PUBLICZNYCH FINANSÓW, A CO NAJWAŻNIEJSZE OSZCZĘDZAJĄCE CIERPIENIA CHORYM I ICH BLISKIM**

Wydatki na leki powinny rosnąć wraz z wydatkami publicznymi na ochronę zdrowia i stanowić co najmniej 17% całego budżetu przeznaczanego na świadczenia gwarantowane. Procedura refundacyjna powinna być przejrzysta i odbywać się tak sprawnie by zapewnić pacjentom możliwie najszybszy dostęp do leków. Konieczne jest wprowadzenie szybkiej ścieżki refundacyjnej dla terapii stanowiących jedyny ratunek w stanach bezpośrednio zagrażających życiu i zapobiegających poważnym powikłaniom chorób przewlekłych oraz określenie jakich terapii to dotyczy i wskazanie kryteriów oraz zasady ich typowania. Jesteśmy za automatyczną refundacją danego leku w ciągu 6 miesięcy od uzyskania pozytywnej oceny AOTMiT i poszerzeniem wskazań refundacyjnych zgodnie z ChPL produktu i aktualną wiedzą medyczną, przy jednoczesnym, szerszym wykorzystaniu instrumentów dzielenia ryzyka w korelacji z dowodami skuteczności terapii. W gestii Ministra Zdrowia powinna pozostać kwestia ustalenia progu refundacji. Refundacją powinny być obejmowane leki, których miesięczny koszt stosowania, w typowej dawce przekraczałby 20 zł. W trosce o budżet państwa konieczne jest tworzenie rejestrów pacjentów i dokonywanie oceny jakości terapii finansowanych ze środków publicznych.

#### **5. USTALENIE ZASADY, ŻE CELEM JEST ZAPEWNIENIE WSZYSTKIM PRZEWLEKLE CHORYM TAKIEGO POZIOMU LECZENIA, BY MIELI MOŻLIWOŚĆ JAK NAJDŁUŻEJ POZOSTAWAĆ NA RYNKU PRACY**

Jesteśmy za wprowadzeniem ustawowego wymogu uwzględniania kosztów pośrednich i społecznych związanych z decyzjami refundacyjnymi dla wskazanej przez ekspertów grupy chorób przewlekłych i powszechnych, w tym chorób rzadkich i ultraradkich. Wprowadzenie analizy kosztów pośrednich pozwoli przeznaczyć środki publiczne na terapie, które przynoszą najlepsze efekty zdrowotne i pomagają zredukować koszty pośrednie, co w dłuższej perspektywie poprawi kondycję zdrowotną Polaków i będzie miało pozytywny wpływ na budżet państwa.

#### **6. RACJONALNE OKREŚLENIE ZAWARTOŚCI KOSZYKA ŚWIADCZEŃ GWARANTOWANYCH W SYSTEMIE OCHRONY ZDROWIA, PRZEPROWADZONE W OPARCIU O AKTUALNĄ WIEDZĘ MEDYCZNĄ I DOKŁADNE ROZPOZNANIE POTRZEB POLSKIEGO SPOŁECZEŃSTWA**

Zasadą każdego ubezpieczenia jest precyzyjne określenie zakresu: szkód, działań i rekompensat pokrywanego przez firmę ubezpieczającą. Taka sama zasada powinna dotyczyć działań podejmowanych przez NFZ. Przy określeniu zawartości koszyka świadczeń gwarantowanych proponujemy przyjęcie zasady finansowania świadczeń diagnostycznych i terapeutycznych z następujących obszarów medycyny: ostre stany zagrażające życiu, drogie procedury szpitalne, diagnostyka i leczenie chorób przewlekłych. System powinien gwarantować równy dostęp do świadczeń zdrowotnych zgodnych z aktualną wiedzą medyczną i adekwatnych do stanu zdrowia pacjenta.

#### **7. WPROWADZENIE ZASADY RÓWNOŚCI PODMIOTÓW LECZNICZYCH WOBEC PŁATNIKA – NFZ**

NFZ powinien finansować określone procedury wszędzie tam, gdzie są one wykonywane, bez względu na rodzaj placówki leczniczej. Jedynym warunkiem podpisania umowy z NFZ powinno być zweryfikowane



spełnianie przez placówkę określonych wymogów jakości, umożliwiających realizację konkretnej procedury i zapewnienie kontynuacji leczenia, nie zaś wygranie procedury konkursowej. Pozwoliłoby to na faktyczny przepływ pieniędzy „za pacjentem”.

### **8. UMOŻLIWIENIE POZABUDŻETOWEGO DOPŁYWU ŚRODKÓW FINANSOWYCH NA OCHRONĘ ZDROWIA I ZRÓWNANIE WYSOKOŚCI SKŁADEK ZDROWOTNYCH WSZYSTKICH GRUP SPOŁECZNYCH**

Najpilniejsze zadania w tym zakresie to wprowadzenie:

- zasady powszechnego (tj. obejmującego wszystkich obywateli w wieku 18-62 lata) opłacania składki na ubezpieczenie zdrowotne, co zwiększając liczebność owej grupy mogłoby nawet pozwolić na obniżenie składki.
- możliwości finansowania przez obywateli szerszego poziomu usług poprzez umożliwienie opłacania via ZUS lub niepubliczne formy ubezpieczeniowe wyższych składek ubezpieczenia zdrowotnego (składki premium), co radykalnie zwiększyłoby strumień środków kierowanych do placówek lecznictwa publicznego.
- reguły, że składka publicznego ubezpieczenia zdrowotnego uzależniona będzie od indywidualnego, podejmowanego przez nas samych poziomu ryzyka chorobowego (palenie tytoniu, nadwaga...).

Alternatywne rozwiązanie to wprowadzenie ubezpieczeń komplementarnych na zasadach solidaryzmu społecznego.

### **9. POWOŁANIE FUNDUSZU WALKI Z RAKIEM**

W związku z faktem, iż choroby nowotworowe stanowią jedno z największych zagrożeń cywilizacyjnych oraz wobec ogromnego postępu jaki dokonuje się w ich diagnostyce i terapii niezbędne jest zapewnienie odpowiedniego finansowania stosowanych tu procedur. Szczególną wagę należy przykładać do profilaktyki nowotworów, których czynniki sprawcze zostały dobrze poznane, a dzięki wczesnemu wykryciu mogą być skutecznie eliminowane; np. wdrożenie badań przesiewowych w kierunku zakażeń HCV, których dostępne już w Polsce, skuteczne leczenie zapobiega rakowi wątroby. Proponujemy, wzorem rozwiązań brytyjskich skupienie się na podobnych działaniach i powołanie na 10 lat Funduszu Walki z Rakiem zasilanego przez Państwo z akcyzy na papierosy i alkohol, która powinna wzrosnąć oraz z kar nakładanych na przemytników i nielegalnych producentów papierosów i alkoholu. Wsparciem Funduszu mogłaby być również nadwyżka finansowa uzyskana z polisy dobrowolnych ubezpieczeń komplementarnych.

### **10. POWOŁANIE FUNDUSZU NA RZECZ CHORÓB RZADKICH I ULTRARZADKICH**

Uważamy, że we współczesnym społeczeństwie wyznającym zasady solidaryzmu, pacjentowi, którego spotkało wyjątkowe nieszczęście w postaci diagnozy rzadkiego schorzenia winni jesteśmy realną pomoc w dostępie do najskuteczniejszych metod diagnostyki, terapii i rehabilitacji. Wsparcie Funduszu powinno odbywać się na zasadach takich, jak w przypadku Funduszu Walki z Rakiem.

#### **11. SYSTEMOWE WSPARCIE DLA OSÓB UCZESTNICZĄCYCH W PROGRAMIE WALKI Z OTYŁOŚCIĄ I NADWAGĄ – „MOTYWACJA+”**

Schorzenia te stają się coraz poważniejszym zagrożeniem cywilizacyjnym w państwach wysokorozwiniętych. Proponujemy zatem wprowadzenie finansowych form zachęty do walki z otyłością dla osób decydujących się na kurację odchudzającą według zasad określonych przez AOTMiT i realizowanych w POZ; w tym możliwość zmniejszenia składki zdrowotnej.

#### **12. PROPAGOWANIE WIEDZY NA TEMAT SKUTECZNEGO ZAPOBIEGANIA CHOROBYM CYWILIZACYJNYM (SERCOWO-NACZYNIOWYM, ONKOLOGICZNYM, METABOLICZNYM) I PREMIOWANIE PRZESTRZEGANIA ZASADY WSPÓŁODOWIEDZIALNOŚCI KAŻDEGO Z NAS ZA WŁASNE ZDROWIE**

Fundamentem promocji zdrowia powinno być wprowadzenie do szkół przedmiotu pod nazwą „Podstawy zdrowego życia” będącego elementem Krajowego Programu Promocji Zdrowia realizowanego we współpracy Rządu z Kościołem. Aktywny udział w programie i poprawa parametrów zdrowotnych powinny być premiowane zmniejszeniem obciążeń podatkowych, zmniejszeniem składki zdrowotnej lub ułatwieniem w dostępie do określonych świadczeń opieki zdrowotnej. Realizację Tezy 11 i 12 wspierałoby opodatkowanie żywności o wysokiej gęstości kalorycznej (dużo kalorii w małej objętości) i zakaz reklamy takich produktów, a także powszechne wprowadzenie zasady informowania o kaloryczności produktów i posiłków.

#### **13. POSTAWIENIE NA POZ I STWORZENIE PROGRAMU WSPARCIA OPIEKI ŚRODOWISKOWEJ**

Koordinacja opieki na poziomie POZ i AOS jest gwarancją efektywności całego systemu ochrony zdrowia. Nowy program wsparcia opieki środowiskowej powinien koncentrować się na rozwoju opieki geriatrycznej, kardiologicznej i rehabilitacyjnej. Wymaga to intensywnego rozwoju w każdej gminie pielęgniarstwa środowiskowego i placówek dziennego pobytu dla seniorów oraz osób ze znacznym upośledzeniem funkcji poznawczych czy motorycznych. W ramach koordynacji opieki w POZ i wsparcia opieki środowiskowej postulujemy aktywizację programu wolontariatu szkolnego skierowanego do osób potrzebujących pomocy.

#### **14. POWOŁANIE EUROPEJSKIEJ UNII ZDROWIA**

Przygotowanie z inicjatywy polskiego rządu, założeń wspólnego działania na rzecz ZDROWIA na poziomie unijnym w oparciu o doświadczenia takich rozwiązań - jak Europejska Unia Energetyczna. Założenia EUZ powinny stać się częścią polskiej strategii budowania koalicji wewnątrz wspólnoty. Jeden z postulatów to stworzenie europejskiej solidarnościowej listy leków dla całego obszaru UE, poczynając od leków sierocych i stopniowo – wszystkich innych, równając do najpełniejszych list w najbogatszych krajach wspólnoty. Celem tego przedsięwzięcia, w którym powinny partycypować wszystkie kraje członkowskie będzie zrównanie poziomu dostępu do nowoczesnej diagnostyki oraz leków refundowanych na całym terenie UE, a także wspólna strategia dawania odporu ruchom antyszczepionkowym.

## 15. UTRZYMANIE ZASADY OBOWIĄZKOWOŚCI SZCZEPIEŃ OCHRONNYCH W POLSCE

Obowiązkowe szczepienia, stanowiąc ochronę indywidualną oraz środowiskową, są jednymi z najważniejszych elementów zdrowia wspólnotowego i wyrazem solidaryzmu społecznego.

Należy zdecydowanie:

- zwiększyć wiedzę społeczną na temat szczepień
- nasilić wszelkie formy przeciwdziałania Państwa przejawom deprecjonowania ich roli - konsekwentnie walczyć z fałszującymi prawdę mitami
- zapewnić możliwie najskuteczniejszą ochronę osobom z medycznymi przeciwwskazaniami do szczepień
- zapewnić wzrost wyszczepialności osób dorosłych.

## 16. PROMOCJA POLSKI PRZEZ ZDROWIE

Dotychczasowe doświadczenia projektów z zakresu zdrowia promujących Polskę wskazują na dużą efektywność tego typu działań, szczególnie w państwach biedniejszych (Afryka, Azja Środkowa).

Proponujemy, by w ramach promocji Polski za granicą, jako stały element, oprócz działań w zakresie kultury i nauki, włączyć działania prozdrowotne promujące polskie przedsięwzięcia w dziedzinie medycyny (leczenie słuchu, kardiologia, kształcenie pielęgniarek, itp.).

Raport powstał dzięki wsparciu partnerów:

