



**RAPORT: III
SPOTKANIE RADY
EKSPERTÓW
DS. CHORÓB
SERCOWO-
NACZYNIOWYCH,
METABOLICZNYCH
I PRZECIWDZIAŁANIA
OTYŁOŚCI MEDYCZNEJ
RACJI STANU**

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
28 września 2021 r.

Raport pt. III Spotkanie Rady Ekspertów ds. Chorób Sercowo-Naczyniowych, Metabolicznych i Przeciwdziałania Otyłości Medycznej Racji Stanu. Medyczna Racja Stanu, Warszawa, Wrzesień 2021.

ISBN: 978-83-961477-3-8

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

Autorzy w kolejności alfabetycznej:

1. Grzegorz Błażewicz, Zastępca Rzecznika Praw Pacjenta
2. Prof. Leszek Czupryniak, Kierownik Kliniki Chorób Metabolicznych, CSK Warszawa
3. Dr Jakub Gierczyński, Ekspert systemu ochrony zdrowia
4. Prof. Piotr Hoffman, Kierownik Kliniki Wad Wrodzonych Serca Narodowego Instytutu Kardiologii
5. Prof. Małgorzata Janas-Kozik, Pełnomocnik Ministra Zdrowia ds. Reformy Psychiatrii Dzieci i Młodzieży
6. Prof. Jarosław Kaźmierczak, Konsultant Krajowy w dziedzinie Kardiologii
7. Prof. Anna Kostera-Pruszczyk, Kierownik Katedry i Kliniki Neurologii WUM
8. Prof. Paweł Kowal, Poseł na Sejm RP, Sejmowa Komisja Zdrowia
9. Prof. Artur Mamcarz, Kierownik III Kliniki Chorób Wewnętrznych i Kardiologii WUM
10. Dr Janusz Meder, Prezes Polskiej Unii Onkologii, NIO-PIB w Warszawie
11. Mec. Piotr Mierzejewski, Dyrektor Zespołu Prawa Administracyjnego i Gospodarczego oraz Współprzewodniczący Komisji Ekspertów ds. Zdrowia przy Rzeczniku Praw Obywatelskich
12. Prof. Przemysław Mitkowski, Prezes Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego
13. Dr Adam Niedzielski, Minister Zdrowia
14. Beata Obidzińska, Zastępca Dyrektora Biura Profilaktyki Zdrowotnej Narodowego Funduszu Zdrowia
15. Joanna Parkitna, Dyrektor Wydziału Oceny Technologii Medycznych w Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
16. Prof. Piotr Pruszczyk, Prorektor ds. Nauki i Transferu Technologii Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, Kierownik Kliniki Chorób Wewnętrznych i Kardiologii z Centrum Diagnostyki Leczenia Żylnej Choroby Zakrzepowo-Zatorowej UCK WUM
17. Redaktor Iwona Schymalla, Medexpress, Służba Zdrowia
18. Prof. Piotr Socha, Kierownik Kliniki Gastroenterologii, Hepatologii, Zaburzeń Odżywiania i Pediatrii Centrum Zdrowia Dziecka
19. Dr Michał Sutkowski, Członek Narodowej Rady ds. Ochrony Zdrowia przy Prezydencie RP, Rzecznik Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce
20. Dr Roman Topór-Mądry, Prezes Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
21. Krystyna Wechmann, Członkini Narodowej Rady ds. Ochrony Zdrowia przy Prezydencie RP, Prezes Polskiej Koalicji Pacjentów Onkologicznych
22. Prof. Mariusz Wyleżół, Wiceprezes Polskiego Towarzystwa Leczenia Otyłości, Przewodniczący Sekcji Chirurgii Metabolicznej i Bariatrycznej Polskiego Towarzystwa Badań nad Otyłością
23. Prof. Dorota Zozulińska-Ziółkiewicz, Prezes Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego
24. Prof. Zbigniew Żuber, Kierownik III Oddział Kliniczny Pediatrii, Reumatologii z pododdziałem Alergologii Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy im. św. Ludwika w Krakowie

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

Wykorzystanie treści raportu pod warunkiem podania źródła: *Raport pt. III Spotkanie Rady Ekspertów ds. Chorób Sercowo-Naczyniowych, Metabolicznych i Przeciwdziałania Otyłości Medycznej Racji Stanu. Medyczna Racja Stanu, Warszawa, Wrzesień 2021*

Spis treści

| | |
|--|----|
| 1. Medyczna Racja Stanu – misja i działania | 3 |
| 2. Wprowadzenie, Anna Jasińska, Grażyna Mierzejewska, Medyczna Racja Stanu..... | 10 |
| 3. Stanowiska ekspertów przedstawione w trakcie spotkania | 13 |
| Redaktor Iwona Schymalla, Medexpress, Służba Zdrowia | 13 |
| Prof. dr hab. med. Leszek Czupryniak, Kierownik Kliniki Diabetologii i Chorób Wewnętrznych Uniwersyteckie Centrum Kliniczne WUM | 13 |
| Dr Janusz Meder, Prezes Polskiej Unii Onkologii, Narodowy Instytut Onkologii w Warszawie, MRS14 | |
| Dr Michał Sutkowski, Członek Narodowej Rady Rozwoju ds. Ochrony Zdrowia przy Prezydencie RP, Rzecznik Kolegium Lekarzy Rodzinnych, MRS | 15 |
| Dr Adam Niedzielski, Minister Zdrowia | 16 |
| Dr Roman Topór-Mądry, Prezes Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji | 17 |
| Prof. Jarosław Kaźmierczak, Konsultant Krajowy w dziedzinie Kardiologii | 18 |
| Prof. Piotr Pruszczyk, Prorektor ds. Nauki i Transferu Technologii Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, Kierownik Kliniki Chorób Wewnętrznych i Kardiologii z Centrum Diagnostyki Leczenia Żylnej Choroby Zakrzepowo-Zatorowej UCK WUM | 19 |
| Prof. Przemysław Mitkowski, Prezes Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego | 20 |
| Prof. Piotr Hoffman, Kierownik Kliniki Wad Wrodzonych Serca Narodowego Instytutu Kardiologii | 21 |
| Prof. Artur Mamcarz, Kierownik III Kliniki Chorób Wewnętrznych i Kardiologii WUM..... | 21 |
| Prof. Małgorzata Myśliwiec, Kierownik Katedry i Kliniki Pediatrii, Diabetologii i Endokrynologii Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego..... | 22 |
| Prof. Dorota Zozulińska-Ziółkiewicz, Prezes Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego..... | 23 |
| Beata Obidzińska, Zastępca Dyrektora Biura Profilaktyki Zdrowotnej Narodowego Funduszu Zdrowia..... | 24 |
| Prof. Mariusz Wyleżół, Wiceprezes Polskiego Towarzystwa Leczenia Otyłości, Przewodniczący Sekcji Chirurgii Metabolicznej i Bariatrycznej Polskiego Towarzystwa Badań nad Otyłością | 26 |
| Prof. Małgorzata Janas-Kozik, Pełnomocnik Ministra Zdrowia ds. Reformy Psychiatrii Dzieci i Młodzieży | 27 |
| Krystyna Wechmann, Członkini Narodowej Rady ds. Ochrony Zdrowia przy Prezydencie RP, Prezes Polskiej Koalicji Pacjentów Onkologicznych | 28 |
| Prof. Zbigniew Żuber, Kierownik III Oddziału Klinicznego Pediatrii, Reumatologii z pododdziałem Alergologii Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy im. św. Ludwika w Krakowie | 28 |
| Prof. Anna Kostera-Pruszczyk, Kierownik Katedry i Kliniki Neurologii WUM..... | 29 |

| | |
|---|----|
| Prof. Piotr Socha, Kierownik Kliniki Gastroenterologii, Hepatologii, Zaburzeń Odżywiania i Pediatrii Centrum Zdrowia Dziecka | 30 |
| Joanna Parkitna, Dyrektor Wydziału Oceny Technologii Medycznych w Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji | 31 |
| Mec. Piotr Mierzejewski, Dyrektor Zespołu Prawa Administracyjnego i Gospodarczego oraz Współprzewodniczący Komisji Ekspertów ds. Zdrowia przy Rzeczniku Praw Obywatelskich..... | 31 |
| Grzegorz Błażewicz, Zastępca Rzecznika Praw Pacjenta | 33 |
| Beata Dziuk, Posłanka na Sejm RP, Przewodnicząca Parlamentarnej Podkomisji Stałej ds. Onkologii oraz Parlamentarnej Komisji ds. Chorób Rzadkich..... | 33 |
| Prof. Paweł Kowal, Poseł RP, Sejmowa Komisja Zdrowia, MRS | 34 |
| Dr Jakub Gierczyński, Ekspert systemu ochrony zdrowia | 34 |
| 4. Wnioski i Rekomendacje | 36 |
| 5. Kluczowe informacje przygotowane na debatę przez Medyczną Rację Stanu z zakresu terapii wybranych chorób sercowo-naczyniowych, metabolicznych i przeciwdziałania otyłości | 38 |
| System ciągłego pomiaru glikemii metodą skanowania (isCGM) w terapii cukrzycy..... | 38 |
| Zintegrowane systemy w optymalizacji terapii cukrzycy typu 1 | 40 |
| Semaglutyd we wskazaniu: cukrzyca typu 2, u pacjentów stosujących co najmniej dwa doustne leki hipoglikemizujące lub insulinę bazową w skojarzeniu z co najmniej jednym doustnym lekiem hipoglikemizującym, z HbA1c \geq 8%, z otyłością definiowaną jako BMI \geq 30 kg/m ² oraz z bardzo wysokim ryzykiem sercowo naczyniowym..... | 42 |
| Empagliflozyna w leczeniu niewydolności serca z obniżoną frakcją wyrzutową | 43 |
| Inklisiran w terapii chorych z pierwotną hipercholesterolemią oraz dyslipidemią mieszaną..... | 46 |
| Lurazydon w terapii schizofrenii u młodzieży w wieku od 13. roku życia | 48 |
| Trientyna w terapii choroby Wilsona | 50 |
| Program pilotażowy w zakresie kompleksowej opieki specjalistycznej nad pacjentami leczonymi z powodu otyłości olbrzymiej KOS-BAR | 51 |
| 6. Skład Rady Ekspertów Medycznej Racji Stanu ds. Chorób sercowo-naczyniowych, Metabolicznych i przeciwdziałania Otyłości..... | 52 |
| 7. Tezy dla Zdrowia..... | 53 |
| 8. Siedem Zasad Doktora Janusza Medera - jak zadbać o wzajemne dobre relacje z pacjentem ... | 56 |

1. Medyczna Racja Stanu – misja i działania

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 Ks. Kardynał Kazimierz Nycz.

Dr hab. n. społ. 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 - każdy będzie musiał coś z tym zrobić. Ochrona zdrowia musi skoncentrować na sobie uwagę szerszych grup społecznych, a także polityków. A to jest najważniejsze, bo na końcu to 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 tym tematem.



Dr n. med. 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. Mogło by być wygłaszane w Światowym Dniu Chorego - 11 lutego. Miałoby się odnosić także do aktualnych wyzwań zdrowotnych. Ideą Medycznej Racji Stanu było 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 n. med. Michał Sutkowski, Specjalista Medycyny Rodzinnej i Chorób Wewnętrznych, Rzecznik Prasowy Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce

Współtworząc ideę i tezy 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. dr hab. med. Leszek Czupryniak, Kierownik Kliniki Diabetologii i Chorób Wewnętrznych Uniwersyteckie Centrum Kliniczne WUM

Jako inicjator działalności Medycznej Racji Stanu chciałbym 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, ponadśrodowiskowy 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 ds. Chorób Rzadkich oraz Rada Ekspertów ds. Chorób Metabolicznych i Przeciwdziałania Otyłości. W 2020 r. ukonstytuowała się Rada Ekspertów ds. Onkologii. W 2021 r. powołano Radę Ekspertów ds. Chorób Autoimmunologicznych. W latach 2016-2021 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.



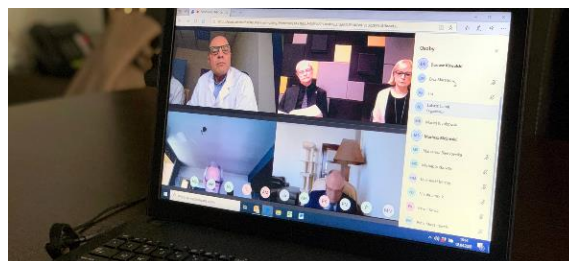
10 października 2019 r. „Czas w Onkologii” - apel o świadomość ryzyka nowotworu każdego z obywateli, czujność onkologiczną lekarzy pierwszego kontaktu, szybki dostęp do nowoczesnej diagnostyki i optymalnych metod terapii.

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 i uwagę należną, najmniejszym nawet grupom cierpiących.



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.

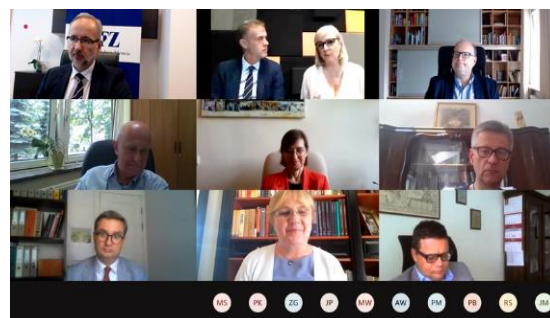
8 kwietnia 2020 r. I Spotkania Online Rady Ekspertów ds. Onkologii Medycznej Racji Stanu – rak nie zna pojęcia kwarantanna. Każdego dnia diagnozuje się w Polsce nowotwór u 450 osób, a umiera z tym rozpoznaniem 270 osób.





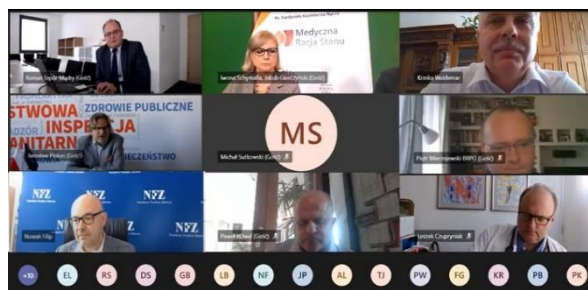
13 maja 2020 r. – III Spotkanie Rady Ekspertów ds. Chorób Rzadkich Medycznej Racji Stanu online – chorzy na choroby rzadkie wymagają szczególnej opieki w dobie pandemii oraz oczekują na Narodowy Plan dla Chorób Rzadkich.

25 czerwca 2020 r. – 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 Covid-19 wpływa na wzrost zapadalności oraz nasila powikłania i złe rokowanie pacjentów.



27 lipca 2020 r. – I Spotkanie Rady Ekspertów ds. Chorób Zakaźnych Medycznej Racji Stanu online – choroby zakaźne atakują i od odpowiedzialności obywatelskiej, szczepień profilaktycznych oraz dostępu do skutecznego leczenia zależy zdrowie i życie wszystkich Polaków.

25 września 2020 r. - Wartości w medycynie - czego uczy nas światowy kryzys zdrowia. Zdrowie jest jedną z największych wartości człowieka i społeczeństwa. Kluczowe jest budowanie świadomości wartości zdrowia oraz inwestycja w system ochrony zdrowia.



7 grudnia 2020 r. - Bezpieczeństwo pacjenta onkologicznego: profilaktyka, diagnostyka, terapie, czas odchodzenia. Sytuacja epidemiologiczna nie powinna być przesłanką do zahamowania diagnostyki i procesu leczenia nowotworów. Dlatego najwyższym priorytetem jest zachowanie ciągłości wielospecjalistycznego leczenia chorych na raka.

4 lutego 2021 r. - Światowy Dzień Walki z Rakiem - Otwarcie dla pacjenta. Otwarcie na pacjenta. Debata ekspercko-systemowa odnosząca się do wyzwań onkologii w drugim roku pandemii Covid-19.



IV Spotkanie Rady Ekspertów ds. Chorób Rzadkich

26 lutego 2021 r. - IV Spotkanie Online Rady Ekspertów ds. Chorób Rzadkich Medycznej Racji Stanu skupiło się na sytuacji chorych na choroby rzadkie w czasie pandemii Covid-19 oraz szanse poprawy opieki dzięki wprowadzeniu Narodowego Planu dla Chorób Rzadkich oraz Funduszu Medycznego.

19 marca 2021 r. - I Spotkanie Online Rady Ekspertów ds. Chorób Autoimmunologicznych Medycznej Racji Stanu było poświęcone sytuacji chorych autoimmunologicznych w dobie pandemii Covid-19



„POSTĘP TERAPEUTYCZNY – SZANSE DLA PACJENTÓW. WYZWANIA DLA SYSTEMU. PERSPEKTYWA CZASU PANDEMII”

23 kwietnia 2021 - Debata Medycznej Racji Stanu Postęp terapeutyczny – szansa dla pacjentów. Wyzwanie dla systemu. Perspektywa czasu pandemii Covid-19. Debata ekspercko-systemowa odnosząca się do nowych możliwości terapeutycznych w medycynie.

17 czerwca 2021 – I Spotkanie Rady Ekspertów MRS ds. Neurologii i Psychiatrii. Debata ekspercko-systemowa odnosząca się do nowych możliwości terapeutycznych oraz poprawy modelu opieki w chorobach mózgu.



Spotkanie Rady Ekspertów ds. Neurologii i Psychiatrii



III Spotkanie Rady Ekspertów ds. Onkologii

10 sierpnia 2021 - III Spotkanie Rady Ekspertów ds. Onkologii Medycznej Racji Stanu. Chorzy na nowotwory złośliwe powinni mieć zagwarantowany dostęp do profilaktyki, diagnostyki, terapii, rehabilitacji oraz opieki paliatywnej

28 września 2021 r. - III Spotkanie Rady Ekspertów ds. Chorób sercowo-naczyniowych, Metabolicznych i przeciwdziałania Otyłości Medycznej Racji Stanu. Choroby sercowo-naczyniowe, metaboliczne i otyłość stają się coraz większym wyzwaniem dla systemów ochrony zdrowia w Polsce.



Spotkanie Rady ds. Chorób Naczyniowo-Sercowych, Metabolicznych i Przeciwdziałania Otyłości

Zapraszamy Państwa do lektury raportu, wszystkich opublikowanych raportów na stronie [www. medycznaracjastanu.pl](http://www.medycznaracjastanu.pl) oraz współpracy w ramach projektów Medycznej Racji Stanu,



Anna Jasińska



Grażyna Mierzejewska

2. Wprowadzenie, Anna Jasińska, Grażyna Mierzejewska, Medyczna Racja Stanu

Choroby sercowo-naczyniowe, metaboliczne i otyłość stają się coraz większym wyzwaniem dla systemów ochrony zdrowia w Polsce i na świecie. Schorzenia te są poważnym zagrożeniem cywilizacyjnym zwłaszcza w państwach wysokorozwiniętych oraz olbrzymim wyzwaniem z perspektywy zdrowia publicznego, polityki zdrowotnej i zasobów systemu ochrony zdrowia. Schorzenia układu sercowo-naczyniowego, cukrzyca i otyłość z powodu liczby zgonów i powikłań oraz wzrostu zapadalności należą do priorytetów zdrowotnych w Polsce.¹ W dokumencie pt. „Zdrowa przyszłość. Ramy strategiczne rozwoju systemu ochrony zdrowia na lata 2021-2027, z perspektywą do 2030 r.” stwierdzono, że w Polsce w 2019 r. najwięcej lat życia w zdrowiu utracono z powodu chorób układu krążenia (21% całkowitej wartości DALY). Choroby te kwalifikowane jako choroby cywilizacyjne, od wielu lat są największym zagrożeniem życia Polaków. Na ich rozwój wpływa wiele czynników związanych ze współczesnym stylem życia, m.in.: nieodpowiednia dieta, palenie tytoniu i nadmierne spożycie alkoholu, stres i brak aktywności fizycznej. Na przestrzeni dwudziestu lat (1999-2019) liczba zgonów z powodu chorób układu krążenia (ChUK) zmalała o 3,6%, jednak pomimo tej pozytywnej tendencji nadal zabierają one najwięcej lat życia w zdrowiu. W ramach grupy maksymalne wartości DALY od 1999 r. dotyczyły choroby niedokrwiennej serca, która w 2019 r. była odpowiedzialna za 51% DALY dla ChUK. Na drugim miejscu uplasowały się udary, stanowiące 28% DALY, natomiast na trzecim – kardiomiopatie i zapalenie mięśnia sercowego, generujące 6% wartości wskaźnika. Siódme miejsce w rankingu DALY w 2019 r. dotyczyło cukrzycy i chorób nerek. Pomimo przewlekłego charakteru chorób z tej grupy, zajęły one piątą pozycję w rankingu najczęstszych przyczyn zgonów – w 2019 r. odnotowano ich ok. 12,8 tys. Za 60% z nich odpowiedzialna była cukrzyca, dla której liczba zgonów wzrastała od 2002 r. Ponadto, w kolejnych latach przewiduje się dalsze wzrosty. Szacuje się, że w 2028 r. liczba zgonów z powodu cukrzycy będzie wyższa o prawie 8% w porównaniu do sytuacji z 2019 r. Jeśli przebieg choroby nie jest odpowiednio kontrolowany, to wówczas może doprowadzić do wielu groźnych powikłań, mających wpływ na znaczne pogorszenie jakości życia pacjenta, a także przedwczesną śmierć.²

Wg. raportu Ministerstwa Zdrowia pt. „Raport o zgonach w Polsce w 2020 r.” sprawozdana liczba zgonów w Polsce w 2020 r. wzrosła w stosunku do 2019 r. o 67,1 tys. zgonów ogółem. Z przyczyn sercowo-naczyniowych zmarło w Polsce o 17 proc. więcej pacjentów niż rok wcześniej. To największy przyrost zgonów wśród innych chorób przewlekłych w czasie epidemii COVID-19. Cukrzyca odpowiadała za 16% przyrost liczby zgonów względem 2019 r. w grupie osób, które były obciążone chorobami współistniejącymi.³ Z raportu "Polska kardiologia 2021" wynika, że od marca do maja 2020 r. liczba zabiegów interwencyjnego leczenia zawału serca zmniejszyła się o 35 proc. w porównaniu z tym samym okresem roku 2019. Planowe leczenie inwazyjne choroby wieńcowej spadło w okresie marzec-maj 2020 r. aż o ponad 70 proc. w porównaniu do analogicznego okresu w roku 2019. W 2020 r. nastąpił istotny spadek, bo aż o 15,7 proc., implantacji/wymian stymulatorów serca, kardiowerterów-defibrylatorów w stosunku do roku 2019. Specjaliści podkreślają, że w 2021 roku

¹ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 lutego 2018 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych <http://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20180000469>

² Dokument „Zdrowa przyszłość. Ramy strategiczne rozwoju systemu ochrony zdrowia na lata 2021-2027, z perspektywą do 2030 r.” <https://www.gov.pl/web/zdrowie/zdrowa-przyszlosc--strategia-rozwoju-ochrony-zdrowia-na-kolejne-dziewiec-lat>

³ Informacja o zgonach w Polsce w 2020 roku. Raport Ministerstwa Zdrowia, 2021
Dostępne: <https://www.gov.pl/web/zdrowie/raport-o-zgonach-w-polsce-w-2020-r>

należy przyspieszyć przyjmowanie pacjentów z chorobami serca do szpitali, zwiększyć liczbę zabiegów i operacji, w pełni otworzyć dla pacjentów gabinety w przychodniach i poradniach.⁴

Choroby sercowo naczyniowe i choroby metaboliczne odpowiadają za rosnące koszty bezpośrednie medyczne oraz koszty pośrednie - wynikające z utraty produktywności. Optymalizacja modelu opieki nad grupą chorych z chorobami sercowo-naczyniowymi oraz metabolicznymi według współczesnych norm powinna polegać na dostępie do leczenia zgodnego ze standardami klinicznymi oraz 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”.⁵ Kolejną 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”. Ekspersi popierają tzw. „Podatek cukrowy” (czy opłatę prozdrowotną), który 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 podatku cukrowego powinny być przeznaczone na nowoczesny program walki z chorobami metabolicznymi, a przede wszystkim na działania profilaktyczne.

Bardzo ważnym aspektem w kontekście cywilizacyjnych chorób populacyjnych, takich jak choroby sercowo-naczyniowe i metaboliczne jest bezpieczeństwo lekowe kraju, na które składa się wiele czynników. Dwa z nich są szczególnie ważne. Jednym z nich jest zapewnienie pacjentom dostępności do leków, które przyjmują. Natomiast drugim aspektem jest dostarczenie pacjentom leków skutecznych i bezpiecznych. Pewnym gwarantem spełnienia tych kryteriów jest produkcja leków zgodna z wysokimi standardami i wymogami, które narzuca m.in. Unia Europejska. Od kilku dziesięcioleci europejscy producenci leków korzystali z niższych kosztów wytwarzania w Azji. W ostatnich latach pojawiły się jednak wątpliwości dotyczące jakości azjatyckiej produkcji oraz zdarzenia, które obnażyły inne słabości tak funkcjonującego sektora. Pandemia Covid-19 ujawniła słabości systemu zaopatrzenia w leki w wielu wymiarach. Pokazała też, jak ważne jest uczestnictwo Polski w UE. Producenci API (active pharmaceutical ingredient — substancja aktywna) w Indiach, ale też innych krajach azjatyckich na początku epidemii przejściowo wstrzymali dostawy substancji czynnej, uniemożliwiając produkcję leków, ograniczając dostępność do nich pacjentom m.in. w Polsce. W samej Europie występowały wówczas problemy z dostępnością i dystrybucją leków. Miało to swoje

⁴ <https://www.rynekzdrowia.pl/Polityka-zdrowotna/Kryzys-w-polskiej-kardiologii-Zmarlo-o-17-proc-pacjentow-wiecej-RAPORT,225280,14.html>

⁵ Dziennik Ustaw poz. 1008, 08.06.2020 r.

konsekwencje, które dotkliwie odczuli przede wszystkim pacjenci. Stało się wówczas oczywistym, że krajowa produkcja leków, wsparta europejską produkcją substancji czynnych, ma szczególne znaczenie dla zapewnienia bezpieczeństwa lekowego pacjentów. Chodzi zwłaszcza o oryginalne leki chemiczne i leki generyczne, stosowane powszechnie w chorobach o szerokim zasięgu populacyjnym, np. w kardiologii, cukrzycy, psychiatrii. Pojawiły się także udokumentowane zastrzeżenia w zakresie jakości azjatyckiej produkcji, na co zareagowali wytwórcy, którzy kupowali API w Azji oraz europejskie i narodowe instytucje nadzoru nad bezpieczeństwem i jakością produktów leczniczych EMA, GIF i inne. Słabości sektora farmaceutycznego, które wyszły na jaw za sprawą pandemii COVID-19, stały się punktem wyjścia dla nowej strategii UE. 16 czerwca 2020 roku Komisja Europejska rozpoczęła internetowe konsultacje publiczne w sprawie strategii farmaceutycznej dla Europy, która ma być podstawą polityki w dziedzinie zdrowia na najbliższe pięć lat. Ma ona wspierać europejski przemysł farmaceutyczny i zapewnić Unii zaopatrzenie w bezpieczne i przystępne cenowo leki. Podstawą strategii lekowej UE jest uniezależnienie się od importu z rynków azjatyckich i wspieranie europejskiego przemysłu farmaceutycznego. Polski rynek farmaceutyczny to obecnie szósty co do wielkości rynek w Europie i największy rynek w Europie Środkowej. Branża odnotowuje stały wzrost, który wspiera rozwój całej gospodarki, wspiera bezpieczeństwo zdrowotne Polaków oraz stymuluje wprowadzanie innowacyjnych technologii. W Polsce nie jest jednak produkowany żaden z najnowszej, biotechnologicznej grupy leków wytwarzanych przez hodowle komórkowe komórek eukariotycznych. W ten sposób produkowane są np. szczepionki na grypę, najnowsze leki onkologiczne, leki stosowane w chorobach układu krążenia, metabolicznych, hormony. Aby Polacy mogli mieć do nich dostęp, rząd musi je kupować od zagranicznych koncernów farmaceutycznych. Poza rodzimymi zakładami produkcyjnymi w Polsce zlokalizowane są także zagraniczne fabryki leków. Polityka lekowa państwa nie uwzględniała dotychczas preferencji dla produkujących leki w Polsce wytwórców krajowych i europejskich, którzy wytwarzają leki pod stałym nadzorem krajowych i europejskich organów odpowiedzialnych za jakość i bezpieczeństwo produktów farmaceutycznych. W udostępnianiu leków refundowanych kierowano się głównie kryterium ceny, a ceny leków wytwarzanych w oparciu o API produkowane w UE porównywano z lekami zawierającymi API z krajów azjatyckich. W ten sposób zredukowano ceny produktów wytwarzanych w wyższym niż azjatycki reżimie jakościowym. Taką politykę wymuszały i po części uzasadniały niskie nakłady na ochronę zdrowia. Wyraźną presję na ceny leków umożliwiały mechanizmy wprowadzone w ramach ustawy refundacyjnej. W rezultacie w Polsce wydłużyła się lista leków, zwłaszcza oryginalnych, zagrożonych brakiem dostępności z powodu wywozu lub braku dostaw, a rynek „tanich” leków zdominowany jest przez leki wytwarzane w całości lub częściowo w Azji. Obecnie 40% leków dostępnych w aptekach jest produkowanych w Polsce. Aby odsetek ten nie malał potrzebne są rozwiązania zachęcające do produkcji leków w kraju. Przerwy w dostępności leków dla pacjentów zmagających się z chorobami przewlekłymi mogą mieć katastrofalne skutki. Dlatego krajowa produkcja jest kwestią kluczową w zapewnieniu bezpieczeństwa lekowego polskich pacjentów. Dbanie o zdrowie własnych obywateli powinno być najwyższą troską nie tylko resortu zdrowia, lecz także całego rządu. Aby najwyższy poziom jakości, skuteczności i bezpieczeństwa produkowanego leku nie został zachwiany, potrzebne są inwestycje. Z perspektywy branży farmaceutycznej warunkiem koniecznym do podejmowania inwestycji w produkcję zgodną z najbardziej restrykcyjnymi normami, przekładającą się bezpośrednio na zdrowie i życie pacjentów, jest stabilna i przewidywalna w długiej perspektywie polityka lekowa i refundacyjna w kraju. Istotny wpływ jest widoczny zarówno w kontekście zapewnienia dostępu

do terapii, które są bezpieczne, jak i w kontekście rozwoju gospodarczego i ekonomicznego kraju. Nowe inwestycje to nowe miejsca pracy, wzrost PKB, czy poprawa bilansu handlu zagranicznego.⁶

3. Stanowiska ekspertów przedstawione w trakcie spotkania

W trakcie wirtualnej debaty wypowiedzieli się eksperci kliniczni i systemowi, urzędnicy, politycy oraz przedstawiciele pacjentów.

Redaktor Iwona Schymalla, Medexpress, Służba Zdrowia

Na III Spotkaniu Rady Ekspertów Medycznej Racji Stanu ds. Chorób sercowo-naczyniowych, Metabolicznych i przeciwdziałania Otyłości będziemy dyskutować o edukacji, profilaktyce, diagnostyce, leczeniu, rehabilitacji oraz optymalizacji modeli opieki. Porozmawiamy też o tak zwanym długu zdrowotnym spowodowanym COVID-19 w zakresie chorób sercowo-naczyniowych i metabolicznych. Na początek chciałabym oddać głos Założycielom Medycznej Racji Stanu: Profesorowi Leszkowi Czupryniakowi, Doktorowi Januszowi Mederowi oraz Doktorowi Michałowi Sutkowskiemu.



Prof. dr hab. med. Leszek Czupryniak, Kierownik Kliniki Diabetologii i Chorób Wewnętrznych Uniwersyteckie Centrum Kliniczne WUM

Otyłość i powikłania kardiometaboliczne, to codzienne problemy, z jakimi spotykają się diabetolodzy. Otyłość jest matką wielu chorób. W 2020 r. połowa Polaków przytyła średnio 6 kg, z tego najbardziej przytyli obywatele z wyższym wykształceniem. Przyczyna tego jest dosyć prosta - osoby z wyższym wykształceniem pracowały przy komputerze, zdalnie przez wiele miesięcy. W tej chwili powrót do zdrowych nawyków nie będzie zbyt trudny. Wszyscy mają dość siedzenia w domu i spędzają czas raczej aktywnie, natomiast pozbycie się zbędnych kilogramów i ich konsekwencji może być problematyczne. W terapii cukrzycy obecnie są refundowane analogi-GLP1, ale tylko dla osób otyłych z BMI 35 i więcej. Definicja otyłości rozpoczyna się od BMI 30 i więcej, dlatego powinniśmy wprowadzić ten próg w kryteriach refundacyjnych, aby pomóc większej liczbie pacjentów. Chodzi również o to, żeby ktoś nie musiał przytyć tak bardzo, żeby móc się z tej otyłości leczyć. Za chwilę minie 2 lata od daty refundacji inkretyn, więc możemy sprawdzić wydatki płatnika



⁶ <https://swiatlekarza.pl/bezpieczenstwo-lekowe-w-polsce/>
<https://www.gazetaprawna.pl/wiadomosci/artykuly/1483590,ke-rozpoczyna-otwarte-konsultacje-publiczne-ws-strategii-farmaceutycznej.html>
https://ec.europa.eu/health/human-use/strategy_pl?fbclid=IwAR1KeE2z1khUYSIvaUxe2DFYhEmQP_I3YxyP--Jsoj3_H3-TGdx9yI9tshQ
<https://pulsmedycyny.pl/krajowa-produkcja-filarem-bezpieczenstwa-lekowego-pacjentow-1117017>
<https://serwisy.gazetaprawna.pl/zdrowie/artykuly/1495184,prof-tadeusz-pietrucha-koronawirus-w-polsce-bezpieczenstwo-lekowe-opinia.html>

publicznego i próbować wprowadzać refundację inkretyn dla większej grupy chorych na cukrzycę – szczególnie tych z otyłością. Podobna sytuacja dotyczy flozyn, które kardiolodzy mają wpisane w rekomendacje do stosowania u osób z cukrzycą lub bez. Te leki, dotąd stosowane w terapii cukrzycy typu 2 będą refundowane również w terapii niewydolności serca. Także w psychiatrii, takie leki jak olanzapina czy kłozapina generują nadwagę, a także cukrzycę u pacjentów ze schizofrenią. Od niedawna mamy refundowane leki, które są od tego ryzyka metabolicznego wolne. Oprócz refundacji skutecznych leków w terapii cukrzycy kluczowa jest refundacja systemów ciągłego monitorowania glikemii, które przynoszą wymierne korzyści wszystkim pacjentom, którzy przyjmują insulinę. Są to chorzy z cukrzycą typu 1, którzy stosują intensywną insulinoterapię, czyli biorą insulinę przed każdym posiłkiem. Jest również grupa pacjentów z cukrzycą typu 2, którzy potrzebują refundacji intensywnej insulinoterapii oraz systemów ciągłego monitorowania glikemii.

*Dr Janusz Meder, Prezes Polskiej Unii Onkologii,
Narodowy Instytut Onkologii w Warszawie, MRS*

Istotnym aspektem w przewlekłych chorobach cywilizacyjnych jest edukacja i programy zachęcające obywateli do troszczenia się o własne zdrowie. Ważnym jest, aby edukacja prozdrowotna rozpoczęła się już w szkole, a nawet w przedszkolu. Brakuje większej energii i koordynacji na poziomie decydentów, począwszy od Pana Premiera, ministrów poszczególnych resortów, ZUS, który może jasno pokazać, jakie są koszty pośrednie, jeżeli nie zainwestujemy w zdrowie. Każde nasze spotkanie kończy się również apelem o wzrost finansowania systemu ochrony zdrowia. Warto popatrzeć na zdrowie populacji perspektywicznie, a nie w optyce jednej kadencji. Rekomendowane jest wprowadzenie kalendarza badań profilaktycznych i bilansów zdrowia. W edukacji i profilaktyce zdrowotnej trzeba działać wspólnym frontem, angażując nie tylko lekarza rodzinnego, lecz także lekarza medycyny pracy, lekarza szkolnego, pielęgniarkę szkolną, dentystę czy farmaceutę w ramach opieki farmaceutycznej. Warto w te działania zaangażować także Inspekcję Sanitarną, która ma niewykorzystany potencjał w edukowaniu społeczeństwa na poziomie samorządu terytorialnego. Sądzę, że dołączenie do tego również absolwentów wydziału zdrowia publicznego, może stworzyć siłę, która naprawdę może bardzo wiele zmienić. Potrzebne są kampanie edukacyjne prowadzone ustawicznie przez media, przede wszystkim publiczne w ramach pełnionej misji społecznej bez dodatkowych kosztów obciążających Narodową Strategię Onkologiczną (NSO). W niedalekiej przeszłości znakomicie sprawdziły się wieloletnie kampanie-konkursy prowadzone przez Polską Unię Onkologii: „Mam Haka na Raka” (przez 7 lat dla młodzieży szkolnej) i „Zdrowa Gmina” (przez 4 lata dla samorządów lokalnych) – wypracowane zostały doskonałe wzorce promocji zdrowia idealne do naśladowania przez obecnych realizatorów NSO !



W aspekcie chorób metabolicznych należy poruszyć problem odżywiania i niedożywienia pacjentów. Różnego stopnia niedożywienie występuje u ok. 50 proc. pacjentów leczonych w szpitalach, a w przypadku pacjentów onkologicznych dotyczy to nawet ok. 80 proc. osób. Ok. 30% pacjentów zgłasza się z rozpoznaniem choroby nowotworowej z objawami niedożywienia, które pogłębia się w trakcie pobytu w szpitalu u kolejnej grupy ok. 30% chorych. Czyli mamy prawie 60% pacjentów onkologicznych, którzy będąc w szpitalu mają duży problem z niedożywieniem. Dlatego tak ważną rolę odgrywa opieka kompleksowa. To współpraca lekarza, farmaceuty, pielęgniarki, psychologa i dietetyka. Opieka kompleksowa wpisuje się doskonale w Narodową Strategię Onkologiczną czy

Narodową Strategię Kardiologiczną. Mamy za sobą duży postęp we wdrażaniu tych programów, które biorą pod uwagę systemowe zmiany organizacyjne.

Coraz młodszy pacjenci, którzy cechują się nadwagą lub otyłością zgłaszają się do onkologów. Przypomnę tylko, że jeśli chodzi o otyłość typu brzuszego, to pochodną tego schorzenia są nowotwory, takie jak rak jelita grubego i piersi. Chorzy, którzy leczą się na te nowotwory, jeżeli nie zmieniają nawyków żywieniowych i stylu życia mają szybszy nawrót choroby nowotworowej i w rezultacie gorsze wyniki leczenia. Poza głównymi zabójcami, jeśli chodzi o nowotwory, które są w pierwszej piątce trzeba jeszcze wymienić: rak przetyku, nerki, pęcherzyka żółciowego czy trzonu macicy, które są bardzo zależne od grubości podściółki tłuszczowej w pasie brzuszny. Dlatego te wszystkie możliwości terapii osób z nadwagą i otyłością mają kolosalne znaczenie również w onkologii. W Narodowym Instytucie Onkologii w Warszawie istnieje poradnia chorób metabolicznych. Jest dostępne zarówno poradnictwo genetyczne, psychologiczne jak i dział żywienia klinicznego. Niestety w Polsce jest wiele szpitali pozbawionych dietetyków i takich poradni. Jest brak przepisów prawnych i brak ustawy, nad którą prace trwają od dawna, a która regulowałaby te wszystkie elementy. Ważna jest ciągle kwestia złej diety w szpitalu, niedostosowanej do indywidualnych potrzeb pacjenta i do schorzeń, które pacjenci posiadają. Leczymy pacjentów po rozpoznaniu chorób nowotworowych najczęściej w wieku starszym, którzy obciążeni są zespołem metabolicznym. Dodatkowo mamy duże potrzeby kadrowe, potrzeby poprawy wyceny świadczeń i elastycznego zastosowania leczenia. Począwszy od kacheksji nowotworowych, jako skrajny przykład, do patologicznej otyłości.

Dr Michał Sutkowski, Członek Narodowej Rady Rozwoju ds. Ochrony Zdrowia przy Prezydencie RP, Rzecznik Kolegium Lekarzy Rodzinnych, MRS



Zagrożenia dotyczące chorób onkologicznych, sercowo-naczyniowych, metabolicznych są w obszarze zainteresowań Pana Prezydenta RP i Rady Rozwoju ds. Ochrony Zdrowia. 29 września 2021 r. będę miał przyjemność uczestniczyć w posiedzeniu Rady z udziałem Pana Prezydenta, w temacie systemu ochrony zdrowia, który ma być odporny na kryzysy. Pochylimy się nad kwestią kierunku, jaki należy obrać, planując zmiany oraz zastanowimy się, jak budować strategię dla spójnego systemu ochrony zdrowia. Poruszymy również temat szczegółowych rozwiązań, ważnych z perspektywy zdrowia naszego społeczeństwa. Po pierwszym bilansie stanu zdrowia Polaków, który miał miejsce w 2015 r. pojawiło się mnóstwo inicjatyw z udziałem Pana Prezydenta. Trzy, wg mnie, najważniejsze to: Narodowa Strategia Onkologiczna, Fundusz Medyczny oraz regulacja dotycząca szkodliwych następstw wynikających z korzystania z solariów. Bardzo dobrze oceniam również aktywność Ministra Zdrowia w zakresie optymalizacji opieki i dostępu do nowych technologii w przypadku chorób układu sercowo-naczyniowego oraz chorób metabolicznych. Do tych inicjatyw należy m. in. zaliczyć pilotaż trombektomii mechanicznej w leczeniu udaru mózgu, model opieki KOS-Zawał, poprawę dostępu do nowych technologii w terapii cukrzycy oraz program pilotażowy w zakresie kompleksowej opieki specjalistycznej nad pacjentami leczonymi z powodu otyłości olbrzymiej KOS-BAR.

Dr Adam Niedzielski, Minister Zdrowia

Obecnym wyzwaniem dla nas wszystkich jest trwająca już czwarta fala pandemii Covid-19. Widzimy lepszą sytuację niż była we wrześniu 2020 r., ponieważ odnotowujemy mniej hospitalizacji. Również tempo przyrostu liczby zakażeń jest mniejsze niż obserwowaliśmy rok temu. W porównaniu do poprzedniej fali mamy szczepienia oraz sprawdzone procedury w placówkach ochrony zdrowia. To są elementy, które w większym stopniu pozwalają nam kontrolować to, co się będzie działo, ale z drugiej strony też pamiętajmy, że pandemia już nie raz uczyła nas pokory i pewne założenia, które formułowaliśmy przed wzrostami zakażeń, były potem bardzo brutalnie weryfikowane. Myślę, że czwarta fala jest wyzwaniem nie tylko pod kątem radzenia sobie z samymi zachorowaniami na Covid-19, lecz także zasobów, żebyśmy stosunkowo jak najwięcej mogli ich przeznaczyć na normalne funkcjonowanie systemu opieki zdrowotnej. I to, co moim zdaniem jest najważniejszym wyzwaniem, które wymieniam jako drugie, ale ono oczywiście jest o wiele ważniejsze, chociażby ze względu na to, że mamy większe poczucie kontroli nad pandemią, to jest narastający dług zdrowotny w wyniku pandemii Covid-19. Nadrabianie długu zdrowotnego w zakresie profilaktyki, diagnostyki, terapii i rehabilitacji jest kluczowym priorytetem. Każdy z nas w swojej dziedzinie, którą się zajmuje powinien zastanowić się, jak skutecznie przyśpieszyć i powrócić do normalnego trybu diagnostyki oraz leczenia. Z punktu widzenia Ministerstwa Zdrowia pierwszym takim działaniem, które zostało zrealizowane po trzeciej fali jest program „Profilaktyka 40 PLUS”, który uruchomiliśmy od 1 lipca 2021 r. Chcieliśmy dać wyraźny sygnał społeczeństwu, że trzeba wrócić do zajmowania się swoim zdrowiem.



Druga kwestia, którą chciałem poruszyć przy okazji dyskusji na temat chorób metabolicznych sercowo-naczyniowymi, jest opłata cukrowa. To podatkowe rozwiązanie prozdrowotne wprowadziliśmy od 2021 r. Celem jest aspekt prozdrowotny, nie fiskalny. Wpływy z niej zostaną przeznaczone na leczenie, ale przede wszystkim będą oddziaływać na zachowania konsumenckie Polaków, wpływając na ich zdrowie. Opłata cukrowa przyczyniła się do spadku konsumpcji słodzonych napojów z dodatkiem cukrów, substancji słodzących, a także kofeiny i tauryny. Jednocześnie wpływy do NFZ są zdecydowanie mniejsze niż było to prognozowane. To pokazuje, że osiągnęliśmy pewien efekt prozdrowotny. Myśląc o redukowaniu długu zdrowotnego musimy stosować takie rozwiązania, które będą zmieniały nasze wzorce konsumpcji. Na pewno potrzebne są działania motywujące społeczeństwo do zdrowego stylu życia. W zakresie wpływów z opłaty cukrowej będzie przekazywane przez prezesa NFZ 117 mln rocznie na rzecz Funduszu Rozwoju Kultury Fizycznej, tj. na finansowanie zajęć szkolnych dla dzieci i młodzieży w ramach profilaktyki pierwotnej. W najbliższym czasie uruchomimy aplikację, która pomoże naszym obywatelom mierzyć aktywność prozdrowotną w ciągu dnia. Patrząc na główne wyzwanie, czyli nadrabianie długu zdrowotnego, w tej chwili najważniejszy jest powrót - w przypadku chorób układu sercowo-naczyniowego czy cukrzycy - do tego samego poziomu nie tylko leczenia, ale diagnostyki, która pozwala wychwytywać chorobę na wcześniejszych etapach. Niestety będziemy mieli do czynienia z pewnego rodzaju kumulacją przypadków, co można było zaobserwować w przypadku chorób nowotworowych, gdzie ten poziom zgłaszalności, mówię tu o wystawianiu kart diagnostyki i leczenia onkologicznego (DILO) miał w 2020 r. ogromny regres. Teraz widać powrót do stanu normalnego - liczba kart DILO wystawianych przez lekarzy POZ jest nawet większa niż w porównywalnych okresach lat poprzednich. To jest efekt spłacania długu zdrowotnego.

Bardzo proszę o przekazanie wniosków z dyskusji w formie raportu. Interesują mnie szczególnie rozwiązania, dzięki którym mamy ten dług zdrowotny nadrabiać. Jeżeli są propozycje takich gotowych narzędzi, deklaruję swoją otwartość na ich analizowanie i ewentualne wprowadzanie w życie.

Dr Roman Topór-Mądry, Prezes Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji

Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (AOTMiT) wśród wielu zadań, jakimi są m. in. ocena leków wprowadzanych do refundacji i taryfikacja świadczeń ma również w swoim portfolio ocenę programów polityki zdrowotnej. Programy te mają wdrażać działania z obszaru zdrowia publicznego – profilaktyki oraz wczesnego wykrywania chorób. Z ponad 2 tys. ocenionych programów odnotowano 91, które dotyczyły nadwagi i otyłości, zarówno u dorosłych, jak i u dzieci, młodzieży. Obecnie są realizowane takie programy m.in. w województwie opolskim. Czekamy na ich efekty. Bardzo ważnym jest, aby interwencja była skuteczna oraz komplementarna do działań, które prowadzone są przez inne instytucje, tj. Ministerstwo Zdrowia czy Narodowy Fundusz Zdrowia. NFZ finansuje część świadczeń w zakresie profilaktyki. Dużą uwagę przykładamy do tego, aby w Programach polityki zdrowotnej nie powielać już prowadzonych działań, ale promować komplementarne rozwiązania. Jeżeli mówimy o programach wczesnego wykrywania, to w ocenie kładziemy nacisk na działania wzmacniające uczestnictwo lub motywację pacjentów do uczestniczenia w programach. Mamy oczywiście wytyczne do tworzenia samorządowych programów polityki zdrowotnej, natomiast nie mamy dobrych narzędzi i systemu do mierzenia ich efektów. Zdajemy sobie sprawę, że takie działania publiczne muszą być wielowymiarowe. Efektu nie osiągnie się dzięki jednorazowej interwencji, po jednym spotkaniu, poradzie psychologicznej, czy jednej aktywności sportowej. To jest proces tworzenia nawyków – i to jest ten kluczowy element, który realizujemy w tych programach. Wychodząc naprzeciw potrzebom zdrowotnym stworzyliśmy ok. 20 rekomendacji, dotyczących chociażby prewencji cukrzycy typu 2. czy przeciwdziałania otyłości. Mają one ułatwić i ustrukturyzować tworzenie programów polityki zdrowotnej, które będą realizowane przez samorządy, tak by zachęcić je do podejmowania działań z przygotowanej listy rekomendacji. Zwracam na to uwagę, ponieważ inwestycja w zdrowie, a w szczególności w zdrowie dzieci to działania, w długoletniej perspektywie, najwyższej wagi. Drugą inicjatywą jest tworzenie „Inkubatorów programów polityki zdrowotnej”. Podejmujemy współpracę z samorządami w celu prowadzenia pilotażowych programów profilaktycznych. Chcemy je wspólnie monitorować i oceniać ich efektywność, aby później stworzyć standardy i rekomendacje najbardziej efektywnych rozwiązań w polityce zdrowotnej samorządów.



W naszych działaniach często skupiamy się na szacowaniu współczynników zgonów czy zachorowań, ale mamy tylko wycinkową wiedzę na temat czynników ryzyka. Są one zwykle monitorowane w pojedynczych badaniach naukowych. W chorobach sercowo-naczyniowych kluczowym badaniem w Polsce jest badanie WOBASZ oraz badanie NATPOL. Wyniki Wieloośrodkowego Ogólnopolskiego Badania Stanu Zdrowia Ludności (WOBASZ), obejmującego reprezentatywną grupę dorosłej ludności całej Polski oraz opartej na standaryzowanej metodzie, pozwoliły m.in. na ocenę sposobu żywienia dorosłych mieszkańców naszego kraju. Rozpoczęliśmy również międzynarodową współpracę

z The Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME) przy Uniwersytecie Waszyngtońskim w Seattle w obszarze tworzenia i implementacji narzędzi Global Burden of Disease w celu określenia wskaźników zdrowotnych dla kształtowania centralnej i regionalnej polityki zdrowotnej opartej na dowodach w Polsce (w pierwszym etapie wykonane zostały analizy w podziale na województwa, a w drugim etapie dostarczymy szczegółowe wskaźniki w podziale na powiaty). Global Burden of Disease Study (GBD) to przedsięwzięcie badawcze ukierunkowane na ilościowe określenie utraty zdrowia z powodu chorób, urazów, czynników ryzyka wpływających na zdrowie za pomocą określonych i wystandaryzowanych miar zdrowotnych, takich jak DALY, YLL czy YLD. Wskaźnik DALY (disability adjusted life-years – lata życia skorygowane niesprawnością) stanowi w polityce zdrowotnej ważne kryterium określające stan zdrowia – kondycję zdrowotną społeczeństwa. Wskaźnik DALY jest sumą liczby utraconych lat życia z powodu przedwczesnego zgonu (YLL) oraz liczby lat przeżytych w niesprawności (YLD). Te szczegółowe wskaźniki mamy zrobione w zakresie województw za ostatnie 30 lat dla ponad 300 chorób oraz dla 87 czynników ryzyka i możemy prześledzić, jak zmieniały się te zagrożenia w tym czasie. Mamy pełną świadomość, że wysokie BMI oraz podwyższony poziom glukozy we krwi stanowią połowę całego obciążenia zdrowotnego w chorobach sercowo-naczyniowych, czyli skuteczne interwencje w tym zakresie generują ogromne pole możliwości. Mamy świadomość, że są czynniki ryzyka modyfikowalne i niemodyfikowalne. Te modyfikowane (takie jak nadwaga, otyłość, brak aktywności fizycznej, zła dieta) są w naszych rękach. Dlatego tak ważne są samorządowe i krajowe programy zdrowotne, prozdrowotne działania fiskalne (takie jak np. opłata cukrowa), które motywują obywateli do zdrowego stylu życia. Dokumenty i analizy są dostępne na stronie internetowej AOTMIT (www.aotm.gov.pl).

Prof. Jarosław Kaźmierczak, Konsultant Krajowy w dziedzinie Kardiologii

Stan zdrowia społeczeństwa polskiego w ostatnich latach nie ulega poprawie i nie jest to tylko kwestia pandemii COVID-19. Dane epidemiologiczne mówią, że od 2014 r. wyhamowują trendy wydłużania się życia Polaków oraz zmniejszenia umieralności. Te zjawiska trwają już kilka lat, a epidemia COVID-19 tylko to nasiliła. Dane opublikowane przez Ministra Zdrowia z 2020 r. wykazały nadmiar zgonów ogółem – 67 tys. w porównaniu do 2019 r. W dużej części były one spowodowane chorobami układu krążenia. W 2020 r. odnotowano ok. 17-procentowy wzrost liczby zgonów z powodów sercowo-naczyniowych. Generalnie, 43% zgonów Polaków ogółem stanowią zgony z powodu chorób sercowo-naczyniowych. Najważniejszym wyzwaniem dla kardiologii w Polsce jest wzmocnienie prewencji i profilaktyki, w tym walka z czynnikami ryzyka tych chorób m.in. paleniem papierosów, smogiem, nadwagą i otyłością. Obecnie są podejmowane działania optymalizujące terapię nadciśnienia tętniczego, hipercholesterolemii, nadwagi i otyłości, a także promowany jest aktywny tryb życia. Także skuteczne leczenie chorób sercowo-naczyniowego jest bardzo ważne. W ciągu ostatnich lat pojawiły się nowe zalecenia dotyczące leczenia i diagnostyki chorób układu sercowo-naczyniowego. Należy wspomnieć wyzwania w terapii niewydolności serca. Szacunki mówią że w Polsce jest ok. 1-1,2 mln pacjentów, którzy mają rozpoznaną niewydolność serca, a nie wszyscy są dobrze leczeni. Wymaga to na pewno bardzo dużego nakładu zarówno organizacyjnego, jak i finansowego, aby ten problem rozwiązać. Mam nadzieję, że w 2021 r. ruszy Krajowa Sieć Kardiologiczna. Pilotaż rozpocznie się



w województwie mazowieckim i będzie trwał 18 miesięcy. Następnie wnioski z pilotażu będą wdrażane w formule sieci w całym kraju. Liczymy na to, że Krajowa Sieć Kardiologiczna włączy i wykorzysta elementy innych programów, które już funkcjonują. Są to m. in. program KOS-zawał oraz program opieki koordynowanej nad pacjentami z niewydolnością serca (KONS). Krajowa Sieć Kardiologiczna obejmuje cztery główne grupy chorobowe: niewydolność serca, nadciśnienie tętnicze, wady zastawkowe oraz zaburzenia rytmu serca. Liczymy, że program przyczyni się do ułatwienia dostępu oraz przyspieszenia diagnostyki. Ważna jest również prewencja, profilaktyka pierwotna oraz profilaktyka wtórna. Musimy też otwarcie powiedzieć, że pewne choroby sercowo-naczyniowe pojawiają się mimo naszych wszelkich starań, ale chodzi o to, żeby one pojawiły się później niż w 50. r. ż. Nieoceniona i niedoceniona w zachowaniu zdrowia jest aktywność fizyczna. Badania europejskie pokazują, że np. Austria wiezie prym, jeśli chodzi o aktywność fizyczną w wymiarze społecznym. Istnieją metody przeliczania aktywności fizycznej na efekt zdrowotny. Okazuje się, że jeżeli Polska doszłaby do takiej aktywności fizycznej, jaka jest w Austrii, to w ciągu kilku lat śmiertelność i zachorowalność na choroby sercowo-naczyniowe spadłaby o kilkanaście procent.

Prof. Piotr Pruszczyk, Prorektor ds. Nauki i Transferu Technologii Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, Kierownik Kliniki Chorób Wewnętrznych i Kardiologii z Centrum Diagnostyki Leczenia Żyłnej Choroby Zakrzepowo-Zatorowej UCK WUM



Często dyskutujemy w czasie spotkań Medycznej Racji Stanu o postępie w medycynie. Zastanawiamy się, jak postęp nauki i skuteczne schematy leczenia wpływają na losy pacjentów kardiologicznych w Polsce. Kilka tygodni temu opublikowano nowe wytyczne terapeutyczne Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego. Te wytyczne już są implementowane w Polsce i omawiane w trakcie zjazdu Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego. Przepływ wiedzy medycznej jest obecnie bardzo szybki i sprawny. Należy mieć nadzieję, że nowe leki, które wchodzi do terapii chorób sercowo-naczyniowych będą szerzej refundowane w polskim systemie ochrony zdrowia, Są to leki, które zdecydowanie wydłużają życie, zarówno w niewydolności serca, hiperlipidemii, jak i leczeniu przeciwkrzepliwym. Niestety z perspektywy polskiego kardiologa i pacjenta nadal jest do nich ograniczony dostęp refundacyjny lub jego brak. Zawsze z trudem przychodzi mi pytać, czy stać pacjenta i jego rodzinę na wykupienie ordynowanego leku, w sytuacji, gdy ten lek jest potencjalnie lepszy i może diametralnie poprawić rokowanie. Pragniemy, aby nowoczesne leki były dostępne dla pacjentów. Chciałbym jednak podkreślić, że przez ostatnie lata wiele dobrych i ważnych, z punktu widzenia pacjenta, decyzji refundacyjnych było podjętych.

Prof. Przemysław Mitkowski, Prezes Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego



Aktualne wytyczne dotyczące profilaktyki chorób układu sercowo-naczyniowego jeszcze bardziej zaostrzyły cele terapeutyczne w zakresie hiperlipidemii. Rekomendowane wartości docelowe – cele terapeutyczne – są bardzo niskie i zapewne u sporego odsetka naszych pacjentów będzie niezwykle trudno je osiągnąć. Obecnie stężenie cholesterolu LDL nie powinno u pacjentów niskiego ryzyka przekraczać wartości 100 mg/dl. Jeszcze niedawno było 115 mg/dl, a parę lat temu norma wynosiła 130 mg/dl. U chorych z wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym powinno się obniżyć stężenie cholesterolu LDL do wartości poniżej 70 mg/dl, a u tych z bardzo wysokim do wartości poniżej 55 mg/dl, a jeżeli ekstremalnie wysokie, np. u pacjenta, który miał 2 zawały w ciągu ostatnich 2 lat to wartość cholesterolu LDL nie powinna przekraczać 40 mg/dl. W przypadku cholesterolu LDL obowiązuje zasada - im niżej tym lepiej. Zdaję sobie sprawę, że czasami bardzo trudno przekonać nawet naszych kolegów lekarzy, żeby dążyć do tych wartości, które są określone w zaleceniach.

Dobrze, że powstał program lekowy B.101. Leczenie inhibitorami PCSK-9 pacjentów z zaburzeniami lipidowymi. Poza klasyczną farmakoterapią, czyli przede wszystkim stosowaniem statyn wraz z lekiem hamującym obrót cholesterolu, pojawiły się nowe leki, które zwiększają dostępność (ekspresję), na powierzchni komórek wątrobowych, receptorów usuwających cząsteczki cholesterolu LDL z krwi. Jest to bardzo efektywna terapia i właśnie jedna grupa tych leków jest w tej chwili refundowana w ramach programu lekowego leczenia hipercholesterolemii rodzinnej i chorych ze zdarzeniami miażdżycowymi, u których mimo stosowania klasycznej terapii nie udaje się istotnie obniżyć stężenia cholesterolu LDL. Kryteria włączenia do terapii chorych z grupy hipercholesterolemii rodzinnej zostały złagodzone, natomiast w przypadku chorych ze zdarzeniami miażdżycowymi są nadal bardzo wymagające. W związku z tym liczba chorych leczonych w programie lekowym jest daleka od oczekiwań. Myślę, że ważne jest rozważenie w ramach programu lekowego B.101 umożliwienia prowadzenia terapii w ośrodkach, które są zlokalizowane bliżej pacjenta. W tym programie pacjent co kilka tygodni musi pojawić się w poradni, aby otrzymać kolejne dawki leku - może to być pewnym problemem dla chorych. W przypadku nowego leku, który jest aktualnie przedmiotem procesu uzyskania refundacji wystarczy jedna iniekcja co sześć miesięcy. Warto rozważyć, aby poza kwalifikacją do programu, przeprowadzaną w ośrodku o dużym doświadczeniu w terapii zaburzeń lipidowych, kontynuacja leczenia mogła się odbywać w miejscu zlokalizowanym bliżej pacjenta. Szacunki wskazują, że w Polsce jest znacznie więcej pacjentów z hipercholesterolemią rodzinną niż liczba uczestniczących w programie terapeutycznym. Warto zatem aktywniej prowadzić działania przesiewowe. Zgodnie z zaleceniami każdy w 40. roku życia powinien zbadać sobie profil lipidowy. Jeżeli jest on bardzo dobry czy idealny, to kolejne badanie powinno zostać przeprowadzone po 5 latach. Oczywiście poza profilem lipidowym warto zmierzyć sobie ciśnienie tętnicze i oznaczyć stężenie glukozy we krwi.

Moi przedmówcy wspominali o „długu zdrowotnym”. Chciałbym przytoczyć dane za 2020 r., w którym odnotowano zmniejszenie liczby hospitalizacji w zakresie diagnostyki i leczenia chorób układu sercowo-naczyniowego o 25% w porównaniu do 2019 r. Bardzo cieszymy się, że powstaje program Krajowej Sieci Kardiologicznej. Mam nadzieję, że już niedługo pierwsi pacjenci wejdą do tego programu. Liczymy również, że kolejne województwa będą wkrótce dołączane do tego pilotażu, który póki co dotyczy jedynie województwa mazowieckiego. Mapa drogowa z podaniem terminów włączenia poszczególnych województw byłaby bardzo zasadna. To w dużej mierze ostudziłoby emocje, które

powstały wokół pilotażu Krajowej Sieci Kardiologicznej. Nie zmienia to faktu, że jest to program, który rzeczywiście uwzględniając najważniejsze patologie w kardiologii, wprowadza szybką ścieżkę do diagnostyki i skutecznego leczenia. Zastanawiam się od kilku miesięcy, czy nie byłoby zasadnym zwiększenie finansowania przez NFZ wybranych procedur kardiologicznych. Są szpitale, które przekroczyły ryczałty, ale są też szpitale, które ich nie wykonały. Celowym jest, aby te szpitale, które pracują pełną parą wspomóc finansowo, co pozwoliłoby szybko zredukować dług zdrowotny z 2020 r.

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



Jako środowisko kardiologów, zdajemy sobie sprawę z potrzeby wprowadzenia zachowań prozdrowotnych w społeczeństwie. Jednak od wielu lat jest problem ze skutecznym pobudzeniem u pacjentów odpowiedzialności za swoje zdrowie. Uważam, że w szkole powinno się uczyć dzieci o zdrowiu w taki sposób, aby się tym zdrowiem cieszyć, a nade wszystko o nie dbać. Przypominam sobie program fiński, który był prowadzony systematycznie przez wiele lat. W Polsce jest potrzebna konsekwencja, by ten skandynawski sukces powtórzyć. Musimy w tym procesie szukać sojuszników: dietetyków, fizjoterapeutów, psychologów i edukatorów. Organizacje pacjenckie i media są znakomitym partnerem w tych działaniach. Biorąc pod uwagę epidemiologię, mężczyźni są dwa razy bardziej narażeni na choroby układu sercowo-naczyniowego niż kobiety. Natomiast, gdyby udało im się kontrolować proste parametry: poziom glukozy we krwi, aktywność fizyczną, poziom ciśnienia tętniczego sukces byłby spektakularny. W zakresie programu „Profilaktyka 40 PLUS” wszedłem na stronę internetową, udzieliłem odpowiedzi na wszystkie pytania i od razu dostałem skierowanie na badania. Było to bardzo proste. Moje pytanie brzmi - kto o tym rozwiązaniu wie? Ciekawiło mnie, jak to działa z perspektywy pacjenta. Wydaje mi się, że informacja o programie „Profilaktyka 40 PLUS” jest za mało nagłośniona. Ginie w nadmiarze informacji, które nas otaczają. Pojawił się dobry program i wydaje mi się, że gdybyśmy poszli drogą badań profilaktycznych, udałoby się poprawić to, co zepsuła pandemia Covid-19.

Prof. Artur Mamcarz, Kierownik III Kliniki Chorób Wewnętrznych i Kardiologii WUM



Flozyny i inhibitory SGLT2 w leczeniu niewydolności serca to absolutny przełom terapeutyczny. Są to leki, które pierwotnie były dedykowane pacjentom z cukrzycą typu 2. Diabetolodzy dobrze znają korzyści, jakie przynoszą pacjentom flozyny, wydłużając ich życie i poprawiając jego jakość. Flozyny dobrze oddziałują również na pacjentów, którzy nie mają cukrzycy. W wytycznych Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego flozyny zostały zarekomendowane jako filar terapii chorych na niewydolność serca. To są leki, które powinny być rekomendowane od początku rozpoznania niewydolności serca, ponieważ absolutnie rewolucjonizują terapię. Pozostaje kwestia ich dostępności, czyli pomyślnego zakończenia procesu refundacyjnego.

W tym aspekcie kardiologzy zazdroszczą diabetologom, ponieważ w ich dziedzinie w ostatnich latach zrefundowano kluczowe leki, czyli inhibitory SGLT2 i analogi GLP-1.

Reprezentując Polskie Towarzystwo Medycyny Stylu Życia potwierdzam, że aktywność fizyczną można traktować jako interwencję, która działa na podobnym poziomie jak bardzo nowoczesne leki. Modele matematyczne pokazały kilkunastoprocentowy spadek częstości wystąpienia chorób układu sercowo-naczyniowego i zgonów dzięki systematycznej aktywności fizycznej. Drugim ważnym czynnikiem jest właściwy sposób żywienia. Doskonale jednak rozumiemy, że aby wprowadzić populacyjne zmiany stylu życia w społeczeństwie potrzebne są pieniądze. Bardzo się cieszę, że wpływy z opłaty cukrowej mogą być dodatkowym źródłem finansowania. Mogą być np. przeznaczone na edukację dzieci i młodzieży, dlatego że problem nadwagi i otyłości dotyka również tej grupy wiekowej. Jeśli nie podejmiemy w tej kwestii interwencji, to pojawi się ogromny problem wśród młodych dorosłych, którzy będą mieli cukrzycę typu 2 i powikłania wynikające z cukrzycy – m.in. miażdżycę czy nadciśnienie tętnicze. Będziemy się musieli z tym zmierzyć, więc rozwiązaniem jest wykorzystanie pieniędzy z opłaty cukrowej. Być może mogą to być następne analogiczne rozwiązania fiskalne, bo cukier i napoje słodzone to tylko jeden z czynników ryzyka. Są także inne nieprawidłowe modele żywieniowe, które związane są z dużą zawartością tłuszczów zwierzęcych nasyconych. Bardzo ważna jest również intensyfikacja obecnych projektów, takich jak program KONS, modyfikacja programu lekowego terapii zaburzeń lipidowych czy propagacja szerszego uczestnictwa ośrodków w modelu KOS-Zawał.

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



Odniosę się do informacji, które otrzymałam z Ministerstwa Zdrowia. W 2020 r. było ponad 25 tys. wyjazdów karettek do pacjentów z cukrzycą z powodu hipoglikemii, to tak jakby co 20 min. karetka wyjeżdżała do pacjenta z cukrzycą, z cukrzycą niewyrównaną, z hipoglikemią, czyli widzimy, jak mimo wszystko leczenie jest niedoskonałe. Myślę tu o pacjentach dorosłych, którzy nie mają dostępu do nowoczesnych technologii. Dzieci do 18 r.ż., 26 r.ż. cieszą się tym dostępem i u nich hipoglikemii mamy coraz mniej. Wychodzimy z leczenia, które stosowaliśmy w XX wieku, kiedy podaż insuliny była za pomocą penów - ponad 150 ukłuć w ciągu jednego miesiąca, monitorowanie glikemii, czyli efekty naszego leczenia. Problematyczne było podjęcie decyzji terapeutycznej przez samo dziecko czy jego opiekuna przy pomocy właściwie jednego punktowego pomiaru glikemii. Było to bardzo niedoskonałe leczenie. Wiemy, że osiągnięcie dobrego wyrównania cukrzycy to przynajmniej uzyskanie ponad 70% czasu spędzonego w normoglikemii, czyli na poziomach glikemii między 70 a 180 przy pomocy penów i glukometru praktycznie osiągało takie efekty mniej więcej 5% pacjentów. Dopiero w XXI wieku dostęp do systemów ciągłego monitorowania glikemii, szczególnie zintegrowanych z pompami insulinowymi, pozwolił nam na bardzo dobre albo dość dobre wyrównanie cukrzycy i polepszenie jakości życia pacjenta i jego opiekunów.

Kobiety w ciąży powinny być populacją docelową, dla której należy wprowadzić refundację systemu ciągłego monitorowania glikemii. Kobieta w ciąży to nie jedna osoba, lecz dwie. Wiemy, że bardzo ważne jest, aby dorastający płód w łonie matki miał jak najlepsze warunki. Każde zmiany glikemii, zarówno hiper-, jak i hipoglikemii matki chorej na cukrzycę niestety powodują duże zmiany zarówno

we wczesnym okresie ciąży - duże ryzyko rozwoju wad, jak i w późnym okresie - każda hipoglikemia może powodować zmiany destrukcyjne w ośrodkowym układzie nerwowym. Z naszego punktu widzenia, lekarzy pediatrów również u pacjentów, którzy kończą 18 r.ż., kiedy zdają maturę, dostają się na studia i wyjeżdżają do innego miasta, gdzie opieka rodziców przestaje istnieć, pacjent zaczyna sam za siebie odpowiadać - bez tych systemów praktycznie nie jest w stanie dobrze wyrównać cukrzycy i uczestniczyć we wspomnianych studiach. Również po 26 r.ż., kiedy zaczyna swoją pierwszą pracę zawodową. Dla mnie populacjami docelowymi, przynajmniej w pierwszym etapie oprócz kobiet w ciąży są również młodzi ludzie powyżej 18 r.ż. i 26 r.ż.

Opracowanie diabetologicznej sztucznej trzustki miałoby ogromne znaczenie dla pacjentów, ponieważ pytają nas, kiedy uwolnią się od cukrzycy, od pomiaru glikemii, o myśleniu non stop o chorobie. Im zależy na tym, aby to oni mogli zarządzać cukrzycą, a nie cukrzyca nimi. Chcą korzystać z życia szkolnego, zawodowego, rodzinnego, osobistego, uprawiać upragniony sport czy też realizować inne plany życiowe. Dzisiejsze metody pozwalają na dość dobre albo bardzo dobre wyrównanie cukrzycy. Są to systemy ciągłego monitorowania glikemii szczególnie zintegrowane z osobistymi pompami insulinowymi, ale mimo wszystko, kiedy pacjent spisuje swoją dobę życia, to musi podjąć około kilkudziesięciu różnych decyzji, nawet jeżeli nie jest to podaż insuliny, ale myśli o tym, czy ten poziom glikemii na pewno wzrośnie czy się nie obniży. Chodzi im o to, żeby uwolnić myśli od leczenia cukrzycy.

Dzisiaj mamy tzw. pętlę zamkniętą, to jest pompa hybrydowa, która oprócz tego, że zabezpiecza przed hipoglikemią, a więc zatrzymuje podaż insuliny w momencie, kiedy poziom glikemii się obniża, ale jeszcze jest w normie. Jest również wyposażony w funkcję automatycznej podaży bolusów insuliny przy wzrastającym poziomie glikemii, czyli podaż insuliny bez udziału pacjenta. Mamy już pacjentów, u których tzw. *time in rem*, czyli czas w zakresie, jest to nowy parametr wyrównania cukrzycy, czyli inaczej odsetek w jakim stężeniu glukoza u danego pacjenta np. w ciągu doby jest właśnie w tym zakresie. Ten odsetek wynosi nawet powyżej 90 proc., a więc jesteśmy dosyć blisko. To, co jest najważniejsze - stworzenie takiego systemu, czyli tzw. pętli zamkniętej, która bez udziału pacjenta będzie podawać insulinę.

Prof. Dorota Zozulińska-Ziółkiewicz, Prezes Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego

Co roku są publikowane Zalecenia Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego, które pokazują ścieżki opieki nad chorym na cukrzycę w kontekście optymalnej diagnostyki i terapii. Bardzo cieszylibyśmy się, gdyby to, co w tych wytycznych się znajduje znalazło odzwierciedlenie w rzeczywistej praktyce klinicznej. Systemy monitorowania stężenia glukozy to jedno z największych dokonań w diabetologii. Korzystając z systemów monitorowania stężenia glukozy zyskujemy więcej informacji, gdyż nie tylko odczytujemy aktualną glikemię, lecz także potrafimy przewidzieć przyszłość poprzez wskazanie trendu zmian glikemii i możemy przeanalizować przeszłość wykresu glikemii u konkretnego pacjenta. Aby osoba z cukrzycą typu 1 mogła prawidłowo funkcjonować, dłużej żyć, unikać powikłań powinna mieć wgląd w swoją glikemię i sięgnąć po te urządzenia, które na precyzyjne monitorowanie poziomu glikemii pozwalają. To jest bardzo aktualne wyzwanie dla systemu ochrony zdrowia, któremu powinniśmy sprostać dla dobra pacjenta.



Kolejny ważny temat to dostępność dla chorych na cukrzycę typu 2 flozyn i analogów glukagonopodobnego peptydu -1 (GLP-1). W kryteriach refundacyjnych dla flozyn i analogów GLP-1 pojawia się wartość glikowanej hemoglobiny na poziomie 8%. Wiemy, że przewlekła hiperglikemia wyrażona wartością HbA1c powyżej 8% prowadzi do rozwoju powikłań neuro-waskularnych. Nie ulega wątpliwości, że potrzeba przedefiniowania tych kryteriów po to, aby pacjent z cukrzycą typu 2 mógł dłużej i zdrowiej żyć. Oczywiście, jak Państwo wszyscy wiedzą jestem gorącym zwolennikiem medycyny stylu życia i aktywności ruchowej. Bardzo cieszę się, że ten wątek został bardzo szeroko poruszony, ale jeżeli mamy zachęcać pacjenta z już rozpoznaną cukrzycą do wysiłku fizycznego, to równocześnie musimy zwracać uwagę na bezpieczeństwo glikemiczne i minimalizację ryzyka hipoglikemii. Szczególnie ważne jest monitorowanie glikemii i optymalna farmakoterapia. W cukrzycy typu 1 jest nią metoda intensywnej czynnościowej insulinoterapii, wymagająca strukturalnej edukacji począwszy od rozpoznania choroby oraz nabycia umiejętności dopasowywania dawkowania insuliny do potrzeb organizmu. W cukrzycy typu 2 zastosowanie leków o udowodnionych korzyściach zdrowotnych. Przełomem w terapii cukrzycy typu 2 jest pojawienie się analogów GLP-1 i flozyn. Zastosowanie tych leków pozwala odwrócić to, co myśleliśmy do niedawna, że odwracalnym nie jest. Widzimy w praktyce klinicznej i mamy na to dowody naukowe, że możemy u pacjenta z cukrzycą typu 2, który jest leczony insuliną zmniejszać jej dawki, a u niektórych chorych odstawić insulinę dzięki tym lekom. Zmieniają się możliwości terapeutyczne pacjenta, zarówno z cukrzycą typu 1, jak i z cukrzycą typu 2. To wszystko znajduje się w Zaleceniach Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego, na każdy rok bieżąco aktualizowanych. Uwzględnienie w rozwiązaniach systemowych wskazówek zawartych w Zaleceniach to ważne działanie w walce z epidemią cukrzycy. Mówiąc o postępie w diabetologii, nie można pominąć zagadnienia „technologicznej sztucznej trzustki”. Jest to pompa insulinowa zintegrowana z systemem ciągłego monitorowania glikemii. Odpowiednie algorytmy i aplikacje pozwalają dozować insulinę w zależności od stanu glikemicznego pacjenta. To nie jest jeszcze pełne zautomatyzowanie, bo pacjent musi podawać bolusy, które mają zbilansować węglowodany, które zjada w posiłku. Pacjenci korzystający z tych systemów potrafią nawet do 99 proc. czasu spędzać w docelowej glikemii. Nie byłoby to możliwe przy aktywnym stylu życia, przy aktywności zawodowej, nie byłoby to możliwe gdyby nie te rozwiązania technologiczne. Natomiast jeśli chodzi o „sztuczną trzustkę biologiczną”, to Polska jest zaangażowana w badania nad bioniczną trzustką. Myślę, że przyszłość może nas również pozytywnie zaskoczyć w tym temacie. Niezależnie jednak od postępu technologicznego, cały czas kluczowe znaczenie w terapii cukrzycy ma wiedza, umiejętności pacjenta, motywacja do realizacji zaleceń lekarza, świadomość stanu swojego zdrowia i dostosowanie stylu życia do realiów dobrze diagnozowanej i leczonej cukrzycy.

***Beata Obidzińska, Zastępca Dyrektora Biura
Profilaktyki Zdrowotnej Narodowego Funduszu Zdrowia***

Biuro Profilaktyki Zdrowotnej Narodowego Funduszu Zdrowia w swojej aktywności uwzględnia działania profilaktyczne w zakresie chorób sercowo-naczyniowych i metabolicznych. Jako jedyny płatnik publiczny w Polsce, Narodowy Fundusz Zdrowia ma rolę kontraktacyjną (zawieranie umów), rolę repartycyjną (rozdział środków finansowych) oraz rolę prewencyjno-edukacyjną. Pan Minister Adam Niedzielski, będąc Prezesem NFZ, postawił na profilaktykę. Fundusz w swojej Strategii na lata 2019-2023 konkretnie ujął funkcje, które powinien



pełnić w zakresie prewencji i edukacji zdrowotnej ubezpieczonych. Założono zwiększenie zakresu

badan profilaktycznych oraz upowszechnienie wiedzy o zdrowiu publicznym i systemie opieki zdrowotnej. To są dwa równorzędne elementy. Upowszechnienie wiedzy o zdrowiu jest kluczowym zakresem działania. Jeżeli nie będziemy zaczynać od profilaktyki wczesnej, to każda następna będzie dla nas profilaktyką droższą. To jest punkt widzenia płatnika. NFZ ma za zadanie wydawać, jak najbardziej zasadnie środki publiczne. W tym procesie należy mierzyć efektywność w oparciu o wiarygodne i rzeczywiste dane. Wiemy, na podstawie publikacji, że 1 euro wydane na profilaktykę daje 2,2 euro zwrotu. Z tego powodu powstało w NFZ w 2019 r. Biuro Profilaktyki Zdrowotnej oraz zespoły profilaktyki zdrowotnej w każdym oddziale wojewódzkim. Czyli jesteśmy tak naprawdę nowymi komórkami organizacyjnymi, które od bardzo niedawna mają możliwość pracy i działania. To, co jest najistotniejsze i czego płatnik do tego czasu nie robił, to bezpośrednie zwrócenie się do pacjentów. „Środa z profilaktyką” to cykliczna akcja Narodowego Funduszu Zdrowia, poświęcona profilaktyce chorób i promocji zdrowia. Formuła akcji ma zachęcić pacjentów do działania, wspierać postawy prozdrowotne, uczyć odpowiedzialności za własne zdrowie, zacieśniać współpracę z organizacjami pacjenckimi, a także budować pozytywny wizerunek NFZ wśród pacjentów. Przeznaczona jest dla osób w różnym wieku, które chcą zmienić swoje życie na zdrowsze, a także dla tych którzy nie potrafią odnaleźć się w życiu z chorobą. Każda środa to inny, ważny aspekt naszego zdrowia, choć najwięcej z nich poświęconych jest zapobieganiu cukrzycy i otyłości. Współpracujemy z organizacjami pacjenckimi, diabetologami, ze specjalistami zajmującymi się aktywnością fizyczną. Zagadnienia akcji „Środa z profilaktyką” powiązane są z najważniejszymi ogólnopolskimi lub międzynarodowymi inicjatywami prozdrowotnymi. Tematami kluczowymi dla nas są otyłość i cukrzyca, programy profilaktyczne, raporty NFZ oraz kampanie edukacyjne. Drugim osiągnięciem wartym przybliżenia jest rozwój portalu diety.nfz.gov.pl, na którym po założeniu bezpłatnego konta, można skorzystać z darmowych jadłospisów przygotowanych na dwa tygodnie, zgodnych z popularną dietą DASH. Wdrożyliśmy wiele nowych planów żywieniowych, m.in. dla osób ze schorzeniami kardiologicznymi i metabolicznymi chcących prawidłowo się odżywiać. W tej chwili mamy ponad 40 tys. aktywnych użytkowników. Dodatkowo mamy programy: „Osiem tygodni do zdrowia”, „Poranne rozciąganie”, „Świadome zakupy – mądre wybory”. Te programy dopiero się rozwijają, ale widzimy, że pacjenci zaczynają się faktycznie interesować profilaktyką i swoim zdrowiem. Badania potwierdzają, że nie pojedyncze informacje dają efekt w profilaktyce zdrowotnej, lecz suma bodźców, informacji, które docierają do pacjentów. Staramy się również działać jednocześnie bezpośrednio ze świadczeniodawcami, którzy realizują programy profilaktyczne. Przykładem jest program pilotażowy pt. „Mamo! Mamo! Mammobus!”, który pokazuje synergię działania pomiędzy NFZ a świadczeniodawcami w kierunku wyjścia naprzeciw dostępności pacjentów do świadczeń. W bardzo krótkim czasie po rozpoczęciu programu odnotowaliśmy prawie 100-procentowy wzrost uczestnictwa kobiet w badaniach mammograficznych. Tego typu działania dają bardzo wymierne skutki. „Profilaktyka 40 PLUS” jest programem, który wchodzi jako pierwszy program pilotażowy. Obejmuje on wszystkie czynniki ryzyka, które powinny być badane w przypadkach chorób kardiometabolicznych. Warto byłoby ten program jeszcze silniej nagłośnić, dlatego że wykonywane badania reprezentują podstawowe czynniki ryzyka. W ramach programu „Profilaktyka 40 PLUS” wykonywany jest lipidogram, glikemia, BMI czy pomiar ciśnienia tętniczego. Gdyby faktycznie cała populacja powyżej 40 r.ż. mogła wziąć udział w programie, to mielibyśmy faktycznie punkt wyjścia do oceny sytuacji, jaka realnie w tej chwili występuje. Robiąc ankietę i przygotowując w IKP zakładkę pt. „Profilaktyka” chcemy umieścić w niej wszystkie informacje, dotyczące zarówno profilaktyki wczesnej, jak i profilaktyki drugiego, trzeciego rzędu. Okazało się jednak w czasie przeglądu wszystkich wytycznych klinicznych, że nie mamy w Polsce opracowanego i opublikowanego kalendarza badań profilaktycznych, który byłby

obowiązujący i pod którym podpisaliby się wszyscy specjaliści. Taki kalendarz badań profilaktycznych należałoby ustanowić.

*Prof. Mariusz Wyleżół, Wiceprezes Polskiego
Towarzystwa Leczenia Otyłości, Przewodniczący Sekcji
Chirurgii Metabolicznej i Bariatrycznej Polskiego
Towarzystwa Badań nad Otyłością*



Rozporządzenie dotyczące programu pilotażowego w zakresie kompleksowej opieki specjalistycznej nad pacjentami leczonymi z powodu otyłości olbrzymiej KOS-BAR zostało opublikowane 4 września 2021 r., więc jesteśmy na etapie organizacyjnym. Więcej na ten temat będziemy mogli powiedzieć, kiedy program zostanie uruchomiony - na początku grudnia 2021 r., a ostatecznie ocenić pilotaż - dopiero po dwóch latach. Jako środowisko chirurgów bariatrów bardzo cieszymy się z umożliwienia udzielenia konkretnej pomocy chorym z otyłością olbrzymią i wiemy, że chorzy wiążą z tym programem ogromne nadzieje. Myślę jednak, że spotkaliśmy się, żeby rozmawiać nie tylko o bariatrii, lecz także o całości zagadnienia choroby otyłościowej, w tym o cukrzycy typu 2., która jest powikłaniem otyłości. Jak wykazały wyniki badań, cukrzyca typu 2 może być odwracalną chorobą, pod warunkiem leczenia przyczyny tej choroby, czyli leczenia choroby otyłościowej. Na szczęście ostatnio pojawiły się leki, które w skuteczny sposób mogą nam pomóc w leczeniu otyłości na wstępnym etapie, a także wspomóc chirurgię bariatryczną w leczeniu chorych na otyłość olbrzymią. Pragnę zaapelować o to, żeby środowisko diabetologiczne w przygotowywanych standardach doprecyzowało nazwy dwóch różnych chorób, jakimi są cukrzyca typu 1 i cukrzyca typu 2. Choroby te mają wspólny przedrostek tylko dlatego że wiążą się z podwyższonym poziomem glukozy we krwi, ale są dwoma różnymi chorobami. Wyobraźcie sobie państwo sytuację kiedy w przypadku żółtaczk, niezależnie od przyczyny, próbowalibyśmy leczyć tak samo, nie wchodząc w to, czy jest to żółtaczk miąższowa, zaporowa czy jakaś inna. Tylko wąskie grono fachowców wie, o jakiej cukrzycy jest mowa. Kiedy toczymy rozważania dotyczące wykorzystania w leczeniu cukrzycy insuliny, to pragnę przypomnieć że panowie Banting i Best w 1923 r. otrzymali nagrodę Nobla za wynalezienie insuliny, jako leku dla cukrzycy typu 1. Tymczasem do nas nadal są kierowani na konsultacje chorzy na cukrzycę typu 2, u których poziom glikemii jest kontrolowany podażą insuliny z rozpoznaniem cukrzycy insulinozależnej. Muszę stwierdzić z przykrością, że nadal wielu lekarzy nie rozróżnia tych dwóch różnych chorób. A to jest podstawa do nowoczesnego leczenia cukrzycy typu 2, jako następstwa choroby otyłościowej przy wykorzystaniu nowych leków.

Chciałbym zauważyć, odnosząc się do choroby otyłościowej, że olbrzymią rolę w zmianie naszego postrzegania otyłości odegrała pandemia Covid-19. Podzielę się osobistą refleksją. Na początku pandemii powiedziałem do żony, która też jest lekarzem: „pewnie wszyscy zapomną o otyłości, bo kto będzie się interesował otyłością, skoro ludzie masową umierają z powodu pandemii”. Tymczasem stwierdzono, że choroba otyłościowa prowadzi do zwiększonego ryzyka zgonów w przebiegu choroby Covid-19 i ciężkiego przebiegu zakażenia koronawirusem SARS-Cov-2. Natomiast wyniki badań w zakresie chirurgii bariatrycznej pokazały, że leczenie otyłości odgrywa istotną rolę protekcyjną, jeśli chodzi o przebieg choroby Covid-19. Dostrzegliśmy, że nie możemy zostawić chorych na otyłość samym sobie, dostrzegliśmy, że otyłość nie jest wyborem chorego. Powszechne są wypowiedzi, że otyłość jest chorobą egzogenną, czyli wynikiem tego, że ktoś doprowadził do zaniedbania, za mało się rusza albo za dużo je. Zupełnie zapominamy o tym, że otyłość może mieć również charakter endogeny. Przecież

nie mówimy chorym na nadczynność tarczycy, że doprowadzili do zaniedbania. Dlaczego więc mówimy chorym, u których obserwujemy brak wydzielania poposiłkowego GLP-1, co ma miejsce w przypadku choroby otyłościowej, że to jest ich wina. To jest przyczyna endogenna, niezależna od chorego i jego woli. Wiemy, że w chwili obecnej możemy ten brak poposiłkowego wydzielania GLP-1 korygować nowoczesnymi lekami. Wiemy też, że możemy tym chorym pomóc dzięki chirurgii bariatrycznej, która także prowadzi do przywrócenia poposiłkowego wydzielania GLP-1. Powinniśmy zacząć rozpoznawać otyłość - podstawowym problemem jest to, że nadal ta choroba nie jest rozpoznawana u zdecydowanej większości chorych - i zacząć ją leczyć zgodnie z wynikami badań naukowych i aktualnymi zaleceniami klinicznymi.

Prof. Małgorzata Janas-Kozik, Pełnomocnik Ministra Zdrowia ds. Reformy Psychiatrii Dzieci i Młodzieży

Opieka psychiatryczna nad dziećmi i młodzieżą oraz narastający problem otyłości u dzieci to bardzo duże wyzwania dla systemu ochrony zdrowia w Polsce. W tym kontekście na uwagę zasługuje pozytywna Rekomendacja Prezesa AOTMiT dotycząca stosowania lurazydonu, atypowego leku przeciwpsychotycznego zmniejszającego powikłania kardio-metaboliczne u dzieci chorych na schizofrenię od 13 r.ż. Lurazydon jest drugim neuroleptykiem zarejestrowanym do leczenia schizofrenii w populacji rozwojowej obok arypiprazolu, który niesie niewielkie ryzyko powikłań metabolicznych. Swoją opinię opieram na danych uzyskanych z meta-analizy Arango, w której dokonano meta-analizy trzynastu randomizowanych badań porównujących skuteczność i bezpieczeństwo lurazydonu do innych leków przeciwpsychotycznych u młodzieży z zaburzeniami ze spektrum schizofrenii. Badanie odbywało się z użyciem sześciu skal, w tym skali służącej do oceny masy ciała. Porównanie zmiany masy ciała względem wartości wyjściowej w odniesieniu do lurazydonu wypadło na korzyść lurazydonu w stosunku do sześciu leków poddawanych ocenie. Ryzyko przerwania leczenia z jakiegokolwiek przyczyny było istotnie niższe w przypadku lurazydonu niż arypiprazolu czy paliperydonu oraz porównywalne z innymi neuroleptykami. W zakresie ryzyka EPS (objawów pozapiramidowych) i niepokoju ruchowego (akatyzi) wyniki były podobne dla lurazydonu i innych atypowych leków przeciwpsychotycznych. W metaanalizie atypowych leków przeciwpsychotycznych stosowanych w schizofrenii u młodzieży lurazydon był związany z podobną skutecznością, ale z mniejszym przyrostem masy ciała i mniejszym ryzykiem przerwania leczenia z jakiegokolwiek przyczyny w porównaniu z innymi doustnymi atypowymi lekami przeciwpsychotycznymi. Wg badania Correll z 2020 r. oceniającego bezpieczeństwo i skuteczności lurazydonu u młodzieży w wieku 13-17 lat ze schizofrenią, dwa lata terapii z użyciem lurazydonu okazało się bezpiecznym i dobrze tolerowanym schematem charakteryzującym się wysokim odsetkiem pacjentów utrzymujących się w leczeniu. Wskaźniki bezpieczeństwa leczenia były zgodne z wynikami wcześniejszych badań długoterminowych u dorosłych i krótkoterminowych w grupie dziecięcej. Długoterminowe leczenie lurazydonem było związane z postępującą poprawą w zakresie objawów schizofrenii, zaś większość pacjentów uzyskiwała remisję objawową.



Krystyna Wechmann, Członkini Narodowej Rady ds. Ochrony Zdrowia przy Prezydencie RP, Prezes Polskiej Koalicji Pacjentów Onkologicznych



Jako stowarzyszenie pacjentów onkologicznych współpracujemy na co dzień z NFZ w projektach edukacyjnych dotyczących profilaktyki. Gdy w latach 90. będąc w USA widziałam, ile jest osób otyłych, pomyślałam - jak dobrze, że w naszym kraju nie ma tego problemu. Teraz jednak widzę, że i w Polsce wśród osób młodych sytuacja zmieniła się na niekorzyść. Za 5-10 proc. zachorowań na nowotwory odpowiadają dziedziczne czynniki ryzyka, u pozostałych - czynniki nabyte, takie jak nadwaga, otyłość, nieprawidłowa dieta i niska aktywność fizyczna. Wśród Amazoнок temat prozdrowotnego znaczenia ruchu i aktywności sportowej jest regularnie podnoszony i nagłaśniany. Realizujemy w szeregach naszej organizacji liczne zajęcia ruchowe. Amazonki to osoby, które już zachorowały na nowotwór, ale m.in. poprzez aktywność fizyczną zmniejszają ryzyko nawrotu choroby. Aktywność fizyczna w zmaganiu się z chorobą onkologiczną jest szalenie ważna, a często niestety lekceważona i niedoceniana. Także znaczenie prawidłowego żywienia w przebiegu choroby nowotworowej jest fundamentalne. Właściwa dieta w trakcie leczenia onkologicznego jest bardzo istotnym elementem kompleksowej opieki. Organizm chorego jest wyczerpany przez inwazyjne leczenie przeciwnowotworowe, w którym zabijane są chore komórki, ale również i zdrowe. Bardzo ważnym jest wprowadzenie żywienia do standardów „Breast Units”. Powinno uzupełniać kompleksowy model leczenia raka piersi, obok profilaktyki, diagnostyki, leczenia, aktywności fizycznej, aż po leczenie paliatywne. Z rozmów z ekspertami wiem, że nie ma konkretnych rekomendacji żywieniowych. Mamy jednak bardzo szeroki wachlarz diet do stosowania czy to w chorobie nowotworowej czy w zmianie stylu życia. W trakcie Akademii Dobrych Praktyk, która zrzesza pacjentów onkologicznych bardzo mocno naciskamy na program edukacji zdrowotnej i profilaktyki. Akademie Dobrych Praktyk dają szansę na wymianę poglądów i doświadczeń liderom organizacji pacjentów, a także na poszerzenie wiedzy na temat najnowszych osiągnięć w onkologii, dzięki spotkaniom z ekspertami. Chcemy też przeprowadzić audyt, by zbadać, dlaczego jest taka niska zgłaszalność na badania profilaktyczne - mammograficzne i cytologiczne. Musimy dowiedzieć się, jakie narzędzia są nam potrzebne, żeby zwiększyć świadomość i zgłaszalność, nie tylko w raku piersi, lecz we wszystkich rodzajach nowotworów. Dla organizacji pacjentów jest to priorytetowe wyzwanie i powinniśmy we współpracy z MZ i NFZ zbadać, co jest nam jeszcze potrzebne, żeby poprawić sytuację. Sprawa otyłości, informacja na temat codziennego zapotrzebowania żywieniowego jest bardzo ważna.

Prof. Zbigniew Żuber, Kierownik III Oddziału Kliniczny Pediatrii, Reumatologii z pododdziałem Alergologii Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy im. św. Ludwika w Krakowie



Rozmawiamy dzisiaj o problemach związanych z chorobami układu sercowo-naczyniowego, ale we wszystkich wypowiedziach powtarza się problem otyłości. Muszę powiedzieć, że młodzież to przyszłość narodu. Czeka nas jednak niestety ciężka przyszłość, bo rok pandemii spowodował gigantyczną stratę w rozwoju fizycznym dzieci i młodzieży. Nie dotyczy to tylko

chorób metabolicznych, chociaż to jest główny temat rozmowy, proszę sobie wyobrazić jak wyglądają internetowe zajęcia wychowania fizycznego. Online wygląda to tak, że młodzież leży w piżamie w łóżku i pisze wypracowanie na temat zdobytych medali przez Polaków na olimpiadzie w 1960 r. Tutaj chciałem wrócić do idei, jako członek Medycznej Racji Stanu, „Godziny dla zdrowia” w każdej szkole. To jest niezwykle ważne, żeby zacząć edukować dzieci i młodzież o potrzebach zdrowotnych, bo złe nawyki żywieniowe i komórki tłuszczowe, które zostaną rozmnożone w dzieciństwie nigdy nie zginą. Dzieci i młodzież mają absolutnie nieprawidłowe wzorce żywieniowe. W domenie publicznej jest atak reklam na spożywanie wysokoenergetycznych napojów, wysokoenergetycznych specyfików czy alkoholu. Proszę sobie teraz wyobrazić dzieci i młodzież, które hospitalizujemy – a jest to ok. 2 tys. pacjentów rocznie, gdzie większość nie jest w stanie prawidłowo zrobić skłonu i przysiadu, a niektórzy w ogóle nie wiedzą, czego od nich wymagamy. Na prośbę „Proszę zrobić skłon” oni robią piękny ukłon. Mamy pacjentów z ciężkimi chorobami, którzy będą mieć zlecone przez nas odpowiednie leczenie i oczywiście odpowiednią dietę. W naszym szpitalu, na szczęście mamy zespół dietetyczny, który pracuje z pacjentami. Pacjent wychodząc od nas do domu dostaje instrukcje i wskazówki, jak powinien się odżywiać. Każdy z nich musi być traktowany indywidualnie, bo większość naszych pacjentów z racji problemów ogólnoustrojowych wymaga personalizowanego leczenia i diety.

Prof. Anna Kostera-Pruszczyk, Kierownik Katedry i Kliniki Neurologii WUM

Dzisiejsza debata Medycznej Racji Stanu toczy się wokół aspektów klinicznych oraz długu zdrowotnego. Cały czas mówimy o współgraniu medycyny naprawczej i prewencyjnej. Oczywiście, najlepiej jest chorobom zapobiegać, a znacznie trudniej jest je leczyć. W tym miejscu apelujemy do Pana Ministra Zdrowia i do NFZ o zmniejszenie biurokracji, bo kadry lekarskie nie są liczne - brakuje nam rąk do pracy i czasu na rozbudowane procesy administracyjne. Chcemy poświęcać więcej czasu pacjentowi, a mniej na biurokrację. Ociążenie kadr medycznych poprzez redukcję biurokracji i wprowadzenie kadr pomocniczych na pewno przełoży się na sukces zdrowotny we wszystkich obszarach medycyny.

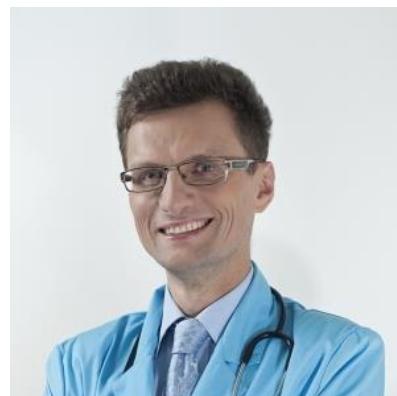


W chorobach rzadkich mamy obecnie dwa wyzwania. Jedno, to skrócenie czasu do rozpoznania choroby, a to będzie się przekładało na lepsze efekty zdrowotne. Drugie wyzwanie to fakt, że u wielu pacjentów z chorobami rzadkimi występuje znaczne ograniczenie możliwości fizycznych i różne stopnie niepełnosprawności. Z tego powodu u naszych pacjentów dołączają się różne problemy metaboliczne, m. in. wtórnie do narastania otyłości, które niekoniecznie są pierwotnie wpisane w mechanizm podstawowej choroby rzadkiej. Oczywiście wprowadzenie „Godziny dla zdrowia” do szkół jest ważne, ja dodam jeszcze wnioski o „Godzinę dla zdrowia” dla opiekunów chorych na choroby rzadkie. Zwróćmy uwagę, że ci chorzy często zdani są na całodobową opiekę, zwykle sprawowaną przez najbliższą rodzinę. Chciałabym również zwrócić uwagę na pojawiające się cały czas nowe, ważne informacje o skuteczności leków, które są w stanie przedłużyć sprawność ruchową pacjentów. Mamy znakomite doniesienia z rzeczywistej praktyki klinicznej (RWE) ze Światowej Konferencji Chorób Nerwowo-Mięśniowych, o tym, jak lek stosowany w dystrofii Duchenne’a przedłuża możliwość samodzielnego chodzenia chłopców o ok. 5 lat. To są efekty, których nie widzimy w krótkich badaniach klinicznych trwających rok, góra dwa lata. Mam na koniec taki apel: postarajmy się kłaść wielki nacisk na medycynę prewencyjną, medycynę stylu życia, po to, aby zostawało nam więcej przestrzeni

i środków dla pacjentów z chorobami rzadkimi, bo oni w bardzo wielu sytuacjach, mimo najlepszych starań, nie dadzą rady swojego losu bez naszej pomocy zmienić.

***Prof. Piotr Socha, Kierownik Kliniki Gastroenterologii,
Hepatologii, Zaburzeń Odżywiania i Pediatrii
Centrum Zdrowia Dziecka***

łączę się z Państwem z Pałacu Staszica, z posiedzenia Komitetu Nauki o Żywieniu Człowieka PAN. Przed chwilą przedstawiliśmy wyniki dużego projektu realizowanego w ramach Narodowego Programu Zdrowia, zamawianego przez Ministerstwo Zdrowia, gdzie ocenialiśmy żywienie i stan odżywienia dzieci od 0 do 18 lat. Jest to unikalny projekt i chciałbym Ministerstwu Zdrowia podziękować za szansę zebrania tak wartościowych danych, które



pokazują również jak wygląda skala otyłości w populacji polskich dzieci. Mamy z losowo dobranej populacji, czyli wyjątkowo dobrze metodologicznie przeprowadzonego badania, precyzyjne dane na temat częstości, ale też związku częstości otyłości z żywieniem. Potrafimy powiązać pewne czynniki ze sobą i wskazać, dlaczego w pewnych grupach dzieci i młodzieży otyłość występuje częściej. W skrócie dane te pokazują, w zestawieniu z poprzednimi badaniami na przestrzeni ostatnich 10 lat, zmiany trendów występowania otyłości. Obecnie częściej otyłość występuje na wsi niż w mieście i w grupach z niższym uposażeniem, w przeciwieństwie do badań poprzednich. Wykształcenie ma decydujący wpływ na powstawanie otyłości. Kiedyś to osoby zamożne były bardziej otyłe, bo wydawały pieniądze na jedzenie. Obecnie Polak stał się mądrzejszym i bardziej świadomym obywatelem i wydaje pieniądze na zdrowy styl życia, w tym zdrową dietę i aktywność fizyczną. To jest pozytywne zjawisko i pokazuje, że poprzez edukację i zasobność portfela możemy korzystnie wpłynąć na nasze parametry zdrowotne. To jest krótkie podsumowanie tych wyników, chociaż należy też zwrócić uwagę na narastającą częstość nadwagi i otyłości u dzieci na przestrzeni lat. Moim zdaniem wyniki są ważne, w kontekście troski o nasze społeczeństwo, a szczególnie o dzieci i młodzież. Chcę zwrócić uwagę na jeszcze jedną kwestię. Mówimy dzisiaj o chorobach metabolicznych i zespole metabolicznym. W pediatrii zespół metaboliczny jest powiązany z otyłością i stanowi jej powikłanie. Choroby metaboliczne w pediatrii to głównie choroby genetycznie uwarunkowane, zazwyczaj w wyniku punktowej mutacji. Mogą one również prowadzić do nadwagi lub niedowagi, ale to zupełnie inny problem. Jeśli chodzi o choroby rzadkie, wczoraj został opublikowany Plan dla Chorób Rzadkich w Monitorze Rządowym i warto o tym pamiętać. To jest ogromna praca Pani Profesor Krystyny Chrzanowskiej, tu obecnej Prof. Anny Kostery-Pruszczyk i wielu ekspertów, którzy ten Plan, pod auspicjami Ministerstwa Zdrowia, przygotowali. Dokument został poddany publicznej dyskusji i obecnie został przyjęty przez Radę Ministrów. Dzięki temu stworzono nowe szanse dla chorych na choroby rzadkie w Polsce, w tym szansę na szybką diagnostykę. W Planie jest zawarte finansowanie, tzw. badań wielkoskalowych, czyli opartych m.in. o technikę NGS. Dzięki temu będziemy wcześniej diagnozować choroby rzadkie i wcześniej je leczyć. W tej grupie jest wiele zespołów, które też prowadzą do otyłości, jak zespół Pradera-Williego. Także choroba Wilsona występuje w Polsce z wyższą częstotliwością niż w krajach Europy Zachodniej, więc jest ona dla nas dużym wyzwaniem. Mamy bardzo dobrze zorganizowaną opiekę nad tą grupą pacjentów, świetnych ekspertów, którzy opiekują się nimi z ogromną pasją od wielu lat. Muszę w tym miejscu oddać honor wszystkim, którzy zajmują się chorobami rzadkimi, gdyż dzięki ich zainteresowaniom klinicznym i naukowym ci pacjenci mają szansę na dobrą diagnostykę i leczenie.

Pacjenci z chorobami rzadkimi otrzymują szanse też dzięki nowym lekom. W przypadku choroby Wilsona mamy od lat stosunkowo skuteczne leki, ale obecnie pojawiają się nowe terapie. Od września 2021 r. refundowana jest trientyna we wskazaniu refundacyjnym: terapia choroby Wilsona po stwierdzonej nietolerancji leczenia D-penicylaminą i siarczanem cynku u pacjentów powyżej 5. r.ż.

Joanna Parkitna, Dyrektor Wydziału Oceny Technologii Medycznych w Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji



W ostatnich latach obserwujemy postęp medycyny w chorobach sercowo-naczyniowych i metabolicznych, a leki z tego obszaru są częstym przedmiotem ocen Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (AOTMiT). W ramach prac w obszarze świadczeń nielekowych pracujemy nad przygotowaniem rozwiązań dla rekomendacji Prezesa w sprawie zalecanych technologii medycznych i działań prowadzonych w ramach programu polityki zdrowotnej w obszarze otyłości dzieci i młodzieży. Jest to inicjatywa własna Prezesa AOTMiT, która z jednej strony ma pomóc jednostkom samorządu terytorialnego przygotowywać dobre i skuteczne programy profilaktyki otyłości dzieci i młodzieży, a z drugiej zwrócić uwagę społeczeństwa na problem związany z otyłością najmłodszych. Działania związane z leczeniem czy przeciwdziałaniem otyłości w tej populacji powinny być multikomponentowe z aktywnym udziałem szkoły i rodziców. Powinny obejmować zarówno poradnictwo dietetyczne, aktywność fizyczną, jak i wsparcie psychologiczne, szczególnie w grupach młodszych dzieci. Już dziś, chciałabym zaprosić Państwa na naszą stronę internetową, na której pod koniec 2021 r. zamieścimy dokument zawierający streszczenie wytycznych i badań klinicznych z tego obszaru jak również zbiór najlepszych praktyk i multikomponentowych programów związanych z leczeniem otyłości dzieci i młodzieży. Będzie tam też dostępna dla Państwa opinia Rady Przejrzystości oraz Rekomendacja Prezesa AOTMiT, która będzie gotowym programem polityki zdrowotnej dla jednostek samorządu terytorialnego.

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



Przykładowe obszary działań Rzecznika Praw Obywatelskich w ostatnim czasie to m. in. interwencje u Ministra Zdrowia i Prezesa NFZ w sprawie dostępności do leczenia bariatrycznego oraz braku Planu dla Chorób Rzadkich. Szczęśliwie, po dekadzie oczekiwania, Plan dla Chorób Rzadkich został przyjęty przez Radę Ministrów w dniu 24 sierpnia 2021 r. i opublikowany w Monitorze Polskim. Inny obszar działań Rzecznika dotyczył problemów dzieci, które wymagają przyjmowania insuliny i pomiaru cukru podczas pobytu w szkole. W związku z pandemią COVID-19 Rzecznik zwracał się do Ministerstwa Zdrowia w kwestii skarg w sprawie konieczności zapewnienia opieki zdrowotnej pacjentom w stanie nagłym podczas pandemii. Rzecznik przede wszystkim zwracał uwagę na to, że nie jest w pełni zapewniona opieka zdrowotna osobom w stanie nagłym, w szczególności w przypadku problemów kardiologicznych. Ten chaos funkcjonowania publicznej służby zdrowia pogłębiało odwoływanie planowych wizyt i operacji, jednocześnie pacjenci

nie posiadali jasnej informacji gdzie mogliby otrzymać świadczenie zdrowotne, w przypadku ograniczenia przyjęć w danej placówce. Sytuacja ta stanowiła bez wątpienia realne zagrożenie dla życia i zdrowia ludzkiego.

Chciałbym jednakże skupić się przede wszystkim na kwestii psychiatrii dzieci i młodzieży. Wielki niepokój Rzecznika Praw Obywatelskiej budzi fakt, że opieka psychiatryczna dzieci i młodzieży w Polsce jest od lat niedoinwestowana i marginalizowana. Brak odpowiedniego wsparcia dla dzieci w kryzysie przyczynia się do tego, że znajdujemy się w niechlubnej czołówce państw, jeżeli chodzi o liczbę samobójstw wśród dzieci i młodzieży. Równie niepokojący w ocenie Rzecznika Praw Obywatelskich jest wzrost samej liczby prób samobójczych, przy tendencji obniżania się granicy wieku osób, które decydują się na ten drastyczny krok. Bardzo trudną sytuację chorych pogorszyła pandemia COVID-19 prowadząca do izolacji młodych ludzi. Nauka zdalna, ograniczenie kontaktu z rówieśnikami, jak również obawy o zdrowie swoje i najbliższych, czy też żałoba po ich stracie wpływała destrukcyjnie na stan psychiczny tej grupy. Warto wskazać na dane Komendy Głównej Policji z 2020 r., z których wynika, że zanotowano wzrost liczby prób samobójczych ze skutkiem śmiertelnym, podejmowanych przez osoby poniżej 18 roku życia. W 2020 r. odebrało sobie życie w Polsce życie 107 dzieci, natomiast w 2019 r. było to 98 przypadków. Z tych statystyk również wynika, że największy problem dotyczy dzieci i młodzieży w przedziale wiekowym pomiędzy 13. a 18. rokiem życia. Oprócz prób samobójczych odnotowano również wzrost liczby samookaleczeń, zaburzeń lękowych oraz depresji. Pamiętajmy, że bardzo często problemy natury psychicznej są powiązane z chorobami somatycznymi, które w okresie pandemii nie były w sposób właściwy zabezpieczone. W tym trudnym okresie dużym wsparciem dla ludzi młodych był „telefon zaufania” prowadzony od lat przez Fundację „Dajemy dzieciom siłę”. Przez wszystkie lata ten „telefon zaufania” został rozpropagowany i upowszechnił się w świadomości młodych ludzi. Jest rozpoznawalny i nawet osoba w stanie silnego stresu, gwałtownego pogorszenia się stanu zdrowia psychicznego, wie gdzie szukać pomocy. Ta forma wsparcia jest łatwo dostępna dla osoby w kryzysie, nie wymaga wcześniejszego umówienia się, oczekiwania na wyznaczony termin, zapewnia anonimowość, co jest szczególnie istotne w mniejszych miejscowościach, gdzie wizyta w poradni zdrowia psychicznego nadal może prowadzić do stygmatyzacji. W ocenie Rzecznika telefon ten gwarantuje też dyskrecję osobie dzwoniącej, bowiem połączenia z tym numerem nie są widoczne w rachunkach ani na bilingach większości sieci telekomunikacyjnych. Rzecznik jest zaskoczony decyzją Ministra Zdrowia o unieważnieniu konkursu na wybór realizatora tego zadania, tym bardziej że wspomniana Fundacja otrzymała ocenę 22,5 na 24 punktów możliwych. Rzecznik poprosił o wyjaśnienie Ministra Zdrowia okoliczności, które doprowadziły do unieważnienia konkursu oraz poinformowanie, jak resort zdrowia zamierza wesprzeć osoby w kryzysie choroby psychicznej. Podejmowane przez młodych ludzi próby samobójcze, samookaleczenia, zaburzenia odżywiania, czy nawet akty agresji są wołaniem o pomoc, które nie może zostać zignorowane. I na sam koniec chciałbym przytoczyć bardzo krótki komentarz, który został zamieszczony w Internecie, w związku z tym wystąpieniem Rzecznika. Pozwolę sobie go przytoczyć, on jest krótki, ale wydaje mi się, że głęboki: „Telefon zaufania jest jak konfesjonał, gdy jest możliwość powiedzenia o problemach, to samo to przynosi ulgę i spokój”.

Grzegorz Błazewicz, Zastępca Rzecznika Praw Pacjenta

Zdaniem Rzecznika Praw Pacjenta podstawowym sposobem na ograniczenie liczby zachorowań, zarówno na otyłość, jak i schorzenia kardiologiczne jest profilaktyka. Nie da się ukryć, że w większości przypadków sami pracujemy na swój pogarszający się stan zdrowia. Najważniejszym elementem profilaktyki jest zatem rzetelna wiedza na temat czynników ryzyka, odpowiedniego stylu życia oraz konieczność regularnej kontroli stanu zdrowia, zarówno przez lekarza, jak i pacjenta. Nie ulega wątpliwości, że najbardziej skuteczna jest profilaktyka skierowana do dzieci i młodzieży, zwłaszcza że w tej grupie wiekowej z roku na rok wzrasta zachorowalność na otyłość oraz schorzenia kardiologiczne. Bez wsparcia instytucji rządowych i szkoły walka z otyłością jest i będzie niezmiernie trudna. Dziecko oglądając telewizję czy korzystając z Internetu bombardowane jest reklamami niezdrowej żywności. Ma ją na wyciągnięcie ręki właściwie w każdym sklepie, ale również w szpitalach ustawione są automaty ze słodkimi napojami i niezdrowymi przekąskami. Pozostawię to bez komentarza. W tym miejscu apeluję o pewną refleksję do zarządzających podmiotami leczniczymi, aby przyjrzeni się na swoim podwórku, co można zrobić, żeby uniknąć tego typu sytuacji. Do tego dochodzi problem jakości i przestrzegania zasad zdrowej diety w cateringu szpitalnym. Chciałbym przypomnieć, że Rzecznik Praw Pacjenta ubiega się o wprowadzenie do szkół przedmiotu „Wiedza o zdrowiu”. Wprawdzie zagadnienie dotyczące zdrowia znajduje się wśród innych zagadnień jako element chociażby godziny wychowawczej, niemniej jest to naszym zdaniem zbyt mało treści edukacyjnych w stosunku do potrzeb dzieci i młodzieży w tym aspekcie. Zabiegamy o to, aby był to odrębny przedmiot, może nie na ocenę, ale opisany w taki sposób, żeby dzieci chciały w nim uczestniczyć. Kilka miesięcy temu, podjęliśmy decyzję o powołaniu Zespołu ds. przeciwdziałania dyskryminacji osób chorych na otyłość. Jego celem jest opracowanie wytycznych skierowanych do podmiotów wykonujących działalność leczniczą w zakresie promowania wśród pracowników wiedzy na temat praw tej grupy pacjentów. Podczas posiedzeń zespołu opracowane zostały dobre praktyki, wytyczne, zalecenia kierowane do personelu medycznego, służące zapobieganiu dyskryminacji osób chorych na otyłość. Dokument ten oprócz wytycznych, o których przed chwilą wspominałem, zawierać będzie również część badawczą oraz część poświęconą rekomendowanym przez członków zespołów zmianom systemowym. Chcielibyśmy również ocenić wpływ pandemii Covid-19 na wzrost zachorowalności na chorobę otyłościową w Polsce. Wyniki prac zespołu, mam nadzieję opublikowane zostaną przez Rzecznika Praw Pacjenta jeszcze w tym roku.



Beata Dziuk, Posłanka na Sejm RP, Przewodnicząca Parlamentarnej Podkomisji Stałej ds. Onkologii oraz Parlamentarnego Zespołu ds. Chorób Rzadkich

Przeciwdziałanie otyłości powinno stać się priorytetem w prewencji chorób metabolicznych i sercowo-naczyniowych. Od pojawienia się nadwagi zaczyna się nasza narodowa pielgrzymka do chorób z tej grupy. Musimy wypracować spójną i skuteczną nową strategię profilaktyki. Już dłużej nie da się połączyć reklam piwa przy ociekającym tłuszczem grillu ani opiewania preparatów dietetycznych z debatami o konieczności zdrowego odżywiania. Czas najwyższy przerwać to błędne koło i zakończyć fasadowe działania. Potrzebna jest spójna i skoordynowana kampania zdrowego stylu życia, znacznie skuteczniejsza niż kampania



antynikotynowa. Media muszą pogodzić się ze stratą zauważalnej części wpływów z reklam produktów powodujących choroby przewlekłe. Może warto część tych utraconych wpływów zrekompensować zwiększeniem zarobku z budżetowych kampanii prozdrowotnych? Niestety, rośnie dziś populacja osób z otyłością, mamy milionowe grupy pacjentów cierpiących na cukrzycę i choroby sercowo-naczyniowe. Ochrona zdrowia nie może pozostawić tych chorych bez pomocy i cieszę się, że w leczeniu cukrzycy kilka lat temu nastąpił przełom, a wzorce polskiej koordynowanej opieki nad pacjentami po zawale serca są doceniane w Europie i na świecie. Wierzę, że w najbliższym czasie będziemy skutecznie leczyć otyłość, choć moim zdaniem żadne osiągnięcia współczesnej medycyny nie zastąpią profilaktyki i edukacji prozdrowotnej. Proponuję pogodzić się z faktami: nie będziemy mniej pracować ani nie ograniczymy stresu cywilizacyjnego. Dwie trzecie życia spędzimy siedząc przy ekranach komputerów i smartfonów. Żywność w supermarkecie nie będzie od razu jakościowo lepsza niż teraz, a powietrze nie stanie się czystsze za dotknięciem czarodziejskiej różdżki zielonej energii. W takich warunkach, potrzebujemy „szkoły przetrwania”, której filarami będą profilaktyka i zdrowy styl życia.

Prof. Paweł Kowal, Poseł RP, Sejmowa Komisja Zdrowia, MRS

Badania nad śmiertelnością osób z powodu Covid-19 wykazują, że bardziej były i są narażone osoby z otyłością. Ryzyko śmierci w tym przypadku wzrastało sześciokrotnie. Dlatego też w kontekście pandemii powinniśmy zainicjować debatę na temat zdrowia Polaków oraz zmiany stylu życia obywateli na bardziej prozdrowotny. Podstawą takich zmian w społeczeństwie powinna być systematyczna, ciągła i wiarygodna edukacja prozdrowotna. Tak, jak postuluje od dawna Medyczna Racja Stanu, jak najszybciej powinna być wdrożona „Godzina dla zdrowia”. Nie zmienimy mentalności społeczeństwa bez bardzo dobrych produktów edukacyjnych. Mam taki pomysł, żeby zrobić przegląd podręczników obecnie obowiązujących oraz przegląd akcji informacyjnych, które były w ostatnich latach pod kątem przekazów prozdrowotnych. Dobrze byłoby zebrać informacje, czym jest edukacja zdrowotna, jakich tematów dotyczyła, abyśmy mieli ogólny ogląd sytuacji w całości. Byłby to również dobry materiał do przekonywania w kierunku pożądanых zmian. Jest to również pole do współpracy pomiędzy politykami, Ministerstwem Zdrowia i Ministerstwem Edukacji i Nauki. Szczerze mówiąc, nie wierzę w systemy zakazów i nakazów. Musimy zadbać o profilaktykę u osób, które są jeszcze zdrowe. Jednocześnie powinniśmy pomagać osobom już chorym. Dlatego tak ważny jest dostęp do skutecznych terapii w cukrzycy, w chorobie otyłościowej czy w chorobach układu krążenia. Musimy argumentować to nie tylko faktami medycznymi, ale także gospodarczymi.



Dr Jakub Gierczyński, Ekspert systemu ochrony zdrowia

Bardzo dziękuję wszystkim dotychczasowym współautorom raportów. Po każdym spotkaniu Medycznej Racji Stanu Państwa wypowiedzi spisujemy, autoryzujemy i umieszczamy w raporcie naukowym publikowanym na stronie internetowej Medycznej Racji Stanu (<https://medycznaracjastanu.pl/>). Obecnie jest opublikowanych trzynaście raportów naukowych ze spotkań Medycznej Racji Stanu. Jak mówił Pan Profesor Paweł Kowal „nauka ma najwyższy autorytet i on się sam obroni”.



W kontekście dzisiejszej debaty chciałbym zachęcić Państwa do nawiązywania w swoich działaniach do kluczowych dokumentów programowych ostatnio opublikowanych. Jest to przede wszystkim dokument „Zdrowa przyszłość. Ramy strategiczne rozwoju systemu ochrony zdrowia na lata 2021-2027, z perspektywą do 2030 r.”. Jest to kontynuacja „Policy Paper dla ochrony zdrowia na lata 2014-2020”. Planowana strategia dla systemu ochrony zdrowia w Polsce zakłada działania w czterech głównych wzajemnie zależnych obszarach: pacjenta, procesów, rozwoju i finansów. Celem strategii jest zapewnienie obywatelom równego i adekwatnego do potrzeb zdrowotnych dostępu do wysokiej jakości świadczeń zdrowotnych przez przyjazny, nowoczesny i efektywny system ochrony zdrowia. Efektem realizacji programu ma być wydłużenie życia i poprawa stanu zdrowia społeczeństwa. Obecnie w analizach epidemiologicznych coraz więcej uwagi przywiązuje się nie tylko do długości życia, lecz także do jego jakości. Niezbędne do tego jest zapewnienie odpowiedniej opieki medycznej poprawiającej zdrowotność obywateli. Następnym dokumentem jest „Polski Ład”, który zakłada przede wszystkim osiągnięcie 6% PKB finansowania publicznego systemu ochrony zdrowia w Polsce – co odpowiada kwocie ok. 160 mld. zł na zdrowie wydatkowanej w 2023 r. Zakłada on również uruchomienie programu badań profilaktycznych finansowany ze środków publicznych, połączonych z okresowymi badaniami w zakresie medycyny pracy. Zakłada rozszerzenie opieki ambulatoryjnej i zniesienie limitów przyjęć u specjalistów we wszystkich dziedzinach medycyny oraz skrócenie kolejek. Planuje rozwój i podwyższenie wynagrodzeń kadr medycznych. Fundusz Modernizacji Szpitali i Fundusz Medyczny ma prowadzić do unowocześniania i modernizacji infrastruktury oraz finansowaniu nowych terapii w onkologii i chorobach rzadkich. Zakłada wprowadzenie ustawy o jakości i bezpieczeństwie pacjenta, która pozwoli na każdym poziomie systemu ochrony zdrowia zaimplementować mechanizmy akredytacji, monitorowania jakości, płacenia za jakość oraz poprawę bezpieczeństwa pacjenta. Planowane jest uruchomienie Centrum Obsługi Pacjenta – pacjent.gov.pl, które stanowić będzie kompleksowe narzędzie obsługi oraz polepszy komunikację z pacjentem, co przełoży się również na poprawę jakości i dostępu świadczeń. Ponadto System Informacji Medycznej (SIM) będzie umożliwiał przekazywanie lekarzowi – za zgodą pacjenta – informacji o związanych z pacjentem zdarzeniach medycznych, a także jego elektronicznej dokumentacji dotyczącej zdrowia. Kolejnym modulem będą zapisy na wizytę u lekarza przez telefon i internet, co umożliwi łatwiejszą rejestrację do specjalistów, a także pozwoli na przesyłanie przypomnień SMS-owych o wizytach. Szpitale od tej pory będą działać na zasadzie trzech etapów kontaktu z pacjentem w ramach nocnej i świątecznej pomocy lekarskiej. Pierwszy poziom to wstępna diagnostyka i e-rejestracja pacjenta; drugi – sieć powiatowych ambulatoriów całodobowych, trzeci – interwencja karetki ratownictwa medycznego i transport do szpitalnego oddziału ratunkowego. Zostanie wprowadzona Krajowa Sieć Onkologiczna i Krajowa Sieć Kardiologiczna. Trzeci dokument - Krajowy Plan Odbudowy zakłada dofinansowanie rozwoju kadr medycznych, efektywności, dostępności i jakości systemu ochrony zdrowia w Polsce w latach 2021-2027 kwota ok. 20 mld zł. Przypomnijmy, że Polska przeznaczą 1 500 Euro PPP (paritetu siły nabywczej) na głowę mieszkańca, na ochronę zdrowia, gdy Czesi przeznaczają 2 300 Euro PPP, a średnia unijna wynosi 2 600 Euro PPP, więc w Polsce przeznaczamy 1 100 Euro PPP na głowę mieszkańca mniej. Nawet jeśli biorąc pod uwagę te optymistyczne z „Polskiego Ładu”, że w 2023 będzie 6% PKB przeznaczanych na zdrowie, czyli 160 miliardów złotych, to i tak brakuje nam do tych 9% sporo. Proszę Państwa, od adekwatnego do potrzeb zdrowotnych finansowania zależą wszystkie te zadania, o których dzisiaj mówiliśmy, czyli edukacja, profilaktyka, terapia, rehabilitacja, kadry, informatyzacja itd. Programy populacyjne są oczywiście wysoce kosztowo efektywne, ale trzeba w nie zainwestować duże kwoty. Alarmujący jest stan kadr medycznych. Szczególnie w aspekcie niedoboru lekarzy i pielęgniarek musimy rozwijać kadry pomocnicze, takie jak: asystenci opieki, sekretarki medyczne,

koordynatorzy opieki, edukatorzy zdrowotni. Przypomnę również, że za 43% zgonów Polaków odpowiadają choroby sercowo-naczyniowe. W Danii ten wskaźnik wynosi 23%, we Francji 24%, a w krajach o podobnym PKB: Grecji - 28% i Portugalii - 29%. Na przestrzeni dwudziestu lat (1999-2019) liczba zgonów z powodu chorób układu krążenia w Polsce zmalała o 3,6%, jednak pomimo tej pozytywnej tendencji nadal zabierają one najwięcej lat życia w zdrowiu. Przypomnę również, że w dokumencie „Zdrowa Przyszłość” stwierdzono, że w Polsce w 2019 r. najwięcej lat życia w zdrowiu utracono z powodu chorób układu krążenia (21% całkowitej wartości DALY), a na siódmym miejscu znalazła się cukrzyca i choroby nerek. Ponadto, w kolejnych latach przewiduje się dalsze wzrosty. Innymi słowy, kardiologia, cukrzyca i otyłość dalej powinny być traktowane priorytetowo w stanowieniu polityki zdrowotnej i finansowaniu publicznym świadczeń zdrowotnych.

4. Wnioski i Rekomendacje

| Wnioski | Rekomendacje |
|--|---|
| Choroby sercowo-naczyniowe, metaboliczne i otyłość stają się coraz większym wyzwaniem dla systemów ochrony zdrowia w Polsce i na świecie. | Optymalizacja modelu opieki nad grupą chorych z chorobami sercowo-naczyniowymi oraz metabolicznymi według współczesnych norm powinna polegać na dostępie do leczenia zgodnego ze standardami klinicznymi oraz na działaniach profilaktycznych, w tym na modyfikacji stylu życia i konsekwentnej edukacji zdrowotnej już od najmłodszych lat. Rekomendowane jest wprowadzenie „Godziny dla Zdrowia” do systemu nauczania w Polsce. |
| Na przestrzeni dwudziestu lat (1999-2019) liczba zgonów z powodu chorób układu krążenia (ChUK) zmalała o 3,6%, jednak pomimo tej pozytywnej tendencji nadal zabierają one najwięcej lat życia w zdrowiu. W 2019 r. choroba niedokrwienna serca była odpowiedzialna za 51% DALY dla ChUK. Na drugim miejscu uplasowały się udary, stanowiące 28% DALY, natomiast na trzecim – kardiomiopatie i zapalenie mięśnia sercowego, generujące 6% wartości wskaźnika. | Rekomendowane jest utrzymanie kardiologii jako głównego priorytetu zdrowotnego w Polsce oraz refundacja leków i wyrobów medycznych adekwatnie do potrzeb zdrowotnych Polaków. Jednocześnie należy wdrażać optymalizację modelu opieki w kierunku jej integracji i kompleksowości. |
| Empagliflozyna jest obecnie refundowana publicznie w terapii cukrzycy typu 2 w ściśle zdefiniowanych i ograniczonych wskazaniach refundacyjnych. | Rekomendowana jest refundacja publiczna empagliflozyny w nowym wskazaniu - leczeniu osób dorosłych z objawową przewlekłą niewydolnością serca z obniżoną frakcją wyrzutową (skurczową niewydolnością serca). |
| U osób z nieleczoną hipercholesterolemią, czyli długotrwałym podwyższonym stężeniem cholesterolu LDL występuje znacząco większe ryzyko zawału serca, | Rekomendowana jest refundacja publiczna inkisiranu u osób dorosłych z pierwotną hipercholesterolemią (heterozygotyczną hipercholesterolemią rodzinną i |

| | |
|--|--|
| <p>udarów mózgu czy choroby naczyń obwodowych (w tym amputacji kończyn dolnych). Hipercholesterolemia jest najważniejszym modyfikowalnym czynnikiem ryzyka chorób układu krążenia.</p> | <p>hipercholesterolemią wielogenową) lub dyslipidemią mieszaną, jako uzupełnienie diety.</p> |
| <p>Ostatnie lata przyniosły wiele zmian dla osób z cukrzycą, które w znaczącym stopniu wpływają na ograniczenie rozwoju powikłań tej choroby. Nowe grupy leków przeciwcukrzycowych, kolejne generacje insuliny pozwalają na istotną redukcję ryzyka występowania hipoglikemii oraz skuteczną kontrolę stężenia cukru glikemii, co wpływa w istotny sposób na prewencję poważnych zdarzeń kardiologicznych, okulistycznych, nefrologicznych, często wymagających hospitalizacji i poważnego leczenia. W 2019 r. odnotowano ok. 8 tys. zgonów z powodu cukrzycy, dla której liczba zgonów wzrastała od 2002 r. Ponadto, w kolejnych latach przewiduje się dalsze wzrosty. Szacuje się, że w 2028 r. liczba zgonów z powodu cukrzycy będzie wyższa o prawie 8% w porównaniu do sytuacji z 2019 r.</p> | <p>Rekomendowane jest utrzymanie leczenia cukrzycy jako głównego priorytetu zdrowotnego w Polsce oraz refundacja leków i systemów monitorowania cukrzycy adekwatnie do potrzeb zdrowotnych Polaków. Jednocześnie należy wdrażać optymalizację modelu opieki, w kierunku jej integracji i kompleksowości.</p> |
| <p>System do ciągłego pomiaru glikemii metodą skanowania (isCGM) umożliwi pacjentowi uzyskanie informacji o stężeniu glukozy i zmienności glikemii w ciągu doby. W Polsce system ciągłego monitorowania glikemii metodą skanowania jest refundowany dla dzieci i młodzieży z cukrzycą typu 1 do 18. roku życia.</p> | <p>Rekomendowane jest refundowanie systemu do ciągłego pomiaru glikemii metodą skanowania (isCGM) dla pacjentów z cukrzycą typu 1 leczonych metodą intensywnej insulinoterapii – do i po 26 r.ż. oraz dla kobiet w ciąży z cukrzycą ciążową i przedciążową.</p> |
| <p>Największą wartość terapeutyczną ma połączenie insulinoterapii za pomocą pomp insulinowych z systemem ciągłego monitorowania glikemii – w formule systemu zintegrowanego (SAP). Zintegrowane systemy umożliwiają poprawę wyrównania metabolicznego cukrzycy i zmniejszenie ryzyka hipoglikemii, równocześnie poprawiając jakość życia pacjentów. Obecnie 100% dzieci jest leczonych za pomocą pomp insulinowych oraz systemów CGM dzięki refundacji publicznej. Po ukończeniu 26</p> | <p>Rekomendowane jest refundowanie systemów zintegrowanych (SAP) dla pacjentów z cukrzycą typu 1 bez limitów wiekowych.</p> |

| | |
|---|--|
| lat kończy się możliwość stosowania CGM u wspomnianych pacjentów i automatycznie efektywność opieki telemedycznej spadnie. | |
| Semaglutyd jest refundowany publicznie u chorych z cukrzycą typu 2 przed włączeniem insuliny, leczonych co najmniej dwoma doustnymi lekami hipoglikemizującymi od co najmniej 6 miesięcy, z HbA1c \geq 8 %, z otyłością definiowaną jako BMI \geq 35 kg/m ² oraz bardzo wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym. Stosowanie semaglutylu istotnie wpływa na redukcję poziomu HbA1c i masy ciała w porównaniu zarówno z placebo, stosowanych razem z insuliną i metforminą, jak i inhibitorów SGLT-2. | Rekomendowane jest poszerzenie wskazania refundacyjnego dla semaglutylu na: cukrzyca typu 2, u pacjentów stosujących co najmniej dwa doustne leki hipoglikemizujące lub insulinę bazową w skojarzeniu z co najmniej jednym doustnym lekiem hipoglikemizującym, z HbA1c \geq 8%, z otyłością definiowaną jako BMI \geq 30 kg/m ² oraz z bardzo wysokim ryzykiem sercowo naczyniowym. |
| Lurazydon – lek antypsychotyczny jest refundowany publicznie w terapii schizofrenii u dorosłych pacjentów i charakteryzuje się on korzystnym profilem kardiometabolicznym i nie powoduje wydłużenia odcinka QT oraz nadmiernego przyrostu masy ciała. | Rekomendowana jest refundacja publiczna lurazydonu we wskazaniu: leczenie schizofrenii u młodzieży w wieku od 13. roku życia, w ramach istniejącej grupy limitowej. |
| Otyłość olbrzymia (BMI 40,0 lub więcej) występuje u 0,5 proc. mężczyzn i 0,4 proc. kobiet w Polsce. | Rekomendowane jest utrzymanie prewencji i terapii otyłości, jako priorytetu zdrowotnego oraz refundacja publiczna programu w zakresie kompleksowej opieki specjalistycznej nad pacjentami leczonymi z powodu otyłości olbrzymiej KOS-BAR na terenie całej Polski. |
| Bardzo ważnym aspektem w kontekście chorób populacyjnych, takich jak choroby sercowo-naczyniowe i metaboliczne jest bezpieczeństwo lekowe kraju, co jest szczególnie istotne w dobie COVID-19. | Rekomendowane jest zapewnienie polskim pacjentom leków opartych na API produkowanych na terenie UE, a szczególnie tych, których produkcja odbywa się w kraju. |

5. Kluczowe informacje przygotowane na debatę przez Medyczną Rację Stanu z zakresu terapii wybranych chorób sercowo-naczyniowych, metabolicznych i przeciwdziałania otyłości

System ciągłego pomiaru glikemii metodą skanowania (isCGM) w terapii cukrzycy

W 2018 roku blisko 3 miliony dorosłych Polaków było chorych na cukrzycę. Jak wskazują szacunki, jeśli obecna dynamika zachorowań nie ulegnie zmianie, to w 2030 roku w systemie NFZ będzie około 4,2 mln osób z cukrzycą (łącznie około 5,25 mln z osobami niezdiagnozowanymi). Według Narodowego

Instytutu Zdrowia Publicznego, całkowite koszty leczenia cukrzycy, rozumiane jako suma leczenia samej choroby i jej powikłań, wyniosły tylko w samym 2017 roku ponad 6 mld zł. Zaś według wyliczeń Instytutu Ochrony Zdrowia, aż 50% kosztów cukrzycy w naszym kraju to koszty leczenia powikłań – prawie 70% z nich związanych jest z układem sercowo-naczyniowym. Dodatkowo - w 2020 r. karetki pogotowia ratunkowego wyjeżdżały do osób chorych na cukrzycę 23 745 razy, co oznacza, że średnio w Polsce, co około 20 minut jedna osoba z cukrzycą wymaga interwencji zespołu ratunkowego.

Ostatnie lata przyniosły wiele zmian dla osób z cukrzycą, które w znaczącym stopniu wpływają na ograniczenie rozwoju powikłań tej choroby. Nowe grupy leków przeciwcukrzycowych, kolejne generacje insuliny pozwalają na istotną redukcję ryzyka występowania hipoglikemii oraz skuteczną kontrolę stężenia cukru glikemii, co wpływa w istotny sposób na prewencję poważnych zdarzeń kardiologicznych, okulistycznych, nefrologicznych, często wymagających hospitalizacji i poważnego leczenia. Bez wątplenia jednak najistotniejsza zmiana życia pacjentów z cukrzycą stała się możliwa dzięki coraz powszechniejszemu stosowaniu nowoczesnych rozwiązań technologicznych, takich jak systemy ciągłego monitorowania glikemii. 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 sczytane z niego przy pomocy czytnika lub smartfona z odpowiednią aplikacją.

W Polsce system ciągłego monitorowania glikemii metodą skanowania jest refundowany dla dzieci i młodzieży z cukrzycą typu 1 do 18. roku życia. Na refundację czekają kolejne grupy chorych, także dorosłych, w tym kobiety w ciąży. W ostatnich dniach ukazało się Rozporządzenie Ministra Zdrowia, które umożliwia stosowanie systemu również u pacjentów pediatryczną z cukrzycą typu 3 (cukrzyca wtórna, pojawia się wskutek istnienia u pacjenta innych schorzeń). Przyczyną cukrzycy typu 3 może być wiele różnorodnych patologii, takich jak np.: mukowiscydoza, choroby trzustki, różne zaburzenia endokrynologiczne, choroby nowotworowe lub schorzenia metaboliczne. W sierpniu 2021 r. ukazał się raport pt. „System ciągłego monitorowania glikemii metodą skanowania 2021. Dostępność w Polsce – stan obecny i konieczne kierunki zmian” wskazujący, jak wiele MZ już zrobiło oraz w jakim kierunku warto, aby zmiany szły dalej.⁷ Autorzy raportu – klinicyści i eksperci systemowi, podkreślają rolę i znaczenie monitorowania glikemii dla zdrowia i bezpieczeństwa pacjentów. 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

⁷ <https://diabetyk.org.pl/wp-content/uploads/2021/06/Raport-glikemia-final.pdf>

powikłania u ciężarnej to: nadciśnienie, zrzucawka, która prowadzi do śpiączki i być bezpośrednią przyczyną zgonu oraz konieczność porodu drogą cięcia cesarskiego.

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. Najbardziej przekonujących dowodów na zasadność ich szerokiego stosowania dostarczają nam doświadczenia z trwającego nadal okresu pandemii COVID-19. Jak szybko wykazały obserwacje kliniczne zakażenia koronawirusem u osób z cukrzycą wiązały się ze znacząco wyższym ryzykiem ciężkiego przebiegu choroby, hospitalizacji na oddziałach intensywnej terapii, a także zgonu. 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.

Systemy monitorowania mają udowodnioną skuteczność i bezpieczeństwo – przeprowadzono szereg badań klinicznych, które podkreślają ich wartość w praktyce klinicznej. Opublikowana w 2021 roku pierwsza kompleksowa analiza danych RWE (ang. Real World Evidence), obejmująca populację polskich pacjentów z cukrzycą, jednoznacznie potwierdza, iż pacjenci w Polsce zdecydowanie pełniej wykorzystują możliwości jakie daje ciągłe monitorowanie glikemii niż populacja ogólnoswiatowa – skanują się częściej (21,4 skany vs 13,4 skany w ciągu doby) dzięki czemu uzyskują lepszą kontrolę glikemii niż w populacji światowej. Nowoczesne technologie i telemedycyna w diabetologii to rozwiązania gotowe do zastosowania i efektywne kosztowo. Wyniki opublikowanego w czerwcu br. dużego retrospektywnego badania RELIEF, opartego na francuskich danych rejestrowych, jednoznacznie wskazują, iż u pacjentów wykorzystujących systemy monitorowania nastąpiła znamienna redukcja liczby ich hospitalizacji, w tym związanych m.in. z ostrymi powikłaniami cukrzycy (redukcja w cukrzycy typu 1 o 49 %, a w cukrzycy typu 2 o 39,4 %), kwasimą ketonową czy śpiączką cukrzycową.

Zintegrowane systemy w optymalizacji terapii cukrzycy typu 1

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.

Optymalizacja kontroli glikemii zmniejsza ryzyko rozwoju i progresji przewlekłych powikłań cukrzycy. Badania eksperymentalne i randomizowane badania kliniczne wskazują, że optymalizacja kontroli glikemii zmniejsza ryzyko rozwoju i progresji przewlekłych nerwowo-naczyniowych powikłań cukrzycy. Opublikowane w 1993 r. wyniki badania DCCT stały się wyznacznikiem dla docelowej wartości HbA1c u osób z cukrzycą. Zdefiniowanie celu terapeutycznego dla HbA1c $\leq 7\%$ oparte było na stwierdzonej przy takich jej wartościach, redukcji ryzyka rozwoju i progresji powikłań mikroangiopatycznych charakterystycznych dla cukrzycy. Istnieją dowody naukowe wskazujące, że duże dobowe wahania

glikemii sprzyjają rozwojowi i progresji powikłań nerwowo-naczyniowych. Cukrzyca typu 1 niesie za sobą również ryzyko ostrych powikłań w postaci hiper- i hipoglikemii. Występowaniu tych powikłań, zwłaszcza hipoglikemii, towarzyszyć może jej nieświadomość i zniesienie objawów prodromalnych, co w konsekwencji może prowadzić do tragicznych następstw.

Kontrola i redukcja epizodów hipoglikemii jest kluczowa w opiece diabetologicznej. Hipoglikemia i jej nieświadomość, jest główną barierą w uzyskaniu wyrównania metabolicznego. Hipoglikemia jest najpoważniejszą przeszkodą w leczeniu pacjentów z cukrzycą typu 1.⁸ Hipoglikemia została uznana za największą pojedynczą przeszkodę w osiągnięciu i utrzymaniu dobrego wyrównania glikemii.⁹ Ponad 50% pacjentów z DMT1 ma przynajmniej 1 epizod hipoglikemii każdej nocy.¹⁰ Średnio u każdego pacjenta występują 2 pełnoobjawowe epizody hipoglikemii na tydzień i 1 epizod ciężkiej hipoglikemii na rok.¹¹ Nieświadomość hipoglikemii jest jedną z głównych przyczyn nawracających ciężkich niedocukrzeń z utratą przytomności. Bardzo istotnym problemem podczas terapii pacjentów z cukrzycą typu 1 są hipoglikemie nocne, które w większości przypadków nie wybudzają ich ze snu.¹²

Zintegrowane systemy pompa insulinowa z CGM, umożliwiają poprawę wyrównania metabolicznego cukrzycy i zmniejszenie ryzyka hipoglikemii, równocześnie poprawiając jakość życia pacjentów. Szczególnie dobre wyniki leczenia można uzyskać stosując systemy CGM zintegrowane z osobistą pompą insulinową, co ma ogromne znaczenie dla chorych z nieświadomością hipoglikemii oraz w prewencji niedocukrzeń nocnych. Firma Medtronic jest światowym liderem w obszarze opracowywania i wdrażania innowacyjnych technologii, terapii i usług medycznych w celu zapewniania bezpieczeństwa, skuteczności leczenia oraz podnoszenia jakości życia pacjentów, w tym pacjentów z cukrzycą. Poprzez opracowanie i wprowadzanie do użytku kolejnych generacji pomp insulinowych oraz systemów CGM (Ciągłego Monitorowania Glukozy), coraz bardziej przybliża medycynę do momentu opracowania w pełni automatycznej zamkniętej pętli (diabetologicznej sztucznej trzustki). Jak wiemy cukrzyca typu pierwszego wymaga stałego podawania insuliny, adekwatnego do stale zmieniającego się poziomu stężenia glukozy we krwi. Jeszcze niedawno odbywało się to przy pomocy zastrzyków i na podstawie pojedynczych pomiarów z glukometru. Metody te zostały zastąpione przez pompy insulinowe i systemy ciągłego monitorowania glikemii (CGM). Najpierw jako systemy osobne potem już zintegrowane w jednym małym urządzeniu. Dalszy postęp i kolejne generacje pomp insulinowych oraz systemów ciągłego monitorowania glikemii (CGM), opracowanych przez inżynierów Medtronic, doprowadziły terapię cukrzycy typu pierwszego, do niemalże pełnej automatyzacji, podobnie jak to się odbywa w zdrowej trzustce (system MiniMed™ 780G z algorytmem SmartGuard™).

Systemy zintegrowane jako skuteczne narzędzia telemedyczne w codziennej praktyce lekarzy i pacjentów. Równocześnie firma od lat rozwija funkcjonalność swoich technologii w kierunku telemedycznym, poprzez umożliwienie pacjentowi pobranie i analizę danych dotyczących terapii z własnego urządzenia do specjalnego oprogramowania CareLink™ Personal, a następnie przesłanie tych danych lekarzowi prowadzącemu poprzez Internet. Wszystko może odbyć się z domu, pracy, podczas podróży czy wakacji, w dowolnym miejscu i czasie, wystarczy, aby był Internet. Na tej podstawie, również bez konieczności odbywania tradycyjnej wizyty, lekarz może w swoim gabinecie, w programie

⁸ Ly TT et al. JAMA. 2013;310:1240-47

⁹ Pickup JC. NEJM. 2012;366:1616-24

¹⁰ Raju B, Arbelaez AM, Breckenridge SM, Cryer PE. Nocturnal hypoglycemia in type 1 diabetes: an assessment of preventive bedtime treatments. J Clin Endocrinol Metab. 2006;91(6):2087-2092

¹¹ Cryer PE. The barrier of hypoglycemia in diabetes. Diabetes. 2008 Dec; 57(12):3169-76

¹² Systemy ciągłego monitorowania glikemii w czasie rzeczywistym u pacjentów z cukrzycą typu 1. Raport Grupy Ekspertów. Warszawa 2020

CareLink™ System, mieć pełny wgląd w historię leczenia oraz aktualne wyniki i zwrotnie, również zdalnie, zalecić niezbędne wskazówki lub modyfikacje. W ramach dalszego rozwoju funkcjonalności telemedycznych urządzeń, firma Medtronic wprowadziła rozwiązania umożliwiające połączenie pomp insulinowych oraz systemów CGM ze specjalnymi aplikacjami na smartfony (MiniMed™ Mobile, Guardian™ Connect). Dzięki temu wszystkie wyniki oraz alarmy, powiadomienia, trendy, wykresy pacjent może oglądać na swoim smartfonie, w sposób intymny bez konieczności ściągania ubrania czy wyciągania urządzenia, co ma znaczenie zwłaszcza w miejscach publicznych. Dzięki połączeniu ze smartfonem, pacjent może w pełni monitorować terapię w każdej chwili np. w pracy, w szkole, w autobusie, na rowerze, czy na nartach, a rodzice mogą śledzić na ekranie swojej komórki co dzieje się aktualnie z ich dzieckiem w przedszkolu, szkole czy na obozie sportowym. Równocześnie wszystkie informacje mogą być przesłane w czasie rzeczywistym do Partnera Terapii, którym może być również lekarz prowadzący (CareLink™ Connect, CareLink™ System). Na tej podstawie może być zlecona przez lekarza i przeprowadzona przez np. Zespół Medtronic edukacja pacjenta. Odbывается to również w formie on-line poprzez różne szkolenia, webinaria oraz symulatory urządzeń on-line, jak również poprzez wsparcie całodobowej Infolinii Medtronic. To już jest telemedycyna. Pozytywne doświadczenia z wykorzystaniem systemów zintegrowanych w telemedycynie w okresie pandemii Covid-19. Dzięki takim rozwiązaniom i polskim dużym doświadczeniom z prowadzeniem terapii z wykorzystaniem powyższych technologii, system był przygotowany do szybkiego przeorganizowania się do świadczenia e-porad (e-wizyt) oraz do pełnego wsparcia pacjentów i lekarzy podczas pandemii COVID-19 i związanych z nią ograniczeniami. Wprowadzone rozwiązania znacząco przyczyniły się również do optymalizacji czasu pracy profesjonalistów z pełnym wykorzystaniem ich kompetencji zawodowych. Potwierdzenie tych faktów stwierdzono w licznych badaniach i artykułach na ten temat publikowanych w światowej literaturze medycznej. Systemy zintegrowane Medtronic funkcjonują w obrębie 5 filarów skutecznych rozwiązań telemedycznych. Technologie i rozwiązania firmy Medtronic aktualnie dostępne dla pacjentów i ośrodków medycznych w Polsce, z powodzeniem funkcjonują w telemedycznej opiece zdrowotnej z zakresu diabetologii wykazując współdziałanie w obszarze pięciu filarów: powszechnie dostępna i wysokiej jakości teleporada; wartościowe dane uzyskane z wyrobów medycznych; znajomość historii pacjenta w systemie ochrony zdrowia relewantna dla jego przypadku klinicznego; zapewnienie pacjentowi skutecznej edukacji; optymalizacja czasu pracy profesjonalistów medycznych z uwzględnieniem ich kompetencji zawodowych.

Semaglutyd we wskazaniu: cukrzyca typu 2, u pacjentów stosujących co najmniej dwa doustne leki hipoglikemizujące lub insulinę bazową w skojarzeniu z co najmniej jednym doustnym lekiem hipoglikemizującym, z HbA1c \geq 8%, z otyłością definiowaną jako BMI \geq 30 kg/m² oraz z bardzo wysokim ryzykiem sercowo naczyniowym

W Rekomendacji nr 14/2021 z dnia 12 lutego 2021 r. Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w sprawie oceny leku semaglutyd we wskazaniu: cukrzyca typu 2, u pacjentów stosujących co najmniej dwa doustne leki hipoglikemizujące lub insulinę bazową w skojarzeniu z co najmniej jednym doustnym lekiem hipoglikemizującym, z HbA1c \geq 8%, z otyłością definiowaną jako BMI \geq 30 kg/m² oraz z bardzo wysokim ryzykiem sercowo naczyniowym zdefiniowanym jako: potwierdzona choroba sercowo-naczyniowa lub uszkodzenie innych narządów objawiające się poprzez: białkomocz lub przerost lewej komory, lub retinopatię, lub obecność 2 lub więcej głównych czynników ryzyka spośród wymienionych poniżej: wiek \geq 55 lat dla mężczyzn, \geq 60 lat dla kobiet, dyslipidemia,

nadciśnienie tętnicze, palenie tytoniu Prezes Agencji rekomenduje objęcie refundacją tego produktu leczniczego.¹³ Wskazanie, którego dotyczy zlecenie zawiera się we wskazaniu rejestracyjnym produktu leczniczego semaglutyd, jednocześnie lek ten znajduje się aktualnie na liście leków refundowanych i jest finansowany (w węższej niż wnioskowana) populacji chorych z cukrzycą typu 2 przed włączeniem insuliny, leczonych co najmniej dwoma doustnymi lekami hipoglikemizującymi od co najmniej 6 miesięcy, z HbA1c $\geq 8\%$, z otyłością definiowaną jako BMI ≥ 35 kg/m² oraz bardzo wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym. Pod uwagę wzięto także wyniki analizy klinicznej, które wskazują, iż stosowanie semaglutydu u pacjentów z cukrzycą typu 2 istotnie wpływa na redukcję poziomu HbA1c i masy ciała w porównaniu zarówno do placebo, stosowanych razem z insuliną i metforminą, jak i inhibitorów SGLT-2. W opinii ujęto również, że większość odnalezionych wytycznych klinicznych zaleca zastosowanie agonistów receptora GLP-1 przy otyłości pacjentów, a także w przypadku współwystępującej choroby sercowo-naczyniowej lub ryzyku wystąpienia takich chorób. Agoniści receptora GLP-1 w odnalezionych zaleceniach znajdują miejsce także na dalszych etapach leczenia: w terapii dwulekowej, trójlekowej oraz insulinoterapii prostej i złożonej.

Semaglutyd, który pełni rolę agonisty receptora GLP-1 selektywnie wiąże się z receptorem GLP-1 aktywując go, podobnie jak natywny GLP-1. GLP-1 to fizjologiczny hormon o wielorakim działaniu w zakresie regulowania apetytu i stężenia glukozy oraz czynności układu sercowo-naczyniowego. Jego wpływ na stężenie glukozy i apetyt jest związany z receptorami GLP-1 znajdującymi się w trzustce i mózgu. Zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego (ChPL) semaglutyd jest wskazany do stosowania u dorosłych z niedostatecznie kontrolowaną cukrzycą typu 2 łącznie z odpowiednią dietą i wysiłkiem fizycznym w monoterapii, u pacjentów, u których stosowanie metforminy jest niewskazane ze względu na nietolerancję lub istniejące przeciwwskazania oraz w skojarzeniu z innymi produktami leczniczymi stosowanymi w leczeniu cukrzycy. Wnioskowane wskazanie zawiera się we wskazaniu rejestracyjnym. Wg. wyników badania SUSTAIN 5 wśród pacjentów z cukrzycą typu 2 w grupach SEM 0,5 mg i 1 mg stosowanych razem z MET i INS po 30 tygodniach leczenia obserwowano statystycznie istotną większą redukcję poziomu hemoglobiny glikowanej: HbA1c, stężenia glukozy na czczo w osoczu: FPG, stężenia glukozy w osoczu wg samodzielnego pomiaru: SMPG, masy ciała, wskaźnika BMI i obwodu talii oraz większą redukcję skoków glikemii po posiłku w porównaniu do grupy otrzymującej PLA razem z MET i INS; w grupie SEM 1 mg stosowanym razem z MET i INS po 30 tygodniach leczenia obserwowano również statystycznie istotny większy wzrost częstości rytmu serca i statystycznie istotną większą redukcję wartości ciśnienia skurczowego (SBP) w porównaniu do grupy otrzymującej PLA razem z MET i INS

Empagliflozyna w leczeniu niewydolności serca z obniżoną frakcją wyrzutową

Niewydolność serca często jest powiązana z innymi schorzeniami z obszaru sercowo-nerkowo-metabolicznego, takimi jak cukrzyca typu 2 i choroba nerek. Ze względu na wzajemne powiązania tych

¹³ Rekomendacja nr 14/2021 z dnia 12 lutego 2021 r. Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w sprawie oceny leku Ozempic (semaglutyd) we wskazaniu: cukrzyca typu 2, u pacjentów stosujących co najmniej dwa doustne leki hipoglikemizujące lub insulinę bazową w skojarzeniu z co najmniej jednym doustnym lekiem hipoglikemizującym, z HbA1c $\geq 8\%$, z otyłością definiowaną jako BMI ≥ 30 kg/m² oraz z bardzo wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym zdefiniowanym jako: potwierdzona choroba sercowo-naczyniowa lub uszkodzenie innych narządów objawiające się poprzez: białkomocz lub przerost lewej komory, lub retinopatię, lub obecność 2 lub więcej głównych czynników ryzyka spośród wymienionych poniżej: wiek ≥ 55 lat dla mężczyzn, ≥ 60 lat dla kobiet, dyslipidemia, nadciśnienie tętnicze, palenie tytoniu

https://bipold.aotm.gov.pl/assets/files/zlecenia_mz/2020/298/REK/Rekomendacja_nr%2014_2021_Ozempic.pdf

układów poprawa w zakresie jednego układu może prowadzić do pozytywnych rezultatów w zakresie pozostałych. Niewydolność serca jest bardzo częstym i ciężkim powikłaniem zawału serca i występuje wówczas, gdy serce nie jest w stanie pompować wystarczającej ilości krwi do pozostałych części ciała.^{14,15} Istnieją dwie postacie tej choroby: niewydolność serca z obniżoną frakcją wyrzutową oznacza, że serce nie jest w stanie normalnie się kurczyć, natomiast zachowana frakcja wyrzutowa oznacza, że serce nie jest w stanie prawidłowo napełniać się krwią. U osób z niewydolnością serca często występuje duszność i uczucie zmęczenia, co może mieć poważny wpływ na jakość ich życia.^{16,17} Niewydolność serca jest główną przyczyną hospitalizacji w Europie i przewiduje się, że częstość występowania niewydolności serca będzie rosła w miarę starzenia się populacji.¹⁸

Empagliflozyna została zatwierdzona po raz pierwszy w maju 2014 r. do stosowania w leczeniu osób dorosłych z niewystarczająco kontrolowaną cukrzycą typu 2. W Polsce ten lek jest refundowany publicznie we wskazaniu: Cukrzyca typu 2, u pacjentów przed włączeniem insuliny, leczonych co najmniej dwoma doustnymi lekami hipoglikemizującymi od co najmniej 6 miesięcy, z HbA1c \geq 8 % oraz bardzo wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym rozumianym jako: 1) potwierdzona choroba sercowo-naczyniowa, lub 2) uszkodzenie innych narządów objawiające się poprzez: białkomocz lub przerost lewej komory lub retinopatię, lub 3) obecność 3 lub więcej głównych czynników ryzyka spośród wymienionych poniżej: -wiek \geq 55 lat dla mężczyzn, \geq 60 lat dla kobiet, -dyslipidemia, -nadciśnienie tętnicze, -palenie tytoniu, otyłość.

Komisja Europejska wydała pozwolenie na dopuszczenie empagliflozyny do obrotu, jako leku stosowanego w leczeniu osób dorosłych z objawową przewlekłą niewydolnością serca z obniżoną frakcją wyrzutową (skurczową niewydolnością serca).¹⁹ Rozszerzenie wskazań do stosowania empagliflozyny nastąpiło po wydaniu pozytywnej rekomendacji przez Komitet ds. Produktów Leczniczych Stosowanych u Ludzi (CHMP) w dniu 20 maja 2021 r. Dopuszczenie do obrotu jest oparte na wynikach badania EMPEROR-Reduced, w którym wykazano, że empagliflozyna doprowadziła do istotnego zmniejszenia (o 25%) ryzyka zgonu z przyczyn sercowo-naczyniowych lub hospitalizacji z powodu niewydolności serca w porównaniu z placebo. Wyniki dotyczące pierwszorzędnego punktu końcowego były spójne w podgrupach pacjentów z cukrzycą typu 2 i bez cukrzycy typu 2. Analiza drugorzędowego punktu końcowego wykazała, że empagliflozyna zmniejszyła ryzyko względne pierwszej i kolejnej hospitalizacji z powodu niewydolności serca o 30 proc. oraz znacznie spowalnia pogarszanie się czynności nerek. Empagliflozyna była pierwszym inhibitorem SGLT2, który wykazał działanie ochronne na układ sercowo-naczyniowy i poprawę parametrów sercowo-naczyniowych u pacjentów z cukrzycą typu 2. Program badań klinicznych EMPEROR (EMPagliflozin outcomE tRial in patients with chrOnic heaRt failure) obejmuje dwa randomizowane badania III fazy, prowadzone

¹⁴ Amerykańskie Towarzystwo Kardiologiczne. What is Heart Failure? Dostępne na stronie: <https://www.heart.org/en/health-topics/heart-failure/what-is-heart-failure> Dostęp: czerwiec 2021 r

¹⁵ Anderson JL, Morrow DA. Acute Myocardial Infarction. N Engl J Med. 2017;376:2053-64.

¹⁶ Calvert MJ, Freemantle N, Cleland JGF. The impact of chronic heart failure on health-related quality of life data acquired in the baseline phase of the CARE-HF study. Eur J Heart Fail. 2005;7(2):243-51.

¹⁷ Amerykańskie Towarzystwo Kardiologiczne. Warning Signs of Heart Failure. Dostępne na stronie: <https://www.heart.org/en/health-topics/heart-failure/warning-signs-of-heart-failure> Dostęp: czerwiec 2021 r.

¹⁸ Cowie M, Anker S, Cleland J i wsp. Improving care for patients with acute heart failure: before, during and after hospitalization. ESC Heart Fail. 2014;1(2):110-45.

¹⁹ Komitet ds. Produktów Leczniczych Stosowanych u Ludzi (CHMP). Podsumowanie opinii na temat empagliflozyny (po wydaniu zezwolenia na dopuszczenie do obrotu). Dostępne na stronie:

https://www.ema.europa.eu/en/documents/smpoc/chmp-post-authorisation-summary-positive-opinion-jardiance-ii-55_en.pdf Dostęp: czerwiec 2021 r.

metodą podwójnie ślepej próby, mające na celu ocenę stosowania empagliflozyny w porównaniu z placebo u osób dorosłych z przewlekłą niewydolnością serca z zachowaną lub obniżoną frakcją wyrzutową, ze współistniejącą cukrzycą bądź bez tej choroby, którzy są leczeni zgodnie z aktualnie obowiązującymi standardami. Badanie EMPEROR-Reduced oceniło bezpieczeństwa stosowania i skuteczności empagliflozyny u osób z przewlekłą niewydolnością serca z obniżoną frakcją wyrzutową (HF_rEF). Pierwszorzędowy punkt końcowy to czas do wystąpienia pierwszego z następujących zdarzeń: potwierdzony zgon z przyczyn sercowo-naczyniowych lub potwierdzona hospitalizacja z powodu niewydolności serca. Liczba pacjentów objętych badaniem – 3 730.²⁰ Badanie EMPEROR-Preserved oceniało bezpieczeństwa stosowania i skuteczności empagliflozyny u pacjentów z przewlekłą niewydolnością serca z zachowaną frakcją wyrzutową (HF_pEF). Dowodzi, że empagliflozyna jest pierwszą terapią wykazującą statystycznie istotną poprawę wyników w zakresie niewydolności serca u osób dorosłych z zachowaną frakcją wyrzutową. Pełne wyniki przełomowego badania III fazy EMPEROR-Preserved wskazują, że empagliflozyna zapewnia bezprecedensową, 21-procentową redukcję ryzyka względnego wystąpienia złożonego pierwszorzędowego punktu końcowego w postaci zgonu z przyczyn sercowo-naczyniowych lub hospitalizacji z powodu niewydolności serca u dorosłych pacjentów z niewydolnością serca z zachowaną frakcją wyrzutową (HF_pEF) w porównaniu z placebo.²¹ Korzyść ta była niezależna od frakcji wyrzutowej i występowania cukrzycy, co potwierdza, że empagliflozyna jest pierwszą i jedyną terapią przynoszącą znaczną poprawę wyników leczenia u pełnego spektrum pacjentów z niewydolnością serca. Wyniki przedstawiono na Kongresie Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego (ESC) 2021 i opublikowano w czasopiśmie *The New England Journal of Medicine*. Analizy podstawowego drugorzędowego punktu końcowego w ramach badania wykazały, że empagliflozyna zmniejsza także o 27 proc. ryzyko względne pierwszej i kolejnej hospitalizacji z powodu niewydolności serca oraz znacznie spowalnia pogarszanie się czynności nerek. W przypadku osób z niewydolnością serca z zachowaną frakcją wyrzutową, jak dotąd nie istnieją metody leczenia o potwierdzonych korzyściach klinicznych, które mogłyby przynieść istotną poprawę. Te wyniki niosą ze sobą nadzieję dla milionów osób z niewydolnością serca z zachowaną frakcją wyrzutową. Korzyść w zakresie pierwszorzędowego punktu końcowego została uzyskana we wszystkich podgrupach pacjentów - mężczyzn i kobiet, z cukrzycą i bez, niezależnie od frakcji wyrzutowej i poziomu czynności nerek. Świadczy to o szerokim zakresie skuteczności empagliflozyny i jej potencjalnego działania. Liczba pacjentów objętych badaniem: 5 989.²²

Najnowsze wytyczne kliniczne pt. „2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure” przedstawiają zalecenia diagnostyki i terapii chorych z niewydolnością serca (HF) zgodnie z najlepszymi dostępnymi dowodami naukowymi.²³ Nowe rekomendacje wyznaczają początek ery, w której na pierwszy plan wychodzi profilowanie i personalizowanie wdrażanych terapii. Co prawda mamy całą grupę nowych cząsteczek oraz poszerzone wskazania do stosowania leków wdrożonych wcześniej (w 2016 roku), rewolucję przynosi jednak to, w jaki sposób te leki mają być stosowane. Interwencje odnoszą się nie tylko do etiologii choroby, ale także do ważnych elementów

²⁰ ClinicalTrials.gov. EMPagliflozin outcomE tRial in Patients With chrOnic heaRt Failure With Reduced Ejection Fraction (EMPEROR-Reduced). Dostępne na stronie: <https://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT03057977> Dostęp: czerwiec 2021 r

²¹ Packer M, Anker SD, Butler J i wsp. Cardiac and Renal Outcomes With Empagliflozin in Heart Failure With a Reduced Ejection Fraction. *N Engl J Med*. 2020;383:1413–24.

²² ClinicalTrials.gov. EMPagliflozin outcomE tRial in Patients With chrOnic heaRt Failure With Preserved Ejection Fraction (EMPEROR-Preserved). Dostępne na stronie: <https://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT03057951> Dostęp: czerwiec 2021

²³ 2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure.

<https://www.escardio.org/Guidelines/Clinical-Practice-Guidelines/Acute-and-Chronic-Heart-Failure>

klinicznych, takich jak ciśnienie tętnicze krwi, częstość akcji serca, obecność migotania przedsionków, obecność przewlekłej choroby nerek, hiperkaliemii czy w końcu obecność zastoju. Sprofilowane spojrzenie pozwala dobrać w możliwie najlepszy sposób terapię. Nowe wytyczne proponują jednoczesowe wejście z fundamentalnymi terapiami, oczywiście biorąc pod uwagę profil pacjenta.²⁴

Inklisiran w terapii chorych z pierwotną hipercholesterolemią oraz dyslipidemią mieszaną

Choroby układu krążenia od wielu lat są głównym zabójcą Polaków - stanowią aż 43.3% wszystkich zgonów w naszym kraju. Znacząco większe ryzyko wystąpienia chorób układu krążenia występuje u osób z nieleczoną hipercholesterolemią, czyli długotrwałym podwyższonym stężeniem cholesterolu LDL. Hipercholesterolemia w większości przypadków przebiega bezobjawowo, aż do momentu pojawienia się pierwszego incydentu sercowo – naczyniowego, jak zawał serca, udar mózgu, czy choroba naczyń obwodowych (w tym amputacja kończyn dolnych). Hipercholesterolemia jest najważniejszym modyfikowalnym czynnikiem ryzyka chorób układu krążenia. Podstawą w leczeniu hipercholesterolemii jest modyfikacja stylu życia. W przypadku nieuzyskania docelowego stężenia LDL-C, mimo zmiany stylu życia, farmakoterapię z wyboru stanowią statyny, następnie statyny w skojarzeniu z ezetimibem. Badania pokazują, że zbyt wysoki poziom cholesterolu całkowitego (co najmniej 190 mg/dl) ma 61 proc. naszego społeczeństwa, czyli 18 mln osób w wieku 18-79 lat. Większość z nich jest nieświadoma swojego stanu zdrowia (ponad 60 proc.), ponieważ nie bada regularnie poziomu cholesterolu. 15 proc. osób leczy się nieskutecznie - często dlatego, że nie zażywa przepisanych leków. Zaledwie 6% pacjentów jest świadomych swojej choroby i stosuje leczenie pozwalające na osiągnięcie docelowych wartości lipidogramu.

Wg. najnowszych „Wytycznych PTL/KLRWP/PTK/PTDL/PTD/PTNT diagnostyki i leczenia zaburzeń lipidowych w Polsce 2021” zaburzenia lipidowe wciąż stanowią wyzwanie diagnostyczne, ale przede wszystkim terapeutyczne. Dotyczy to zarówno właściwej oceny ryzyka pacjentów, włączenia odpowiedniego leczenia, problemów z jego adherencją, ale także problemów z tak ważnym leczeniem niefarmakologicznym – dietą, redukcją masy ciała, czy regularnym wysiłkiem fizycznym. Nie można także umniejszać znaczenia inercji terapeutycznej, czy to polegającej na niewłaściwie dobranej terapii (najczęściej brakiem intensywnego leczenia statynami, czy jeszcze rzadziej leczenia skojarzonego), czy wręcz na błędach polegających na zmniejszeniu dawki czy odstawieniu terapii po uzyskaniu celu terapeutycznego. Ostatnie kilka lat to całkowita zmiana podejścia do samego leczenia pacjentów wysokiego ryzyka chorób sercowo-naczyniowych, z nastawieniem nie na leczenie konkretnego czynnika ryzyka (glukocentryczność, czy lipidocentryczność), ale na skuteczną diagnostykę, monitorowanie i leczenie wszystkich czynników ryzyka i ogólnego ryzyka chorób sercowo-naczyniowych i chorób współistniejących, z poskreślaniem roli ryzyka rezydualnego, aż wreszcie na intensywność stosowanej terapii. W przypadku zaburzeń lipidowych obecnie jest rekomendacja intensywnego leczenia hipolipemizującego (nie tylko intensywnego leczenia statynami, jak to było przez lata), tak by u pacjentów osiągać jak najniższe stężenie cholesterolu LDL, ale także by jak najszybciej osiągać cel terapeutyczny oraz utrzymywać go jak najdłużej, najlepiej przez całe życie, ponieważ wówczas mamy szansę na redukcję ryzyka incydentów sercowo-naczyniowych nawet u co 2 pacjenta (50-55%). Zaburzenia gospodarki lipidowej są najbardziej rozpowszechnionym czynnikiem

²⁴ Indywidualizacja podejścia. Prof. J. Nessler. <https://kardiologia.mp.pl/wytyczne/esc/ostra-niewydolnosc-serca/278469,indywidualizacja-podejscia>

ryzyka sercowo-naczyniowego, co potwierdzono również w polskich badaniach przesiewowych. Pomimo stałej edukacji lekarzy i pacjentów oraz dostępności zróżnicowanych terapii hipolipemizujących, skuteczność wykrywania i leczenia dyslipidemii wciąż pozostaje w Polsce na niesatysfakcjonującym poziomie. W zależności od doboru próby badawczej, częstość występowania dyslipidemii w Polsce szacowana jest na 60-80% osób w populacji powyżej 18 r.ż. Mimo odnotowanych w Polsce w latach 1990-2017 zmian w rozpowszechnieniu chorób sercowo-naczyniowych i czynników ich ryzyka (w tym zaburzeń lipidowych), różnice pomiędzy Polską a Europą Zachodnią nadal pozostają bardzo duże. W Polsce, podobnie jak w innych krajach europejskich, nadal istnieją rozbieżności między obowiązującymi wytycznymi klinicznymi (2020) a praktyką kliniczną w zakresie rozpoznawania i leczenia zaburzeń lipidowych – tylko co 3 w Europie a w Polsce co 4 osiąga cel terapeutyczny, tylko 18% w Europie, w Polsce 17%, a w krajach Europy Środkowo-Wschodniej tylko 13% osiąga cel terapeutyczny dla pacjentów bardzo wysokiego ryzyka (<55 mg/dl/<1,4 mmol/L), nie mówiąc o pacjentach ekstremalnego ryzyka, gdzie mniej niż 10% znajduje się w celu terapeutycznym (<40 mg/dl/<1 mmol/l).²⁵

Produkt leczniczy inkisiran został zarejestrowany w Unii Europejskiej w dniu 9 grudnia 2020 r.²⁶ Jest to pierwsza i jedyna zatwierdzona w Unii Europejskiej terapia obniżająca poziom cholesterolu LDL-C o małej zawartości RNA (siRNA). Inkisiran jest wskazany do stosowania u osób dorosłych z pierwotną hipercholesterolemią (heterozygotyczną hipercholesterolemią rodzinną i hipercholesterolemią wielogenową) lub dyslipidemią mieszaną, jako uzupełnienie diety: w skojarzeniu ze statyną lub statyną wraz z innymi lekami zmniejszającymi stężenie lipidów u pacjentów, u których nie można osiągnąć stężenia LDL-C będącego celem terapii w wyniku stosowania maksymalnej tolerowanej dawki statyny lub samodzielnie bądź w skojarzeniu z innymi lekami zmniejszającymi stężenie lipidów u pacjentów nietolerujących statyn lub u pacjentów, u których stosowanie statyn jest przeciwwskazane.

Inkisiran wykazał u pacjentów mających wysoki poziom LDL pomimo stosowania maksymalnych tolerowanych dawek statyn, długotrwałe i znaczące zmniejszenie stężenia cholesterolu LDL o ponad 50% oraz dobry profil bezpieczeństwa i tolerancji. Leczenie inkisiranem jest wskazane w przypadku osób z podwyższonym stężeniem cholesterolu LDL, które stosują terapię statynami i/lub ezetymibem i nie osiągają zalecanych przez wytyczne celów terapeutycznych. Zalecana dawka to 284 mg inkisiranu w pojedynczym wstrzyknięciu podskórnym podawanym: po raz pierwszy, ponownie po 3 miesiącach, a następnie co 6 miesięcy.²⁷ Jest to bardzo wygodny dla pacjenta schemat dawkowania, a jednocześnie wpływający korzystnie na ograniczenie świadczeń i procedur związanych z podawaniem leku w systemie ochrony zdrowia. Nie bez znaczenia jest korzystny wpływ schematu dawkowania na *compliance* pacjenta oraz mniejsze ryzyko kontaktu z placówkami ochrony zdrowia w dobie COVID-19.

W ostatnich latach mamy przykłady cennych inicjatyw w obszarze ochrony zdrowia, tj.: Narodowa Strategia Onkologiczna, ostatnio przyjęty Plan dla Chorób Rzadkich, Plan Odbudowy Zdrowia Polaków czy zwiększenie wydatków na ochronę zdrowia. W kardiologii brakuje takiej kompleksowej strategii, choć istnieją już programy, tj. KOS Zawał czy ostatnio Narodowa Sieć Kardiologiczna, które mogłyby być wstępem do wypracowania Narodowej Strategii Kardiologicznej. KOS Zawał jest przykładem dobrze funkcjonującego programu, ale warto zastanowić się jak go zmodyfikować w kierunku zwrócenia większej uwagi na pacjentów z dyslipidemią. Rozwiązaniem mogłoby być powiązanie ośrodków, które prowadzą KOS Zawał z tymi, które prowadzą programy lekowe, co pozwoliłoby na

²⁵ Wytyczne PTL/KLRWP/PTK/PTDL/PTD/PTNT diagnostyki i leczenia zaburzeń lipidowych w Polsce 2021 <https://ptlipid.pl>

²⁶ <https://ec.europa.eu/health/documents/community-register/html/h1494.htm>

²⁷ https://www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/leqvio-epar-product-information_pl.pdf

efektywniejszą opiekę nad pacjentem po zawale w celu prewencji kolejnych incydentów sercowo-naczyniowych.

Lurazydon w terapii schizofrenii u młodzieży w wieku od 13. roku życia

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) jest ok. 180 tys. populacji. 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. Od 1 września 2020 r. został zrefundowany dla pacjentów dorosłych nowy lek antypsychotyczny - lurazydon. Charakteryzuje się on korzystnym profilem kardiometabolicznym i nie powoduje wydłużenia odcinka QT oraz nadmiernego przyrostu masy ciała. Lek jest refundowany na liście aptecznej, we wskazaniu „Leczenie schizofrenii u dorosłych pacjentów po nieskuteczności lub w przypadku przeciwwskazań do terapii pozostałymi lekami psychotycznymi II generacji.” Wyniki przeprowadzonych analiz klinicznych wskazują, że lurazydon jest lekiem charakteryzującym się wysokim indeksem terapeutycznym (poprawa nasilenia choroby wg PANSS) oraz korzystnym profilem bezpieczeństwa w szczególności w zakresie parametrów metabolicznych oraz związanych z niższym ryzykiem wzrostu masy ciała. Lurazydon jest lekiem przeciwpsychotycznym wybiórczo blokującym działanie dopaminy i monoamin. Silnie wiąże się z dopaminergicznymi receptorami D2 i serotonergicznymi receptorami 5-HT_{2A} i 5-HT₇. Blokuje także receptory adrenergiczne α_{2c} i α_{2a} . Lurazydon wykazuje częściowe działanie agonistyczne na receptor 5HT-1A. Nie wiąże się z receptorami histaminergicznymi ani muskarynowymi. Lurazydon poprzez pobudzanie receptorów 5-HT_{1A} oraz blokadę receptorów 5-HT_{2A} i 5-HT₇ redukuje objawy negatywne i afektywne oraz poprawia funkcje poznawcze pacjenta, zaś poprzez blokadę receptorów dopaminowych redukuje objawy wytwórcze. Brak działania adrenolitycznego, przeciwhistaminowego oraz blokady receptorów muskarynowych w znacznym stopniu poprawia tolerancję leczenia i odróżnia lurazydon od innych leków przeciwpsychotycznych II generacji np. od olanzapiny. Grupa chorych ze schizofrenią (w tym również

młodzież), z racji choroby podstawowej są zagrożeni rozwojem zespołu metabolicznego. Zespół metaboliczny nie stanowi odrębnej jednostki chorobowej – jest to zespół kilku czynników ryzyka chorób układu sercowo-naczyniowego i cukrzycy typu 2. Zespół metaboliczny rozpoznaje się, gdy u danej osoby występują co najmniej trzy z: otyłość brzuszna, wzrost stężenia trójglicerydów we krwi, wzrost stężenia frakcji HDL cholesterolu we krwi, podwyższone ciśnienie tętnicze, cukrzyca typu 2. Dodatkowo większość leków, które otrzymują również zwiększa to ryzyko, co wynika z objawów ubocznych terapii. Wśród nich szczególnie ważne klinicznie są metaboliczne efekty działania, takie jak nadmierny przyrost masy ciała, zaburzenia gospodarki węglowodanowej czy lipidowej. Rozwój pełnych objawów zespołu metabolicznego w przypadku stosowania leków przeciwpsychotycznych II generacji to zwykle kwestia nie lat lecz miesięcy. Rozpowszechnienie zespołu metabolicznego u pacjentów ze schizofrenią jest około 2-krotnie wyższe niż populacji ogólnej i wg badania CATIE (populacja US) wynosi około 36,0% w populacji mężczyzn i 51,59% w populacji kobiet. Zarówno interwencja farmakologiczna jak i niefarmakologiczna oraz kompleksowa opieka nad pacjentem chorym psychicznie [również w kontekście leczenia chorób somatycznych i modyfikacji ich czynników ryzyka (w tym psychoterapia, zalecenia ćwiczeń, diety, zdrowy tryb życia) są kluczowe dla zminimalizowania ryzyka rozwoju chorób metabolicznych, w tym przede wszystkim cukrzycy jako choroby najczęściej występującej. Populacja pediatryczna to grupa chorych szczególnie zagrożona (z uwagi na przewlekłe stosowanie farmakoterapii i okres dojrzewania) i niezwykle istotne jest żeby nie zapominać o ich problemach metabolicznych lecząc choroby psychiczne. Młody chory ze schizofrenią to w przyszłości kandydat do tego, żeby być leczonym z powodu cukrzycy i innych powikłań metabolicznych. Dlatego jeśli pomyślimy o tym zawczasu, to możemy uniknąć zarówno skutków zdrowotnych dla tego pacjenta, dla jego bliskich jak również systemu opieki zdrowotnej. Warto jest zatem kształtować opiekę nad dziećmi chorymi na schizofrenię nie tylko pod kątem leczenia ostrej psychozy, ale również w kontekście ograniczenia ryzyka rozwoju chorób metabolicznych, w tym przede wszystkim cukrzycy jako choroby najczęściej występującej. Lurazydon jest zarejestrowany przez EMA do leczenia schizofrenii u dorosłych pacjentów oraz młodzieży w wieku od 13. roku życia. Jest on pierwszym lekiem przeciwpsychotycznym II generacji, który został zarejestrowany we wskazaniu do leczenia schizofrenii u tak młodych pacjentów. Obecnie lurazydon jest w procesie refundacyjnym dla populacji pediatrycznej – leczenie schizofrenii u młodzieży w wieku od 13. roku życia. W dniu 16 września 2021 r. Prezes AOTMiT zarekomendował pozytywnie lurazydon we wskazaniu: leczenie schizofrenii u młodzieży w wieku od 13. roku życia, w ramach istniejącej grupy limitowej „178.10 Leki przeciwpsychotyczne – lurazydon” i wydawanie go za darmo pod warunkiem obniżenia ceny leku (urzędowej ceny zbytu lub ceny efektywnej z wykorzystaniem instrumentu dzielenia ryzyka). Obecnie lurazydon – Latuda - refundowany jest w leczeniu schizofrenii u dorosłych pacjentów po nieskuteczności lub w przypadku przeciwwskazań do terapii pozostałymi lekami przeciwpsychotycznymi II generacji. Omawiane zlecenie dotyczy poszerzenia finansowanej populacji o pacjentów od 13 r.ż.²⁸ Wcześniej, w dniu 13 września 2021 r. zostało opublikowane pozytywne Stanowisko Rady Przejrzystości nr 109/2021 w sprawie oceny leku lurazydon we wskazaniu: leczenie schizofrenii u młodzieży w wieku od 13. roku życia, jako leku dostępnego w aptece na receptę, w ramach istniejącej grupy limitowej i wydawanie ich bezpłatnie. Rada stwierdziła, że lurazydon jest nowoczesnym lekiem przeciwpsychotycznym, którego skuteczność

²⁸ Rekomendacja nr 109/2021 z dnia 16 września 2021 r. Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w sprawie objęcia refundacją leku Latuda (lurazydon) we wskazaniu: leczenie schizofrenii u młodzieży w wieku od 13. roku życia

https://bipold.aotm.gov.pl/assets/files/zlecenia_mz/2021/102/REK/2021%2009%2016%20BP%20rekomendacja%20nr%20109_2021%20Latuda%20egz%20do%20wysylki_RTM_czarna_REOPTR.pdf

jest porównywana do większości pozostałych leków przeciwpsychotycznych drugiej generacji, natomiast lurazydon ma korzystniejszy profil bezpieczeństwa od większości pozostałych leków w zakresie powodowania przyrostu masy ciała i wydłużenia odstępu QTc.²⁹

Trientyna w terapii choroby Wilsona

Choroba Wilsona (nazywana także zwyrodnieniem wątrobowo – soczewkowym) jest wywoływana mutacją genu ATP7B zaangażowanego w metabolizm miedzi w organizmie. Następstwem defektu jest upośledzenie wydalania miedzi z żółcią, jej gromadzenie się w wątrobie, a potem także w mózgu, nerkach, rogówce (złogi miedzi prowadzą do powstania charakterystycznego dla choroby pierścienia Kaysera-Fleishera) i innych narządach, co prowadzi do ich trwałego uszkodzenia i śmierci pacjenta w ciągu kilku lat od wystąpienia pierwszych objawów, o ile nie zastosuje się skutecznego leczenia. Choroba jest dziedziczona autosomalnie recesywnie, występuje w przypadku obecności dwóch nieprawidłowych kopii genu, równocześnie odziedziczonych przez chorego od matki i ojca. Choroba Wilsona należy do chorób rzadkich – występuje na całym świecie z częstością 1 na 30 tys. osób do 100 tys. osób. Pierwsze objawy najczęściej pojawiają się w dzieciństwie (zwykle są to uszkodzenia komórek wątrobowych). W młodszych grupach wiekowych uszkodzenie wątroby poprzedza o około dziesięć lat rozwój zmian w ośrodkowym układzie nerwowym. U osób dorosłych pierwsze objawy mogą mieć postać zaburzeń wątrobowych (40%) lub neurologicznych (40%) bądź zaburzeń psychicznych (15%), a często występują też równolegle. Pierwsze objawy występują głównie między 5. a 45. rokiem życia. Objawy hepatologiczne: to przewlekłe zapalenia wątroby, bezobjawowe powiększenie wątroby, któremu może (ale nie musi) towarzyszyć powiększenie śledziony oraz nieprawidłowe wyniki prób wątrobowych, piorunujące zapalenie wątroby, marskości wątroby.³⁰ Objawy neurologiczne to m. in. drżenia mięśni, zaburzenia mowy, utrudnione połykanie, trudności z utrzymaniem równowagi, ruchy mimowolne, sztywność mięśni, ślinienie się

Leczenie choroby Wilsona opiera się o stosowanie substancji zdolnych do obniżenia stężenia miedzi w organizmie – są to środki chelatujące oraz ograniczające wchłanianie miedzi. Jako leczenie pierwszej linii zwyczajowo stosowana jest D-penicylamina. Około 30% chorych nią leczonych rozwija nietolerancję, która nie pozwala na dalszą terapię tą substancją. Chorym tym zaleca się rozpoczęcie leczenia trientyną, która jest lepiej tolerowana. Trientyna jest dobrze znaną substancją czynną. Odnalezione zostały trzy rekomendacje kliniczne, dotyczące postępowania z pacjentami cierpiącymi na chorobę Wilsona. Zarówno amerykańskie wytyczne AASLD 2008 (aktualizacja 2009), jak i europejskie EASL 2012, przewidują, że początkowe leczenie pacjentów z objawami choroby Wilsona powinno obejmować związki chelatujące: D-penicylaminę lub trientynę. Trientyna może być lepiej tolerowana. (...) Stosownie natomiast do europejskich wytycznych ESPGHAN 2018, dzieci z niewyrównaną marskością wątroby powinny być leczone przy pomocy środków chelatujących lub soli cynku w połączeniu ze środkami chelatującymi, które mogą wykluczyć konieczność przeszczepu wątroby. Z uwagi na ich bezpieczeństwo, sole cynku (bardziej preferowane są jego octany) mogą być stosowane u dzieci przed wystąpieniem objawów. Ta sama interwencja może zostać zastosowana jako terapia podtrzymująca po procesie detoksykacji organizmu z miedzi wraz z chelatorami tak długo, jak poziom transaminaz w surowicy pozostaje w normie. W przypadku dzieci z oznakami ciężkiej choroby wątroby

²⁹ Stanowisko Rady Przejrzystości nr 109/2021 z dnia 13 września roku w sprawie oceny leku Latuda (lurazydon) we wskazaniu: leczenie schizofrenii u młodzieży w wieku od 13. roku życia

https://bipold.aotm.gov.pl/assets/files/zlecenia_mz/2021/102/SRP/U_43_249_13092021_s_109_Latuda_lurazydon_w_ref_zacz_REOPTR.pdf

³⁰ https://journals.viamedica.pl/polski_przeglad_neurologiczny/article/view/20068

czy oznakami odbiegającymi od normy wystandaryzowanego współczynnika czasu protrombinowego zaleca się leczenie przy pomocy środków chaletujących.³¹

Od dnia 1 września 2021 r. trientyna jest refundowana publicznie w ramach programu lekowego B.123. Leczenie choroby Wilsona (ICD-10: E83.01) po stwierdzonej nietolerancji leczenia D-penicylaminą i siarczanem cynku u pacjentów powyżej 5. roku życia. Pacjenci i lekarze doceniają refundację trientyny do leczenia pacjentów z chorobą Wilsona w Polsce, zgodnie z międzynarodowymi wytycznymi. Współautorami europejskich wytycznych są między innymi prof. dr hab. n.med. Piotr Socha i dr n. med. Wojciech Jańczyk z Centrum Zdrowia Dziecka. Leczenie farmakologiczne trwa do końca życia, jego przerwanie grozi nasileniem objawów choroby oraz śmiercią. Wyjątkiem od tej zasady jest sytuacja, w której chory przechodzi operację przeszczepienia wątroby. Leczenie powinno być wprowadzone bezpośrednio po ustaleniu rozpoznania, bez względu na występowanie lub brak objawów chorobowych.

Program pilotażowy w zakresie kompleksowej opieki specjalistycznej nad pacjentami leczonymi z powodu otyłości olbrzymiej KOS-BAR

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. Nadmierną masę ciała w Polsce ma 65,7 proc. mężczyzn i 45,9 proc. kobiet. Otyłość występuje u 15,4 proc. mężczyzn i 15,2 proc. kobiet, a otyłość olbrzymia (BMI 40,0 lub więcej) u 0,5 proc. mężczyzn i 0,4 proc. kobiet. To wyniki badań realizowanych przez IŻŻ/NIZP-PZH w ramach współpracy z EFSA, przeprowadzonych w latach 2019-2020. Nadwaga i otyłość zwiększają ryzyko zachorowalności na cukrzycę typu 2, nadciśnienie tętnicze, zaburzenia lipidowe, chorobę niedokrwinną serca, obturacyjny bezdech senny, chorobę zwyrodnieniową stawów, depresję oraz sprzyja rozwojowi niektórych typów nowotworów i podwyższa ryzyko zgonu. Leczenie operacyjne chorych otyłych wydłuża ich życie, jednocześnie znacząco poprawiając jego jakość. Chirurgiczne zmniejszenie żołądka zapewnia wyraźną utratę wagi i pomaga w leczeniu ponad 40 schorzeń związanych z otyłością, takich jak: cukrzyca typu 2, choroby serca, obturacyjny bezdech senny i niektóre nowotwory, włączając zapobieganie im, łagodzenie ich objawów oraz ustąpienie choroby. Po zabiegu bariatrycznym u pacjentów obserwowano redukcję incydentów kardiologicznych, udarów, występowania nowotworów oraz w szczególności lepszą kontrolę lub remisję cukrzycy, co wpływa na zmniejszenie śmiertelności związanej z patologiczną otyłością.

Program pilotażowy w zakresie kompleksowej opieki specjalistycznej nad pacjentami leczonymi z powodu otyłości olbrzymiej KOS-BAR zakłada, że pacjent będzie leczony w ośrodku koordynującym, który zapewni mu kompleksową opiekę przed- i po operacji. Pilotaż ma poprawić jakość i efektywność leczenia pacjentów z rozpoznaniem otyłością olbrzymią. Program KOS-BAR zostaje wprowadzony, gdyż stale rośnie liczba osób otyłych, a ich leczenie stanowi coraz większe obciążenie finansowe dla systemów opieki zdrowotnej oraz społeczeństwa. Do realizacji programu pilotażowego wytypowano 15 ośrodków, które będą mogły go przeprowadzić pod warunkiem zawarcia umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia. Po dokonaniu kwalifikacji do programu pilotażowego, ośrodek koordynujący wyda pacjentowi kartę KOS-BAR i od chwili jej otrzymania przez cały okres leczenia chory będzie pod opieką tego ośrodka. Szacuje się, że w ramach pilotażu opieką zostanie objęte ok. 2907 pacjentów.

³¹https://bipold.aotm.gov.pl/assets/files/zlecenia_mz/2020/291/SRP/U_4_25_25012021_s_6_Cuprior_trientyna_w_ref_za_cz_SAFE.pdf

Pilotaż KOS-BAR, w zależności liczby pacjentów włączonych do programu, będzie kosztował ok. 71 mln zł. Środki na ten program zostaną przekazane m.in. z tzw. opłaty cukrowej, która zgodnie z przepisami jest przeznaczona na działania o charakterze edukacyjnym i profilaktycznym oraz na świadczenia opieki zdrowotnej związane z utrzymaniem i poprawą stanu zdrowia pacjentów z nadwagą i otyłością.

6. Skład Rady Ekspertów Medycznej Racji Stanu ds. Chorób sercowo-naczyniowych, Metabolicznych i przeciwdziałania Otyłości

1. Prof. Piotr Andziak, Konsultant Krajowy w dziedzinie Chirurgii Naczyniowej
2. Prof. Paweł Bogdański, Kierownik Katedry i Zakładu Leczenia Otyłości, Zaburzeń Metabolicznych oraz Dietetyki Klinicznej Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu
3. Prof. Leszek Czupryniak, Kierownik Kliniki, Ordynator Oddziału Klinicznego Diabetologii i Chorób Wewnętrznych UCK WUM
4. Prof. Zbigniew Gaciong, Rektor WUM, Kierownik Katedry i Kliniki Chorób Wewnętrznych, Nadciśnienia Tętniczego i Angiologii WUM
5. Dr Małgorzata Gałązka-Sobotka, Dziekan Centrum Kształcenia Podyplomowego oraz Dyrektor Instytutu Zarządzania w Ochronie Zdrowia Uczelni Łazarskiego
6. Dr Jakub Gierczyński, MBA, ekspert systemu ochrony zdrowia
7. Prof. Piotr Hoffman, Kierownik Kliniki Wad Wrodzonych Serca Instytutu Kardiologii w Warszawie
8. Prof. Jarosław Kaźmierczak, Konsultant Krajowy w dziedzinie Kardiologii
9. Prof. Anna Kostera-Pruszczyk, Kierownik Katedry i Kliniki Neurologii WUM
10. Prof. Artur Mamcarz, Kierownik III Kliniki Chorób Wewnętrznych i Kardiologii WUM
11. Dr Janusz Meder, Prezes Polskiej Unii Onkologii
12. Prof. Przemysław Mitkowski, Prezes Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego
13. Prof. Małgorzata Myśliwiec, Kierownik Katedry i Kliniki Pediatrii, Diabetologii i Endokrynologii Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego
14. Prof. Piotr Pruszczyk, Prorektor ds. Nauki i Transferu Technologii Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, Kierownik Kliniki Chorób Wewnętrznych i Kardiologii z Centrum Diagnostyki Leczenia Żylnej Choroby Zakrzepowo-Zatorowej UCK WUM
15. Magdalena Siuba-Strzelińska, Zastępca Kierownika Narodowego Centrum Edukacji Żywieniowej
16. Prof. Piotr Socha, Kierownik Oddziału Gastroenterologii i Hepatologii, Zaburzeń Odżywiania i Pediatrii Instytutu „Pomnik-Centrum Zdrowia Dziecka”, Zastępca Dyrektora ds. Nauki IP-CZD
17. Prof. Krzysztof Strojek, Konsultant Krajowy w dziedzinie Diabetologii
18. Dr Michał Sutkowski, Rzecznik Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce
19. Prof. Mieczysław Walczak, Konsultant Krajowy w dziedzinie Endokrynologii i Diabetologii Dziecięcej
20. Prof. Mariusz Wyleżół, Przewodniczący Sekcji Chirurgii Metabolicznej i Bariatrycznej Polskiego Towarzystwa Badań nad Otyłością
21. Prof. Dorota Zozulińska-Ziółkiewicz, Prezes Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego, Kierownik Katedry i Kliniki Chorób Wewnętrznych i Diabetologii oraz Oddziału Diabetologii i Chorób Wewnętrznych Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

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-ekspercka 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. Proponujemy zapisanie w regulaminie Sejmu zasady dorocznego expose Premiera odnoszącego się także do wyzwań wiązanych 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 redukować 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 samego 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 CHOROÓB 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 CHOROBOM CYWILIZACYJNYM (SERCOWO-NACZYNIOWYM, ONKOLOGICZNYM, METABOLICZNYM) I PREMIOWANIE PRZESTRZEGANIA ZASADY WSPÓŁODWIEDZIALNOŚCI 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

Koordynacja 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.).

8. Siedem Zasad Doktora Janusza Medera- jak zadbać o wzajemne dobre relacje z pacjentem

„Tym, co pełnią misję lekarską, niosą ulgę w chorobie i cierpieniu – dedykuję kilka myśli ku rozwadze”.
Dr Janusz Meder (1980)

1. Powitaj pacjenta – podaj mu rękę na przywitaniu.
2. Skup, choć kilka minut, tylko na nim swoją uwagę – dając do zrozumienia, że w tym czasie on jest najważniejszy dla ciebie i bierz wywiad lekarski w sposób zwięzły i taktowny, komunikując się językiem zrozumiałym dla swojego rozmówcy i dochowując tajemnicy lekarskiej oraz innych praw pacjenta.
3. Poproś pacjenta o rozebranie się z zachowaniem jego prawa do wolności, godności i intymności, a następnie, mając jego przyzwolenie, dokładnie zbadaj jego ciało w całości.

4. Na każdym etapie diagnozy i leczenia wyobrażaj sobie, że to ty jesteś na miejscu pacjenta i pomyśl, czy chciałbyś być tak samo traktowany.
5. Zważaj na każde wypowiedziane do pacjenta słowa i nigdy nie odbieraj mu nadziei, mając przede wszystkim pokorę do własnej wiedzy niezależnie od stopnia swoich kwalifikacji, zajmowanego stanowiska czy też posiadanego tytułu naukowego.
6. Pełniąc swoją niełatwą misję lekarską, bądź cierpliwy, nie zapominaj o dobrych i ciepłych słowach, nie obrażaj się i nie gniewaj na pacjenta, a swoją postawą i działaniem zaświadczaaj o zbieżności swoich celów z celami pacjenta stosownie do jego potrzeb, oczekiwań i życzeń oraz zgodnie z jego wolą, światopoglądem i filozofią życia.
7. Traktuj zawsze pacjenta podmiotowo w sposób holistyczny, nie oddzielając jego części fizycznej od psychicznej i duchowej, bowiem stanowią one jedną nierozdzielalną całość.

PARTNERZY:

