



„Solidarność w zdrowiu”

**Debata Medycznej Racji Stanu w ramach kampanii współprowadzonej
z Federacją Stowarzyszeń „Amazonki”**

**„Siła kobiet. Zdrowie kobiety – bezpieczeństwo rodziny”,
pod patronatem honorowym Wicemarszałek Sejmu, Moniki Wielichowskiej**



4 lipca 2024, godz. 11.00 – 16.00

**Pałac Staszica, Sala Okrągłego Stołu,
ul. Nowy Świat 72 w Warszawie**

Informacja prasowa

Wg Komisji Europejskiej solidarność w zdrowiu to przede wszystkim zmniejszanie nierówności zdrowotnych między obywatelami Unii Europejskiej (UE). Nierówność w dostępie do opieki zdrowotnej jest przeszkodą w realizacji zobowiązań UE w zakresie solidarności, spójności społecznej i gospodarczej, praw człowieka i równości szans. Komisja pragnie zatem wspierać państwa członkowskie w ich działaniach na rzecz niwelowania tych różnic oraz uzupełniać te działania. Komisja podkreśla, że nierówności zdrowotne spowodowane są różnicami między grupami ludności pod względem szeregu czynników wpływających na zdrowie. Obejmują one: warunki życia, zachowania zdrowotne, wykształcenie, rodzaj wykonywanej pracy i zarobki, poziom opieki zdrowotnej, profilaktykę zdrowotną i działania w zakresie promocji zdrowia, jak również politykę państwa wpływającą na ilość, jakość i rozmieszczenie tych czynników. Różnice w stanie zdrowia zaobserwować można już u noworodków i utrzymują się do wieku podeszłego. Doświadczone w młodości nierówności w dostępie do edukacji, zatrudnienia i opieki zdrowotnej, jak również te wynikające z przynależności do określonej płci lub rasy, mogą poważnie zaważyć na stanie zdrowia danej osoby w ciągu całego jej życia. Połączenie ubóstwa z innymi przyczynami trudnej sytuacji społecznej, takimi jak wiek

dziecięcy lub podeszły, czy niepełnosprawność, powoduje dalsze zwiększenie ryzyka pogorszenia zdrowia i śmierci.¹

Konstytucja RP w art. 68 definiuje solidarność w zdrowiu zapisami: „Każdy ma prawo do ochrony zdrowia”, „Obywatelom, niezależnie od ich sytuacji materialnej, władze publiczne zapewniają równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych” oraz „Władze publiczne są obowiązane do zapewnienia szczególnej opieki zdrowotnej dzieciom, kobietom ciężarnym, osobom niepełnosprawnym i osobom w podeszłym wieku”.² Definiuje to szczególne grupy pacjentów, takie jak kobiety w ciąży, seniorzy oraz osoby niesamodzielne, dla których państwo powinno zapewnić szczególną i priorytetową opiekę zdrowotną.

Przykładem realizacji idei solidarności w zdrowiu jest szereg wdrożonych programów polityki zdrowotnej w Polsce. Program polityki zdrowotnej to zaplanowane, szerokie działania z zakresu opieki zdrowotnej, które są skuteczne, bezpieczne i uzasadnione. Zawiera on konkretne cele i określa termin, w jakim mają zostać osiągnięte. Są to przede wszystkim: wykrywanie i zrealizowanie określonych potrzeb zdrowotnych oraz poprawa stanu zdrowia określonej grupy docelowej chorych. W zakresie ochrony zdrowia dzieci funkcjonuje „Program kompleksowej diagnostyki i terapii wewnątrzmacicznej w profilaktyce następstw i powikłań wad rozwojowych i chorób płodu - jako element poprawy stanu zdrowia płodów i noworodków na lata 2018-2026”, który ma poprawić dostęp do leczenia wewnątrzmacicznego oraz poprawić opiekę nad matką i dzieckiem w okresie ciąży jak i po porodzie.³ Kolejna edycja „Rządowego programu badań przesiewowych noworodków w Polsce na lata 2019-2026” pozwala wykrywać 30 chorób wrodzonych u noworodków, dając dzieciom szansę na skuteczne leczenie i uniknięcie problemów zdrowotnych (w tym trwałego kalectwa, a nawet śmierci).⁴ „Program polityki zdrowotnej służący wykonaniu programu kompleksowego wsparcia dla rodzin „Za życiem” na lata 2022-2026” jest skierowany do dzieci, u których zdiagnozowano ciężkie i nieodwracalne upośledzenie albo nieuleczalną chorobę zagrażającą życiu, które powstały w prenatalnym okresie rozwoju lub w czasie porodu.⁵ W zakresie wsparcia ochrony zdrowia kobiet w ciąży uruchomiono program „Leczenie niepłodności obejmujące procedury medycznie wspomaganą prokreację, w tym zapłodnienie pozaustrojowe prowadzone w ośrodku medycznie wspomaganą prokreację, na lata 2024-2028”⁶ oraz „Rządowy program kompleksowej ochrony zdrowia prokreacyjnego w Polsce w 2021-2024 r.”, który w zakresie interwencji, obejmującej kompleksową diagnostykę oraz dalsze leczenie niepłodności, w tym zapewnienia opieki psychologicznej.⁷ Kompleksowa opieka medyczna nad matką w okresie ciąży, porodu, połogu oraz jej nowo narodzonym dzieckiem, pełna dostępność do świadczeń zgodnie ze wskazaniami medycznymi, możliwość zgłoszenia do programu na każdym etapie ciąży, to elementy Programu Opieki Koordynowanej nad Kobieta w Ciąży (KOC), który prowadzi Narodowy Fundusz Zdrowia od 2019 r. Celem koordynowanej opieki nad kobietą w ciąży (KOC) jest zapewnienie kobietom w ciąży skoordynowanej opieki realizowanej na I poziomie opieki perinatalnej, tj. nad fizjologicznie przebiegającą

¹ Commission Communication “Solidarity in Health: Reducing Health Inequalities in the EU”. Komunikat Komisji do Parlamentu Europejskiego, Rady, Europejskiego Komitetu Ekonomiczno-Społecznego i Komitetu Regionów „Solidarność w Zdrowiu. Zmniejszanie nierówności zdrowotnych w UE. 2009 https://health.ec.europa.eu/social-determinants/overview/commission-communication-solidarity-health-reducing-health-inequalities-eu_en

² Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej. Tekst uchwalony w dniu 2 kwietnia 1997 r. przez Zgromadzenie Narodowe. Sejm RP 2024 <https://www.sejm.gov.pl/prawo/konst/polski/kon1.htm>

³ <https://www.gov.pl/web/zdrowie/program-kompleksowej-diagnostyki-i-terapii-wewnatrzmacicznej-w-profilaktyce-nastepstw-i-powiklan-wad-rozwojowych-i-chorob-plodu-jako-element-poprawy-stanu-zdrowia-plodow-i-noworodkow-na-lata-2014-2017>

⁴ <https://www.gov.pl/web/zdrowie/program-badan-przesiewowych-noworodkow-w-polsce-na-lata-2019-2026>

⁵ <https://www.gov.pl/web/zdrowie/program-polityki-zdrowotnej-sluzacy-wykonaniu-programu-kompleksowego-wsparcia-dla-rodzin-za-zyciem-na-lata-2022-2026>

⁶ <https://www.gov.pl/web/zdrowie/leczenie-nieplodnosci-obejmujace-procedury-medycznie-wspomaganej-prokreacji-w-tym-zapłodnienie-pozauustrojowe-prowadzone-w-osrodku-medycznie-wspomaganej-prokreacji-na-lata-2024-2028>

⁷ <https://www.gov.pl/web/zdrowie/program-kompleksowej-ochrony-zdrowia-prokreacyjnego-w-polsce-w-2021-r>

ciążą, porodem, położeniem oraz opieki nad zdrowym noworodkiem. Opieka w ramach KOC obejmuje: specjalistyczne poradnictwo ambulatoryjne, przedporodową i poporodową opiekę położnej, poród – a w przypadku wskazań medycznych – także niezbędne hospitalizacje.⁸

Wg. WHO, zdrowe starzenie się definiuje się jako rozwój i utrzymanie zdolności funkcjonalnych, które umożliwiają dobre samopoczucie w późniejszych latach. Na zdolność funkcjonalną wpływają wewnętrzne możliwości fizyczne i psychiczne jednostki, jej środowisko życia – które obejmuje aspekty fizyczne, zdrowotne, społeczne i polityczne – oraz sposób, w jaki te elementy wchodzą ze sobą w interakcje.⁹ Wg. GUS, w ostatnich latach obserwowany jest w Polsce nasilający się proces starzenia się społeczeństwa. Udział osób starszych w populacji mieszkańców Polski systematycznie rośnie. Na koniec 2021 r. liczba osób w wieku 60 lat i więcej wyniosła 9,7 mln i w stosunku do roku poprzedniego zwiększyła się o 0,2%. Odsetek osób starszych w populacji Polski osiągnął poziom 25,7%. Według prognozy GUS, liczba ludności w wieku 60 lat i więcej w Polsce w roku 2030 ma wzrosnąć do poziomu 10,8 mln, a w 2050 r. wynieść 13,7 mln. Osoby starsze będą stanowiły około 40% ogółu ludności Polski.¹⁰ Wg. Map Potrzeb Zdrowotnych w Polsce w 2023 r. odnotowano 7,5 mln osób w wieku 65+, co stanowiło 20,0% ludności. Prognozy na 2040 r. szacują ok. 8,5 mln osób w wieku 65+ (24%), a na 2060 r. – ok. 10 mln osób w wieku 65+, co stanowić będzie ogółu 30% ludności. Wg. Eurostat, w 2018 r. kobiety w wieku 65 lat mieszkające w UE-27 mogły spodziewać się, że będą żyły przez dodatkowe 21,6 lat, a mężczyźni w tym samym wieku o 18,1 roku. Kobiety w wieku 65 lat mogły spodziewać się dodatkowych 10,0 lat życia w zdrowym stanie, podczas gdy odpowiednia liczba mężczyzn w wieku 65 lat wynosiła 9,8 roku. Osoby w wieku 65 lat lub więcej lat w UE-27 częściej niż cała populacja w wieku 16 lat lub więcej spożywały świeże owoce i warzywa na co dzień. W UE-27 samoocena zdrowia była ściśle związana z dochodami, a odsetek osób starszych (w wieku 65 lat lub więcej), którzy postrzegali własne zdrowie jako dobre lub bardzo dobre, rósł wraz z poziomem dochodu. Osoby starsze były bardziej skłonne niż przeciętnie do otyłości. Prawie jedna trzecia osób w wieku 75 lat lub więcej miała poważne trudności z chodzeniem. W 2018 r. udział starszych kobiet (w wieku 65 lat lub więcej lat) w UE-27 cierpiących na długotrwałe choroby lub problem zdrowotny wyniósł 62,6%. Było to o 3,9 punktu procentowego więcej niż odpowiadający mu udział w stosunku do starszych mężczyzn (58,7 proc.). Prawie trzy czwarte osób w wieku 85 lat lub więcej miało długotrwały problem chorobowy lub zdrowotny. Były to nadciśnienie, cukrzyca i choroby układu kostno-stawowego. Jedna piąta kobiet w wieku 75 lat lub więcej korzysta z usług opieki domowej. Ok. 86,7% osób w wieku 65-74 lat skonsultowało się z lekarzem ogólnym w ciągu 12 miesięcy, a wśród osób w wieku 75 lat było to aż 92,0%. Ok. 87% osób w wieku 75 lat lub więcej stosowało regularnie leki. Połowa wszystkich osób w wieku 75 lat lub więcej została zaszczepiona przeciwko grypie.¹¹ W Polsce działania dotyczące systemowej organizacji wsparcia dla osób starszych realizowane są przez Ministra Zdrowia w systemie ochrony zdrowia i przez Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej w obszarze pomocy społecznej. Ministerstwo Zdrowia wspiera realizację profilaktyki poprzez działania w Narodowym Programie Zdrowia 2021-2025 (Cel Operacyjny 5 Wyzwania demograficzne), które obejmują m.in. dostosowywanie systemu opieki zdrowotnej do potrzeb osób starszych i działania edukacyjne. Na finansowanie świadczeń POZ dla osób w starszym wieku przeznaczono wyższe środki. Od dnia 1 października 2017 r. lekarz POZ za świadczenia udzielane pacjentom od 66 r.ż. do ukończenia 75 r.ż. otrzymuje wyższe wynagrodzenie w porównaniu ze stawką otrzymywaną za te same świadczenia udzielone

⁸ <https://www.nfz-katowice.pl/index.php/dla-pacjenta/koordynowana-opieka-nad-kobieta-w ciazy-koc>

⁹ https://www.who.int/europe/health-topics/ageing#tab=tab_1

¹⁰

https://stat.gov.pl/files/gfx/portalinformacyjny/pl/defaultaktualnosci/6002/2/4/1/sytuacja_osob_starszych_w_polsce_w_2021_r.pdf

¹¹ Starzenie się Europy - statystyki dotyczące zdrowia i niepełnosprawności. Eurostat 2024

https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Ageing_Europe_-_statistics_on_health_and_disability

osobie dorosłej poniżej 66 r.ż. Za leczenie pacjentów w wieku powyżej 75 r.ż. lekarz POZ otrzymuje jeszcze wyższą stawkę. Analogicznie prezentuje się sytuacja dotycząca wynagrodzenia pielęgniarki POZ. Procedura medyczna Całościowa Ocena Geriatryczna (COG) obowiązuje od 1 stycznia 2012 roku w opiece szpitalnej na oddziałach geriatrycznych. Dzięki zastosowaniu badań i testów z różnych dziedzin medycyny, które służą sprawdzeniu poziomu samodzielności oraz ogólnego stanu zdrowia można w uporządkowany całościowy sposób sprawdzić stan zdrowia pacjenta w podeszłym wieku. W 2009 r. minister zdrowia uznał geriatricę za kluczową dziedzinę medycyny.¹² Od 1 września 2023 r. osoby, które ukończyły 65 lat, mają prawo do wybranych bezpłatnych leków w aptece. Wcześniej darmowe leki dostawały osoby w wieku 75 plus.

W zakresie opieki nad niesamodzielnymi pacjentami, Ministerstwo Zdrowia zwiększyło w 2024 r. finansowanie w opiece paliatywnej i hospicyjnej. Zniesiono także limity w leczeniu pacjentów w hospicjach stacjonarnych, oddziałach medycyny paliatywnej, hospicjach domowych i poradniach medycyny paliatywnej. Sukcesywnie rośnie wycena świadczeń, przygotowywana jest też strategia rozwoju opieki paliatywnej i hospicyjnej. W kolejnych krokach planowane są zmiany koszyka świadczeń gwarantowanych, które pozwolą zwiększyć dostępność do tego rodzaju świadczeń.

Plan dla Chorób Rzadkich 2024-2025, który ma wyrównywać dostęp do specjalistycznej diagnostyki, leczenia i opieki pacjentów z chorobami rzadkimi, których w Polsce jest ok. 2 mln osób. Projekt Planu zakłada zmiany organizacyjne i inwestycje w sześciu obszarach: powołanie Ośrodków Eksperymentalnych Chorób Rzadkich (OECR) oraz wprowadzenie nowych lepiej sfinansowanych produktów rozliczeniowych dla Ośrodków Eksperymentalnych Chorób Rzadkich (OCER), wprowadzenie nowych badań diagnostycznych wykorzystywanych w diagnostyce i leczeniu chorobach rzadkich, dostęp do leków, wyrobów medycznych i środków specjalnego przeznaczenia żywieniowego stosowanych w chorobach rzadkich, Polski Rejestr Chorób Rzadkich, Karta Pacjenta z chorobą rzadką oraz Rozwój Platformy Informacyjnej Choroby Rzadkie (informacja dla pacjentów i lekarzy).¹³

Wg. Narodowego Funduszu Zdrowia w Polsce mamy rzeczywisty solidaryzm społeczny w ochronie zdrowia. Sprowadza się on do prostej zasady, że każdy obywatel, niezależnie od wieku, stanu zdrowia, płci i przede wszystkim bez względu na wysokość płaconej składki zdrowotnej, powinien otrzymać pomoc medyczną. Główną zasadą solidaryzmu społecznego jest bieżące finansowanie opieki zdrowotnej osobom chorym ze składki zdrowotnej, którą opłacają również osoby zdrowe. To pokazuje mechanizm działania solidaryzmu. Zespół analityków NFZ zebrał dane z 2022 r. i lat poprzednich. Specjaliści policzyli, ile kosztowało leczenie Polaków, w tym koszty świadczeń medycznych i leków. Analiza pokazuje, jak w praktyce działa solidarnym społecznym. Na świadczenia medyczne i leki, które można dopasować do konkretnego pacjenta lub świadczenia, NFZ wydał w 2022 r. ponad 110 mld zł. To o przeszło 27 mld zł więcej niż w 2021 r. Średnia wartość refundacji świadczeń i leków w przeliczeniu na pacjenta w 2022 r. wyniosła 3 435,07 zł. Na leczenie 100 „najdroższych” pacjentów przeznaczono 218 mln zł. Odpowiadało to średniej wartości refundacji NFZ na pacjenta ok. 2,18 mln zł. W 2015 r. było to niecałe 128 mln zł. Słowem „najdroższy” – wyłącznie na potrzeby raportu – analitycy nazwali pacjentów, za których leczenie NFZ zapłacił najwięcej. Jednocześnie są to najciężej chorzy pacjenci, którzy wymagali np. kosztownych terapii lekowych. Potwierdziło się, że znacząca część środków jest przeznaczana na dość niewielką liczbę pacjentów. Ciekawym jest fakt, że w analizowanym obszarze, jak w wielu innych, obserwujemy tzw. zasadę Pareto: 80% budżetu jest przeznaczane na potrzeby zdrowotne 20% najbardziej potrzebującej populacji. Okazuje się, że niemal 31,5 mld złotych przeznaczamy na świadczenia dla 1% populacji mieszkańców Polski. Jeśli zatem uszeregujemy

¹² <https://www.gov.pl/web/zdrowie/zdrowie-osob-starszych>

¹³ Plan dla Chorób Rzadkich – projekt w konsultacjach. MZ 2024 <https://www.gov.pl/web/zdrowie/plan-dla-chorob-rzadkich--projekt-w-konsultacjach>

mieszkańców Polski pod względem kosztu leczenia od „najdroższych” do „najtańszych”, to koszt leczenia 1% „najdroższych pacjentów” wynosi 31,5 mld zł z analizowanych 110 mld zł. Analitycy NFZ porównali też wiek i płeć pacjentów z kosztami ich leczenia. Z analizy wynika, że najwięcej środków na leczenie NFZ wydaje na seniorów w grupach: 60-64 lata, 65-69 lata oraz 70-74 lata oraz dzieci od 0-4 r.ż.¹⁴

Medyczna Racja Stanu organizuje w dniu 4 lipca 2024 r. debatę „Solidarność w zdrowiu”. Samotność, choroby, problemy z domowym budżetem seniorów, wyzwania zdrowia tych najbardziej „kruchych” także dzieci i osób o obniżonej odporności, to zagadnienia nad którymi pochylą się zaproszeni goście: klinicyści, etycy, ekonomiści, politycy i sami pacjenci. Celem kampanii „Siła kobiet. Zdrowie kobiety – bezpieczeństwo rodziny” jest określenie skali najważniejszych problemów zdrowotnych Polaków, a także skierowanie społecznej uwagi na znaczenie edukacji i profilaktyki w walce z chorobami cywilizacyjnymi. W zakresie zdrowia i stylu życia kobiety, częściej niż mężczyźni korzystają z badań profilaktycznych, unikają palenia tytoniu i spożywania alkoholu. Rzadziej niż mężczyźni formułują pozytywne oceny na temat swojego zdrowia, częściej oceniają je negatywnie. Wraz z wiekiem powiększa się różnica w ocenach stanu zdrowia na niekorzyść kobiet. To na nich spoczywa trud opieki nad pozostałymi członkami rodziny, w tym nad seniorami. Problem staje się tym większy, że osób starszych przybywa. Szczególnej uwagi i troski wymaga brak odpowiedniego dostępu seniorów do opieki lekarskiej i pielęgniarstwa. Zagadnienia podejmowane podczas debaty to m.in.: wyzwania urologii i uroonkologii seniorów; przeciwdziałanie otyłości u seniorów; przeciwdziałanie i leczenie depresji wieku senioralnego; wiek a choroby dna miednicy; skala postępu w leczeniu chorób neurodegeneracyjnych; wielochorobowość u seniora z chorobą nowotworową; potrzeba społecznej empatii i akceptacji dla trudu życia pacjentów z chorobami rzadkimi; tematy tabu zdrowia prokreacyjnego; szczepienia dla immunoniekompetentnych; wyzwania systemu wobec pacjentów z chorobami autozapalnymi; każdy etap życia bez bólu oraz wyzwania zdrowia psychicznego najmłodszych.

Poniżej opisano przykładowe problemy zdrowotne w kontekście solidarności w zdrowiu.

Spis treści

Partnerstwo na rzecz Profilaktyki i Leczenia Otyłości oraz Instytut Zarządzania w Ochronie Zdrowia Uczelni Łazarskiego inicjują dialog międzysektorowy pt. Stop epidemii otyłości w Polsce oraz założenia do krajowego planu strategicznego redukcji otyłości w Polsce.....	6
Program kompleksowej opieki specjalistycznej nad świadczeniobiorcami leczonymi z powodu otyłości olbrzymiej (KOS-BAR) oraz program pilotażowego w zakresie kompleksowej opieki specjalistycznej nad świadczeniobiorcami leczonymi z powodu otyłości KOS-BMI 30 PLUS	7
Semaglutyd w terapii cukrzycy typu 2	9
Zabieg rekonstrukcji zwieraczy w terapii nietrzymania gazów i stolca, jako powikłania porodu u kobiet	10
Kanakinumab w leczeniu choroby Stilli.....	11
Co zrobić, aby zaspokoić potrzeby seniorów w kontekście dostępu do wyrobów medycznych?	12

¹⁴ Ile wydaliśmy na leczenie w 2022 roku? Nowy raport NFZ. NFZ 2023 https://www.nfz.gov.pl/aktualnosci/aktualnosci-centrali/ile-wydalismy-na-leczenie-w-2022-roku-nowy-raport-nfz_8467.html

Partnerstwo na rzecz Profilaktyki i Leczenia Otyłości oraz Instytut Zarządzania w Ochronie Zdrowia Uczelni Łazarskiego inicjują dialog międzysektorowy pt. Stop epidemii otyłości w Polsce oraz założenia do krajowego planu strategicznego redukcji otyłości w Polsce

Zgodnie z wynikami tegorocznej kontroli Najwyższej Izby Kontroli, w Polsce na otyłość choruje już ponad 9 milionów osób. Choroba oraz jej powikłania mogą znacząco skrócić życie Polaków – wg szacunków OECD średnio o 3 lata i 10 miesięcy. Nadwaga i otyłość mają i będą miały nie tylko poważne konsekwencje zdrowotne, ale także społeczno-ekonomiczne. Według szacunków OECD w ciągu 30 lat z powodu chorób wywołanych otyłością Polska straci ok. 108 mld zł (4,1% PKB), tj. średnio ok. 3,6 mld zł rocznie (ok. 0,14% PKB). Najwyższa Izba Kontroli wskazuje z kolei, że w 2022 r. koszty bezpośrednie związane z otyłością mogły stanowić ponad 9 mld zł, a pośrednie prawie 27 mld zł – przy całkowitych wydatkach NFZ na ochronę zdrowia w wysokości 133,6 mld zł.

W czerwcu 2024 r. rozpoczął się projekt dialogu międzysektorowego pt. STOP EPIDEMII OTYŁOŚCI W POLSCE zainicjowany przez Partnerstwo na rzecz Profilaktyki i Leczenia Otyłości oraz Instytut Zarządzania w Ochronie Zdrowia Uczelni Łazarskiego. W dniu 11 czerwca 2024 r. odbyła się konferencja prasowa poświęcona premierze raportu prezentującego propozycję założeń do krajowego planu strategicznego redukcji otyłości w Polsce. Raport i dyskusje ekspertów mają odpowiedzieć na pytania: Czy jest możliwe zatrzymanie epidemii otyłości w Polsce? Jak kształtować ekosystem społeczny, by sprzyjał budowaniu postaw prozdrowotnych i prewencji otyłości? Jak tworzyć współpracę międzysektorową na poziomie centralnym i lokalnym, by zbudować trwałe mechanizmy prewencji otyłości o zasięgu ogólnokrajowym? oraz Jak wzmacniać system publicznej ochrony zdrowia w obszarze monitoringu, diagnostyki i kompleksowego leczenia choroby otyłościowej?¹⁵ W czasie konferencji odbyła się pierwsza w Polsce wielosektorowa merytoryczna debata z udziałem nie tylko klinicystów, naukowców, przedstawicieli resortów: zdrowia, edukacji, sportu, finansów i rolnictwa, ale także parlamentarzystów, przedstawiciela Rzecznika Praw Dziecka, organizacji pacjenckich, stowarzyszeń biznesowych oraz mediów. Autorzy założeń do strategii redukcji otyłości rekomendują, by dokument zyskał rangę planu krajowego, koordynowanego przez Kancelarię Premiera Rady Ministrów. Wskazują na konieczność wdrożenia skoordynowanych działań na poziomie centralnym oraz na poziomie samorządów terytorialnych, we wszystkich środowiskach życia i rozwoju człowieka: od rodziny, przez placówki edukacyjne i miejsca pracy, w mediach i miejscach rekreacji, na opakowaniach produktów spożywczych, w sklepach i obiektach sportowych, na wydarzeniach kulturalnych i w środkach masowego przekazu. Konieczna jest ewolucja, wdrażana konsekwentnie, w formie dostosowanej do każdej grupy wiekowej. By wskazać skuteczne zalecenia dla Polski, autorzy raportu dokonali benchmarku najlepszych praktyk różnych krajów. Wybrano 13 krajów (Polska, Czechy, Dania, Francja, Hiszpania, Irlandia, Kanada, Niemcy, Portugalia, Rumunia, Węgry, Włochy, Wielka Brytania) i przyjrano się ich działaniom na rzecz redukcji otyłości. Co konkretnie brano pod uwagę? Cztery domeny: problemy zdrowotne (odsetek osób z otyłością w różnych przedziałach wiekowych), politykę zdrowotną, diagnostykę i leczenie i mechanizmy finansowania. W raporcie wskazano również, że najlepsze światowe strategie profilaktyki otyłości – funkcjonujące w modelu całościowego systemowego podejścia do otyłości (Whole System Approach to obesity, WSA) skupiają swoje rozwiązania w trzech głównych obszarach: strategiczna wielosektorowość, zakorzenienie w lokalnych społecznościach oraz „cywilizacyjne przejście” w stylu życia. Fundamentalne znaczenie ma wyznaczenie mapy drogowej działań w horyzoncie nawet 30 lat. Kolejnym priorytetem powinno być zbudowanie partnerstwa międzysektorowego, które pozwoliłoby na efektywną współpracę między różnymi resortami administracji publicznej a sektorem nauki,

¹⁵ <https://izwoz.lazarski.pl/aktualnosci/stop-epidemii-otylosci-w-polsce/>

przedsiębiorstwami i sektorem społecznym. Działania powinny obejmować profilaktykę otyłości oraz diagnostykę i leczenie choroby otyłościowej. Z uwagi na krytyczne znaczenie rozwoju otyłości w populacji dzieci i młodzieży rekomendowane jest, by w pierwszej dekadzie działania w obszarze profilaktyki pierwotnej skupić na grupie osób do 18. r.ż. Natomiast jeśli chodzi o skuteczną diagnostykę, leczenie otyłości i profilaktykę wtórną od początku wdrożenia strategii, tymi działaniami powinny być objęte wszystkie grupy wiekowe.¹⁶

Program kompleksowej opieki specjalistycznej nad świadczeniobiorcami leczonymi z powodu otyłości olbrzymiej (KOS-BAR) oraz program pilotażowego w zakresie kompleksowej opieki specjalistycznej nad świadczeniobiorcami leczonymi z powodu otyłości KOS-BMI 30 PLUS

Obecnie około 2,6 miliarda ludzi na świecie, czyli 38% populacji, jest otyła lub ma nadwagę, a z raportu opublikowanego przez Our World in Data wynika, że ponad 4,5 miliona ludzi na świecie umiera przedwcześnie z powodu otyłości. W Polsce nadmierną masę ciała ma 65,7% mężczyzn i 45,9% kobiet, natomiast otyłość występuje u 15,4% mężczyzn i 15,2% kobiet. Otyłość olbrzymia (BMI 40,0 lub więcej) występuje u 0,5% mężczyzn i 0,4% kobiet (wyniki badań realizowanych przez IŻŻ/NIZP-PZH w ramach współpracy z EFSA, przeprowadzonych w latach 2019-2020).

Nadwaga i otyłość zwiększają ryzyko zachorowalności na ponad 200 schorzeń, w tym m.in. cukrzycę typu 2, nadciśnienie tętnicze, zaburzenia lipidowe, chorobę niedokrwienną serca, obturacyjny bezdech senny, chorobę zwyrodnieniową stawów, depresję oraz sprzyjają rozwojowi niektórych typów nowotworów, podwyższając ryzyko zgonu.

Najnowsze badania naukowe sugerują, że 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, zapobiegając im, łagodząc ich objawy oraz prowadząc do ustąpienia choroby. U wielu pacjentów po zabiegu obserwowano redukcję incydentów kardiologicznych, udarów, występowania nowotworów oraz w szczególności lepszą kontrolę lub remisję cukrzycy, co wpływa na zmniejszenie śmiertelności związanej z patologiczną otyłością.

W odpowiedzi na powyższe doniesienia, wprowadzono w Polsce program pilotażowy KOS-BAR, który wszedł w życie 1 stycznia 2022 r.¹⁷ Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z 1 czerwca 2023 r. pilotaż został przedłużony do grudnia 2024.¹⁸ Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z kwietnia 2024 r.

¹⁶ Puls Medycyny <https://pulsmedycyny.pl/powstala-kompleksowa-strategia-walki-z-otyloscia-w-polsce-oparta-na-najlepszych-swiatowych-rozwiazaniach-1218813>

¹⁷ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 12 sierpnia 2021 r. w sprawie programu pilotażowego w zakresie kompleksowej opieki specjalistycznej nad świadczeniobiorcami leczonymi z powodu otyłości olbrzymiej KOS-BAR <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20210001622>

¹⁸ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 1 czerwca 2023 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie programu pilotażowego w zakresie kompleksowej opieki specjalistycznej nad świadczeniobiorcami leczonymi z powodu otyłości olbrzymiej KOS-BAR. <https://www.infor.pl/akt-prawny/DZU.2023.153.0001052,rozporzadzenie-ministra-zdrowia-zmieniajace-rozporzadzenie-w-sprawie-programu-pilotazowego-w-zakresie-kompleksowej-opieki-specjalistycznej-nad-swiadczeniobiorcami-leczonymi-z-powodu-otylosci-olbrzymie.html>

program pilotażowy w zakresie specjalistycznej opieki nad pacjentami z otyłością olbrzymią został przedłużony do 30 czerwca 2026 r.¹⁹

KOS-BAR to unikalny na skalę światową program kompleksowej opieki zdrowotnej opartej na wartości (VBHC), dedykowany chorym na otyłość olbrzymią leczoną chirurgicznie (JGP F14). Jego wyjątkowość polega m.in. na długoterminowej kontroli i wsparciu pacjentów oraz płaceniu za efekt zdrowotny. Dodatkowo, KOS-BAR został całkowicie sfinansowany z podatku cukrowego. Do programu mogą zostać zakwalifikowani pacjenci o:

- 1) BMI ≥ 40 kg/m² w wieku od 18 do 65 roku życia z rozpoznaniem ICD-10: E66.0 Otyłość spowodowana nadmierną podażą energii;
- 2) BMI 35-40 kg/m², u których chirurgicznie indukowana redukcja masy ciała może przynieść potencjalną poprawę w zakresie chorób wywołanych otyłością.

KOS-BAR realizowany jest w czterech modułach:

- 1) I moduł – diagnostyka, leczenie przedoperacyjne i rehabilitacja przedoperacyjna, która trwa od 3 do 6 miesięcy od rozpoczęcia diagnostyki. Ten etap obejmuje także opiekę diabetologiczną czy psychologiczną.
- 2) II moduł – leczenie zabiegowe/operacja bariatryczna
- 3) III moduł – rehabilitacja lecznicza
- 4) IV moduł – bariatryczna opieka specjalistyczna (monitorowanie).

Obecnie program jest realizowany w 19-stu ośrodkach w całej Polsce. Szacowane koszty programu pilotażowego z uwagi na wydłużenie programu pilotażowego wyniosą 194 731 772,92 zł (w tym szacowany koszt samego przedłużenia programu wynosi 67 270 975,92 zł). Na wysokość kosztów programu pilotażowego mają wpływ: czas realizacji trwania pilotażu (4 lata i 7 miesięcy) oraz populacja objęta pilotażem (około 10 750 pacjentów). Program KOS-BAR powinien być uzupełniony o farmakoterapię otyłości.

Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie programu pilotażowego w zakresie kompleksowej opieki specjalistycznej nad świadczeniobiorcami leczonymi z powodu otyłości KOS-BMI 30 PLUS

Wielodyscyplinarna opieka w jednym ośrodku, który zapewnia sprawną koordynację na każdym etapie leczenia, obejmująca także monitorowanie efektów – taki jest cel uruchomienia projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie programu pilotażowego w zakresie kompleksowej opieki specjalistycznej nad świadczeniobiorcami leczonymi z powodu otyłości KOS-BMI 30 PLUS.²⁰ Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie programu pilotażowego w zakresie kompleksowej opieki specjalistycznej nad świadczeniobiorcami leczonymi z powodu otyłości KOS-BMI 30 PLUS został skierowany do konsultacji. Projekt określa warunki realizacji programu KOS-BMI 30 PLUS. - Koncepcja kompleksowej diagnostyki i leczenia świadczeniobiorców z rozpoznaną otyłością opiera się na scentralizowanym, wielodyscyplinarnym leczeniu w jednym ośrodku, który zapewnia sprawną koordynację na każdym etapie leczenia, obejmuje także monitorowanie efektów leczenia oraz całego procesu leczenia.

¹⁹Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie programu pilotażowego w zakresie kompleksowej opieki specjalistycznej nad świadczeniobiorcami leczonymi z powodu otyłości olbrzymiej KOS-BAR. 17.04.2024 <https://legislacja.rcl.gov.pl/projekt/12384209/katalog/13053386#13053386>

²⁰ Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie programu pilotażowego w zakresie kompleksowej opieki specjalistycznej nad świadczeniobiorcami leczonymi z powodu otyłości KOS-BMI 30 PLUS. <https://legislacja.rcl.gov.pl/projekt/12378902/katalog/13018494>

Celem programu jest poprawa jakości i efektywności leczenia pacjentów w wieku od 18. roku życia z rozpoznaniem - według klasyfikacji ICD-10 - E66.0, czyli z otyłością spowodowaną nadmierną podażą energii, u których wskaźnik masy ciała BMI wynosi 30 i więcej oraz u których rozpoznano przynajmniej jedno z wymienionych powikłań otyłości: stan przedcukrzycowy, cukrzyca typu 2, nadciśnienie tętnicze, dyslipidemia, obturacyjny bezdech senny wymagający wspomagania oddechu (CPAP), zespół policystycznych jajników, zespół metaboliczny, upośledzenie funkcji wątroby (podwyższone transaminazy), konieczność redukcji masy ciała przed planowaną endoprotezoplastyką lub innym leczeniem zabiegowym. Podstawowym kryterium kwalifikacji do programu mają być wiek i BMI. Okres realizacji programu pilotażowego obejmuje:

- 1) etap organizacji, obejmujący zawarcie umów z NFZ przez ośrodki koordynujące, trwający trzy miesiące od dnia wejścia w życie rozporządzenia;
- 2) etap realizacji, czyli udzielania świadczeń w okresie 24 miesięcy od dnia podpisania umów;
- 3) etap ewaluacji, trwający trzy miesiące od dnia zakończenia etapu realizacji.

W raporcie OECD z 2019 r. pt. „The Heavy Burden of Obesity. The Economics of Prevention” stwierdzono, że nadwaga i otyłość generują olbrzymie koszty z perspektywy społecznej. Zmniejszają oczekiwaną długość życia, zwiększają koszty opieki zdrowotnej, obniżają wydajność pracowników, a poprzez to obniżają Produkt Krajowy Brutto (PKB). W przypadku Polski, w najbliższych 30 latach będzie to strata na poziomie ok. 4,1% PKB, czyli 0,14% PKB rocznie. Średnia dla Unii Europejskiej i OECD wyniosła 3,3% PKB. Otyłość odpowiada za 70% kosztów leczenia cukrzycy, 23% kosztów leczenia chorób sercowo-naczyniowych i 9% kosztów leczenia raka.²¹ NFZ w raporcie z 2019 r. pt. „Cukier, otyłość – konsekwencje” szacuje wzrost kosztów związanych z leczeniem chorób związanych z nadwagą i otyłością o 0,3 – 1,0 mld zł w 2025 r. w porównaniu do 2017 r. Liczba dorosłych osób z otyłością wzrośnie do 6,1 – 11,4 mln osób, czyli otyłych będzie 26% dorosłych kobiet i 30% dorosłych mężczyzn. Dotyczy to przede wszystkim chorych na cukrzycę i należy oczekiwać wzrost populacji tych chorych w 2025 r. o 437 – 941 tys., w porównaniu z 2017 r.²² W raporcie Fundacji Republikańskiej z 2021 r. pt. „Otyłość epidemią XXI wieku” oszacowano koszty bezpośrednie i pośrednie otyłości w Polsce. Koszty bezpośrednie, czyli świadczenia zdrowotne i koszty leków, stosowanych głównie w terapii powikłań otyłości, kampanie i programy profilaktyczne wynoszą ok. 5 mld złotych rocznie. Koszty pośrednie, związane z nieobecnością w pracy, utraconym podatkiem lub dochodem, obniżeniem jakości życia czy utraconymi latami życia estymowane są na poziomie ok. 10 mld zł rocznie.²³

Semaglutyd w terapii cukrzycy typu 2

Od 1 września 2022 r. semaglutyd jest refundowany we wskazaniu: „Cukrzyca typu 2 u pacjentów leczonych co najmniej dwoma lekami hipoglikemizującymi, z HbA1c \geq 7,5%, z otyłością definiowaną jako BMI \geq 30 kg/m² 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 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).” 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

²¹ <https://www.oecd.org/health/the-heavy-burden-of-obesity-67450d67-en.htm>

²² <https://www.gov.pl/web/zdrowie/cukier-otylosc-konsekwencje-prezentacja-raportu>

²³ <https://fundacjarepublikanska.org/otylosc-epidemia-xxi-wieku/>

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.

Zabieg rekonstrukcji zwieraczy w terapii nietrzymania gazów i stolca, jako powikłania porodu u kobiet

Problem uszkodzeń zwieraczy odbytu u kobiet po porodzie jest bardzo niezauważony. Mam tu na myśli mechaniczne uszkodzenia zwieraczy odbytu podczas porodu, a nie przejściową niewydolność zwieraczy odbytu, która występuje w pewnym odsetku u kobiet po porodzie siłami natury w wyniku samego porodu i która z czasem ustępuje. Uszkodzenia zwieraczy odbytu są ciężkimi uszkodzeniami ciała. Jest to problem wstydlivy i niedoszacowany. Uszkodzenia zwieraczy podczas porodu zwykle doprowadzają do nietrzymania stolca, które ujawnia się stosunkowo krótko po porodzie. Trzeba jednak wspomnieć, że u części kobiet występują mechanizmy działające niejako zastępczo w celu zapewnienia kontynencji (trzymania stolca). Polegają one na angażowaniu innych, poza uszkodzonymi zwieraczami, mięśni w celu zapewnienia trzymania stolca: np. mięśni ud czy pośladków. W ten sposób uszkodzenie zwieraczy jest maskowane zwykle do okresu menopauzy gdy mięśnie słabną, a nietrzymanie stolca staje się olbrzymim problemem nie tylko pacjentki ale także lekarzy. Nietrzymanie stolca po porodzie jest jednostką chorobową, która ma absolutnie dewastujący wpływ na zdrowie kobiety: brak kontynencji wymusza m. in. konieczność noszenia wkładek czy pieluch, w sposób istotny wpływa na aktywność życiową, seksualną, zawodową, spędzanie czasu wolnego. Dodatkowo powoduje ciężką dysfunkcję seksualną i psychiczną. Warto zwrócić też uwagę na kontekst wystąpienia nietrzymania stolca w związku z uszkodzeniami zwieraczy po porodzie. Pacjentka przychodzi do szpitala urodzić dziecko, a wychodzi - w przypadku nieleczenia - z ciężką i potencjalnie tylko częściowo uleczalną jednostką chorobową. W sposób szczególny na mechaniczne uszkodzenia zwieraczy narażone są kobiety, u których poród przebiega z trudnościami lub wymaga szybkiego ukończenia np. z powodu objawów zagrożenia życia płodu. Te działania, zwykle ratunkowe wobec płodu, wymuszają stosowanie szerokich nacięć krocza, wyciągaczy próżniowych czy też kleszczy. To z kolei przekłada się na wyższe ryzyko uszkodzeń tkanek miękkich kanału rodneggo i okolicy odbytu. Po ciężkich porodach ocena zwieraczy stanowi wyzwanie zarówno z powodu trudności w rozpoznaniu jak i zaopatrzeniu, gdyż mięśnie te po rozerwaniu zwykle bardzo krwawią. Tym niemniej mechaniczne uszkodzenia zwieraczy odbytu można - i należy - rozpoznawać i leczyć niemal natychmiast lub w krótkim czasie po porodzie. Dane literaturowe nie pozostawiają wątpliwości, że im szybciej zwieracz zostanie zaopatrzony, tym większa szansa, że naprawa będzie wysoce skuteczna. Jako wysoką skuteczność rozumiemy prawidłową pracę zwieracza w długim okresie czasu. Wiadomo bowiem że głównym problemem tych odroczonej napraw zwieraczy, to jest napraw wykonywanych w odległym czasie po porodzie, jest ich malejąca skuteczność wraz z upływem czasu. Wczesne naprawy zwieraczy uszkodzonych podczas porodu mają jeszcze jeden ważny wymiar: oszczędzają Pacjentce, która co dopiero urodziła dziecko, wszystkich niedogodności związanych z nietrzymaniem stolca w tym noszeniem pieluch, z którymi Pacjentka musi mierzyć się do czasu operacji naprawczej, i to ciągle sprawując opiekę nad nowo narodzonym dzieckiem a jednocześnie krążąc po poradniach w przygotowaniu do operacji naprawczej. W Polsce w przypadku amputacji w obrębie np. kończyny górnej pacjenci mają zapewnioną całodobowo dyżur replantacyjny pełniony w ośrodkach referencyjnych, do których ich się

kieruje. U podstaw utworzenia tych ośrodków było zrozumienie kalectwa jakie niesie ze sobą utrata choćby części kończyny górnej. Nie mam najmniejszych wątpliwości, że uszkodzenie zwieraczy, szczególnie podczas porodu w przypadku jego nieleczenia także prowadzi do ciężkiego kalectwa. Dlatego uważam za niezbędne objęcia tych Pacjenteń uporządkowanym programem opieki już od czasu rozpoznania uszkodzenia zwieraczy ze szczególnym zwróceniem uwagi na pilność postępowania diagnostycznego, chirurgicznego i szalenie ważnego postępowania rehabilitacyjnego (!) oraz uprzywilejowanie w otrzymywaniu porad ambulatoryjnych. W jakiś sposób należałoby także uwzględnić poradnictwo dla pacjentek po uszkodzeniach zwieraczy, które planują kolejną ciążę. Podsumowując uważam że temat uszkodzeń okołoporodowych zwieraczy powinien znaleźć zrozumienie tak aby Polki otrzymywały w zakresie tej potencjalnie ciężko okaleczającej jednostki chorobowej świadczenia odpowiadające aktualnemu stanowi wiedzy.

Kanakinumab w leczeniu choroby Stilla

Choroba Stilla to choroba heterogenna i może mieć różny przebieg, od niego uzależniona jest decyzja, jakiego leczenia wymagają konkretni pacjenci. Choroba Stilla może przyjąć formę jednorazowego rzutu, wielu rzutów z regularnymi nawrotami lub utrzymywać się stale. Jeśli przebieg choroby jest łagodny, to w ogóle nie musimy korzystać z tych substancji. Natomiast jeśli objawy są nasilone, to jest to wskazana forma leczenia i wtedy każdy potrzebujący pacjent może być poddany terapii przy zastosowaniu blokerów interleukiny pierwszej i szóstej. Choroba Stilla ma podłoże genetyczne, nie jesteśmy w stanie całkowicie jej zlikwidować, ale możemy wyeliminować objawy. Trzeba mieć świadomość, że może ona w każdej chwili powrócić. Dzięki stosowaniu inhibitorów interleukiny pierwszej i szóstej pacjenci mogą normalnie funkcjonować, nie mają żadnych ograniczeń, jeśli chodzi o wysiłek fizyczny czy dietę. Chory wraca do normalnego trybu życia, do pracy czy szkoły. Te leki przywracają całkowicie jego sprawność. Rekomendowana terapia polega na stosowaniu połączenia glikokortykosteroidów (GKS) z nowoczesnymi lekami biologicznymi. Chorzy w przypadku postaci stawowej stosują w pierwszym rzucie inhibitor interleukiny 6 (IL-6), a w przypadku postaci ogólnonarządowej – inhibitor interleukiny 1 (IL-1). W Polsce w ramach programu lekowego długodziałający inhibitor IL-1 jest niedostępny dla pacjentów z chorobą Stilla. Patrząc na mechanizm działania leków i choroby, inhibitory IL-1 działają na wcześniejszym etapie w kaskadzie procesu autozapalnego niż inhibitory IL-6. Część pacjentów nie reaguje na dostępne refundowane leczenie. Nie mamy w Polsce refundowanego w ramach programu lekowego długodziałającego inhibitora IL-1, który zwiększyłby możliwości terapeutyczne. Leki długodziałające to bardziej komfortowe rozwiązanie i nie jest to bez znaczenia, jeśli mówimy o terapii przez lata. Krótkodziałający inhibitor IL-1 wymaga codziennego podawania podskórnego, co oznacza codzienne klucie, co szczególnie dla dzieci, jest dodatkowo traumatyzujące. To ważne w przypadku dzieci, dla których psychicznym i fizycznym obciążeniem są codzienne wkłucia. System opieki zdrowotnej unika takiej traumatyzacji np. wśród pacjentów pediatrycznych z cukrzycą i refunduje pompy insulinowe do 26 r.ż. Stwierdzono związek chorób autozapalnych z czynnikami stresującymi. Obserwowany jest brak tolerancji leczenia i jego przerywanie.

Wytyczne EULAR 2023 wyeksponowały pozycję długodziałających inhibitorów IL-1, takich jak kanakinumab. Należy je stosować ASAP u pacjentów z chorobą Stilla. Dostęp pacjentów do diagnostyki i terapii jest zróżnicowany na terenie całej Polski, gdyż nadal w niektórych województwach brakuje specjalistycznych ośrodków. Istotne jest, by każdy chory trafiał do placówki z pełnym zapleczem diagnostyczno-terapeutycznym, tak by jak najszybciej otrzymał właściwą pomoc. Pełna oferta terapeutyczna nie jest dostępna dla wszystkich potrzebujących pacjentów. Kanakinumab, czyli długodziałający inhibitor IL-1) jest dostępny refundacyjnie dla pacjentów tylko w ramach programu RDTL, czyli Ratunkowym Dostępem do Technologii Lekowych, a nie wszystkie ośrodki lecznicze mogą z niej korzystać. To spore utrudnienie dla pacjenta, który na etapie diagnozy, leczenia i późniejszej kontroli może korzystać tylko z wybranych kilku ośrodków w Polsce. Dostęp refundacyjny do kanakinumabu w ramach programu lekowego znacząco

zmieniłby sytuację pacjentów i lekarzy. Obecnie klinicyści i pacjenci czekają na refundację publiczną kanakinumabu, jako mniej uciążliwej i obciążającej terapii (podawanej raz na miesiąc terapii). Krótkodziałający inhibitor IL-1 wymaga codziennego podawania podskórnego, co oznacza codzienne klucie. Towarzyszy temu stres i ból związany z wielokrotnymi wkłuciami. Jest to szczególnie ważne w przypadku dzieci, dla których codzienne wkłucia są obciążeniem psychicznym i fizycznym (system opieki zdrowotnej unika takiej traumatyzacji np. wśród pacjentów pediatrycznych z cukrzycą i refunduje pompy insulinowe do 26. r.ż.). znacząco zmieniłby sytuację pacjentów i lekarzy.

Co zrobić, aby zaspokoić potrzeby seniorów w kontekście dostępu do wyrobów medycznych?

Problemy demograficzne

Jednym z wyzwania, przed którym staje nasz kraj, jest starzenie się społeczeństwa. Udział osób starszych w populacji mieszkańców Polski systematycznie rośnie. Z danych GUS wynika, że na koniec 2021 r. liczba osób w wieku 60 lat i więcej wyniosła 9,7 mln, co oznacza wzrost o 0,2% w stosunku do roku poprzedniego. Kolejnym powodem do niepokoju jest fakt, że w 2023 roku na świat przyszło najmniej dzieci od II wojny światowej, a poziom dzietności (liczba dzieci na jedną kobietę) szacowany jest na mniej niż 1,20. Wobec tego zastępowalność pokoleń jest zagrożona, a my musimy podjąć radykalne kroki, aby maksymalnie zminimalizować negatywne skutki tej kryzysowej sytuacji.

Perspektywa branży wyrobów medycznych

W gąszczu niepokojących informacji jest też pozytywna – mimo starzejącego się społeczeństwa, średnia długość życia wzrasta (dane GUS, rok 2022 – mężczyźni 73 lata, kobiety 81 lat). Na ten wynik ma wpływ wiele czynników, w tym postęp technologiczny oraz większa świadomość pacjentów, która prowadzi do samokontroli i dbania o zdrowie. Kiedy jednak pojawia się konkretna diagnoza i konieczność wdrożenia specjalistycznej terapii, bądź pojawiają się dysfunkcje ruchowe, czy inne niepełnosprawności, najważniejszy jest odpowiedni dostęp do innowacyjnych wyrobów medycznych. Na ścieżce pacjenta w systemie ochrony zdrowia nie może zabraknąć wyrobów medycznych, które są niezbędne do diagnozowania, leczenia, rehabilitacji oraz kompensowania skutków niepełnosprawności.

3xS dla dobrej jakości życia – sprawny i samodzielny senior

Aktualnie funkcjonujący w Polsce system zleceniowy zapewnia sprawny i szybki dostęp do wyrobów medycznych. Na liście wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie znajdują się produkty niezbędne do codziennego zaopatrzenia pacjentów. Ten system jest idealnym narzędziem do zadbania o potrzeby seniorów w tym zakresie. Regularna aktualizacja i rozszerzenie wykazu wyrobów medycznych dostępnych na zlecenie osób uprawnionych stanowi istotny element zapewnienia wysokiej jakości życia seniorów. Wyroby medyczne do indywidualnego zaopatrzenia zapewniają użytkownikowi możliwie najlepszą **sprawność, jakość życia, chronią intymność oraz zapewniają godność** mimo wystąpienia choroby czy też niepełnosprawności. Szeroką grupą odbiorców tych wyrobów są **seniorzy**, którzy wraz z wiekiem tracą sprawność czy też wymagają wsparcia w związku z wystąpieniem zaburzeń sprawności organizmu. Odpowiednie zaopatrzenie w nowoczesne wyroby medyczne nie tylko **zapobiega ich wykluczeniu społecznemu, ale także umożliwia pełne funkcjonowanie w społeczeństwie i rodzinie**. Właśnie dlatego tak ważne jest, aby pacjent był zaopatrzony w wyrób medyczny dostosowany do jego indywidualnych potrzeb, najbardziej nowoczesny i łatwy w użytkowaniu. Co należy zrobić, aby tak było? Należy regularnie prowadzić aktualizację wykazu wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie zarówno jeśli chodzi o listę produktów, jak i wysokość limitów ich finansowania. Takie działanie powinno odbywać się przy udziale organizacji reprezentujących pacjentów, konsultantów krajowych, towarzystw naukowych i branży.

Aktualnie brakuje jednak sprecyzowanej procedury legislacyjnej, która skłoniłaby decydentów do regularności w tym zakresie.

Tak dla cyfryzacji opieki zdrowotnej

Aplikacje mobilne i rozwiązania telemedyczne są przyszłością sprawnej opieki medycznej, umożliwiając zarówno samokontrolę, jak i zdalne monitorowanie stanu zdrowia w czasie rzeczywistym przez lekarza czy opiekuna. Są to kolejne wyroby medyczne, które również idealnie adresują potrzeby seniorów i ich opiekunów. Zapewniają poczucie bezpieczeństwa seniorowi i umożliwiają jego pobyt w domu pod stałą opieką, odciążając tym samym system ochrony zdrowia i opieki społecznej. Zapewnienie bezpiecznego środowiska w domu umożliwia pozostanie seniorowi w znanym otoczeniu. Jednakże ogromnym wyzwaniem w tym obszarze jest brak jasnych ram prawnych dla procesów cyfryzacji opieki zdrowotnej w Polsce. Konieczne jest stworzenie takich ram prawnych, które umożliwią dynamiczny rozwój tego sektora. Branża wyrobów medycznych rozwija się w szybkim tempie, jednakże obecna legislacja często nie nadąża za tym postępem. Mamy przed sobą rynek, który charakteryzuje się dużym zróżnicowaniem i tendencją do ciągłego doskonalenia się w obrębie danego produktu. Zatem powinniśmy stworzyć platformę współpracy między regulatorem, płatnikiem, użytkownikami oraz dostawcami rozwiązań cyfrowych, by na bieżąco móc wymieniać niezbędne informacje: doświadczenia i potrzeby. Kolejnym krokiem powinno być opracowanie rejestru cyfrowych rozwiązań medycznych w Polsce, uwzględniającego identyfikację luk w dostępie do nowych technologii oraz opracowanie klarownej mapy drogowej ich wdrażania. Priorytetem powinna być budowa transparentnych ścieżek refundacyjnych dla technologii medycznych i wprowadzenie kryteriów przetargowych, które promują innowacyjne technologie. W tym wszystkim musimy także pamiętać o zbudowaniu polskiej specjalizacji technologicznej w obszarze przetwarzania dużych zbiorów danych medycznych i środowiskowych oraz zadbać o wdrożenie systemowych rozwiązań z zakresu cyberbezpieczeństwa sektora ochrony zdrowia. W rezultacie powinny powstać jasne, jednoznaczne i regularnie aktualizowane ramy prawne dla cyfryzacji opieki zdrowotnej, ze szczególnym uwzględnieniem standardów interoperacyjności – pozwalających na funkcjonowanie wyrobów w zgodności z przyszłymi produktami i systemami.

Znaczenie innowacyjnych procedur medycznych

O tym jaką procedurą medyczną będziemy operowani w szpitalu - czy będzie to inwazyjna operacja, kojarzona z długim okresem rekonwalescencji, czy procedura małoinwazyjna, która pozwoli nam praktycznie od razu wrócić do codziennych obowiązków - w dużej mierze decyduje koszyk świadczeń gwarantowanych. Wyzwania, które blokują rozszerzanie koszyka świadczeń o najnowocześniejsze technologie medyczne, dostrzegamy w samej procedurze ich wdrażania do systemu. Po pierwsze, wniosek może złożyć jedynie konsultant krajowy lub administracja publiczna. Rozszerzenie uprawnionych podmiotów o producentów wyrobów medycznych, którzy dysponują najważniejszymi informacjami na temat produktu, z uwzględnieniem efektów badań nad nim, znacznie skróciłoby cały proces. Po drugie, brak jasno określonych ram czasowych na każdym etapie rozpatrywania wniosku powoduje, że często dana procedura czeka latami na jej wprowadzenie do powszechnego stosowania. Biorąc pod uwagę szybki rozwój branży, można pokusić się o stwierdzenie, że technologie trafiają do polskich pacjentów w momencie, gdy przestają być innowacyjne. Zatem odpowiadając krótko na pytanie, *co zrobić, aby innowacyjne technologie mogły trafić do pacjentów?* - rozszerzyć liczbę podmiotów mogących składać wnioski o producentów wyrobów medycznych oraz wprowadzić określone ramy czasowe na każdym etapie rozpatrywania, tak aby cała procedura trwała maksymalnie 3 miesiące.

Kryzysy geopolityczne a bezpieczeństwo pacjentów

Ogromnym wyzwaniem nie tylko dla producentów i dystrybutorów wyrobów medycznych, ale także dla całego systemu ochrony zdrowia jest nowelizacja tzw. Ustawy Refundacyjnej z 2023 roku, w wyniku której

Minister Zdrowia uzyskał kompetencję ustalania urzędowych cen na wyroby medyczne. Możliwość odgórnego ustalania ceny na wyrób medyczny może prowadzić zarówno do ograniczenia dostępności innowacyjnych rozwiązań, ale również negatywnie wpłynąć na zapewnienie zabezpieczenia naszego państwa w wyroby medyczne na wypadek kryzysów geopolitycznych. Posiadając tak skonstruowane przepisy Polska nie jest atrakcyjnym rynkiem dla najbardziej innowacyjnych inwestorów. „Chcesz uniknąć wojny? Zaczynij się do niej przygotowywać” - to stwierdzenie pojawia się ostatnio w narracji rządzących. Dlatego konieczne jest stworzenie i utrzymanie przyjaznego środowiska biznesowego, zarówno pod względem inwestycji, jak i stabilnego zaplecza legislacyjnego. Rynek nie może być zaskakiwany i przeregulowany nieprzewidywalnymi w skutkach regulacjami prawnymi, jak często ma to miejsce.

KONTAKT:

Anna Jasińska – Rzecznik Medycznej Racji Stanu, tel. 734439122, e-mail: jasinska@greencomm.pl
Grażyna Mierzejewska – Ekspert Medycznej Racji Stanu, tel.734437337,
e-mail: mierzejewska@greencomm.pl

PATRONAT MEDIALNY:



SPONSORZY:

