



Fot. Termedia / Patryk Rydzik

W DEBACIE UCZESTNICZYLI:

- **prof. dr hab. n. med. Marcin Czech** – prezes Polskiego Towarzystwa Farmakoekonomicznego
- **prof. dr hab. n. med. Ryszard Gellert** – Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego, konsultant krajowy w dziedzinie nefrologii
- **prof. dr hab. n. med. Przemysław Mitkowski** – Szpital Kliniczny Przemienienia Pańskiego, Uniwersytet Medyczny w Poznaniu, prezes Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego
- **prof. dr hab. n. med. Dorota Zozulińska-Ziółkiewicz** – Uniwersytet Medyczny w Poznaniu, prezes Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego
- moderator: **Bartosz Kwiatek**

– Można obliczyć, ile wynosi zaciągnięty dług zdrowotny, biorąc pod uwagę zużycie zasobów w systemie ochrony zdrowia, patrząc przez pryzmat ograniczenia dostępności dla osób z innymi schorzeniami niż COVID-19, w tym z chorobami nerek, chorobami kardiologicznymi, cukrzycą. Duża część systemu jest zaangażowana w walkę z pandemią, dlatego w tych trzech obszarach obserwujemy dużo powikłań, które są kosztowne w leczeniu. To oznacza, że nie tylko zaciągamy dług bezpośredni, ale odsetki od tego długu są bardzo wysokie i to w przypadku każdej z tych chorób. Dlatego chcąc spłacić ten dług, korzystając ze wszystkich dostępnych możliwości, powinniśmy przesunąć tych pacjentów na właściwą ścieżkę diagnostyczno-leczniczą. Należy sięgać do tych rozwiązań farmakoterapeutycznych, które mają udowodnione pierwszorzędowe punkty końcowe. Musimy podjąć takie działania, żeby odsetki od długu zdrowotnego były jak najmniejsze. Również po to, żebyśmy przestali być niechlubnym liderem w Europie w statystykach dotyczących nadmiernych zgonów – powiedział ekspert.

Jaka farmakoterapia jest potrzebna

Paneliści ocenili dostęp do nowoczesnych terapii, które pozwoliłyby dobrze leczyć pacjentów z trzema omawianymi chorobami i zmniejszyć zaciągnięty dług zdrowotny. Prof. Dorota Zozulińska-Ziółkiewicz: – W cukrzycy mamy narzędzia, żeby zapobiegać wielu zdarzeniom niepożądanym, niestety dostęp do nich jest limitowany. Pacjenci do 18. roku życia z cukrzycą typu 1 są doskonale zaopatrzeni. Po ukończeniu 18 lat do 26. roku życia, jeżeli są leczeni przy użyciu osobistej pompy insulinowej, mają możliwość zsynchronizowania jej z systemem ciągłego monitorowania glikemii. Czyli jest dobrze – dostęp jest szeroki, ponieważ ten sprzęt jest refundowany. Jednocześnie jednak z ukończeniem przez pacjenta 18. roku życia kończy się refundacja systemów ciągłego monitorowania glikemii metodą skanowania. Gdy pacjent kończy 26 lat, nie ma dalszej refundacji pomp i zsynchronizowanych z nimi systemów ciągłego monitorowania glikemii. Oznacza to drastyczne pogorszenie możliwości kontrolowania cukrzycy, czyli to, co

się dzieje dobrego w okresie dzieciństwa, wieku nastoletnim – u młodego dorosłego po 26. roku życia zostaje zaprzepaszczone. To, co funkcjonuje, żeby w przyszłości nie było przewlekłych powikłań, zostaje zburzone systemowo. Większości pacjentów nie stać na zakup pompy czy systemu ciągłego monitorowania. W cukrzycy typu 2 terapię zrewolucjonizowały dwie grupy tzw. nowych leków, czyli analogi GLP-1 i inhibitory SGLT2. Są to leki, które zgodnie z dowodami naukowymi pozwalają na efektywne leczenie pacjentów, a tym samym na odroczenie w czasie ryzyka wystąpienia przewlekłych powikłań, zdarzeń sercowo-naczyniowych, hospitalizacji z ich powodu. Leki, które dają szansę na dłuższe życie. Pozwalają również opóźnić trudny dla chorych moment rozpoczęcia insulinoterapii, która wiąże się z większym prawdopodobieństwem ostrych powikłań cukrzycy i koniecznością hospitalizacji. Mamy dowody, że te leki działają i nefroprotekcynie, i kardioprotekcynie. Floszyny, które zaczęły swoją karierę w diabetologii, teraz są zalecane również chorym z niewydolnością serca. Staty-

styki dotyczące zgonów pacjentów z cukrzycą typu 2 pokazują, że dominują wśród nich nagłe zgony, ale już na drugim miejscu znajduje się niewydolność serca. Ma ją co 10. chory na cukrzycę. Dysponujemy lekami, które mogą te statystyki zmienić i sprawić, że chorzy będą dłużej i lepiej żyli z cukrzycą. Nie możemy zapominać o analogach GLP-1, które redukują masę ciała. Zmieńmy myślenie, politykę i zainwestujmy w zdrowie. Promujmy dobre wyrównanie cukrzycy.

Prof. Ryszard Gellert: – Jeśli do obecnie stosowanych leków dodamy floszyny, możemy o kilka lat opóźnić rozpoczęcie leczenia dializami. Chcę podkreślić, że to nie są drogie leki, natomiast przeszczepienie nerki i dializy wiążą się z ogromnymi kosztami dla systemu. Z 7 mld zł, które wydajemy na pacjentów z przewlekłą chorobą nerek, 2 mld zł są przeznaczane na leczenie dializami i przeszczepami, resztę stanowią tzw. koszty ciągnione [są konsekwencją wcześniej podjętych decyzji – przyp. red.]. Szukajmy rozwiązań w fazie przeddializacyjnej. Teraz dopiero 11 miesięcy przed dializami

PRIORYTETY W OCHRONIE ZDROWIA 2022



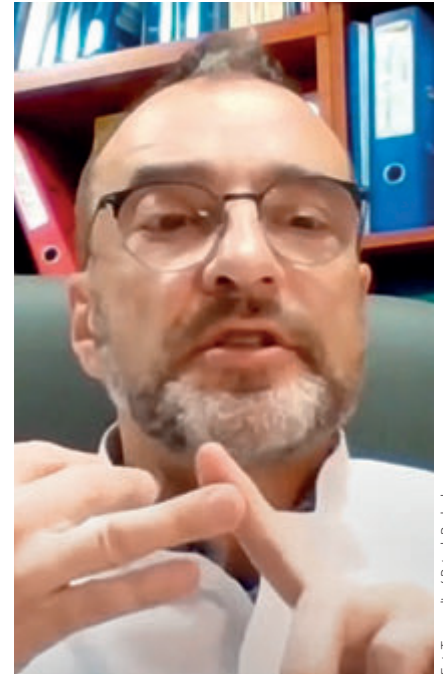
Fot. Termedia / Patryk Rydzik



Fot. Termedia / Patryk Rydzik



Fot. Termedia / Patryk Rydzik



Fot. Termedia / Patryk Rydzik

”

prof. Dorota Zozulińska-Ziótkiewicz:
Flozyny, które zaczynały swoją karierę w diabetologii, teraz są zalecane również chorym z niewydolnością serca. Niewydolność serca jest drugą przyczyną zgonów pacjentów diabetologicznych. Dysponujemy lekami, które mogą te statystyki zmienić i sprawić, że chorzy będą dłużej i lepiej żyli z cukrzycą

pacjenci trafiają do nefrologa, a połowa z nich w ogóle wcześniej nie była u takiego specjalisty. Każda osoba z niewielkim podwyższeniem kreatyniny, niezależnie od wieku i płci, ma o 30 proc. skróconą oczekiwaną długość życia. Przy znacznie podwyższonym stężeniu kreatyniny oczekiwana długość życia jest skrócona o 80 proc. Gdyby odpowiednio wcześniej było to wykryte i chory zostałby skierowany do specjalisty, najprawdopodobniej średnia długość życia w Polsce wzrosłaby o 2 lata. To jest prawdziwe wyzwanie dla systemu opieki zdrowotnej, zwłaszcza że w 2040 r. przewlekła choroba nerek najprawdopodobniej będzie piątą co do częstości przyczyną zgonów. Wszyscy musimy zacząć zwracać na nią uwagę. Pamiętajmy przy tym, że nie ma choroby nerek bez chorób serca i odwrotnie. Z kolei cukrzyca przyczynia się i do przewlekłej choroby nerek, i do chorób serca. Nie ma niewydolności nerek bez insulinooporności. NFZ zwraca uwagę tylko na leczenie farmakologiczne albo zabiegowe, natomiast kompletnie nie zauważa roli dietetyków i psychologów w leczeniu chorób

”

prof. Przemysław Mitkowski:
Flozyny łączą nasze trzy specjalności i warto zabiegać o szeroki dostęp do nich, bo poprawiają rokowanie: zmniejszają śmiertelność, częstość i liczbę hospitalizacji, wydłużają życie w dobrym stanie czynnościowym

cywilizacyjnych. Jeśli do omawianych trzech chorób populacyjnych podchodzilibyśmy holistycznie, co jest prawdziwym wyzwaniem dla nas wszystkich, to okaże się, że mamy sporo do uzyskania, możemy dużo zaoszczędzić. Pomogłoby to spłacić dług zdrowotny, który zaciągnęliśmy nie tylko z powodu pandemii COVID-19. Zaciągnęliśmy go również z przyczyn organizacyjnych.

Prof. Przemysław Mitkowski: – Obecnie każdego roku umiera ponad 140 tys. chorych z niewydolnością serca. Stanowi to 1/3 wszystkich odnotowywanych w Polsce zgonów. Niewydolność serca jest przyczyną prawie 600 tys. hospitalizacji rocznie. To jest 2,5 razy więcej niż średnia w krajach OECD. Jeśli chory z niewydolnością serca zachoruje na COVID-19, ryzyko zgonu wynosi 33–41 proc. W kardiologii mamy w ostatnim czasie wysyp leków, które poprawiają rokowanie chorych. Zwykle skupiamy się na zmniejszeniu śmiertelności i liczby hospitalizacji. To, na co powinniśmy również zwrócić uwagę, to zyskane lata życia w dobrym stanie czynnościowym. W ogłoszonych

”

prof. Ryszard Gellert:
Już nieznacznie podwyższone stężenie kreatyniny wpływa na skrócenie życia o 30 proc. Znaczny wzrost stężenia kreatyniny skraca życie o 80 proc. Kontrola tego parametru wydłużyłaby średnią długość życia Polaków o 2 lata

w ubiegłym roku zaleceniach Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego (ESC) dotyczących postępowania w niewydolności serca zostały wskazane cztery grupy leków stanowiących podstawę leczenia pacjentów z niewydolnością serca z obniżoną frakcją wyrzutową lewej komory (HFrEF). Rekomendowane jest sięganie po leki z wszystkich tych czterech grup jednocześnie i wprowadzanie ich możliwie jak najwcześniej z uwagi na ogromne korzyści kliniczne. To jest bardzo istotne, ponieważ przyspieszamy w ten sposób czas do optymalnego leczenia. Niestety dwie spośród czterech grup leków stanowiących filary terapii nie są refundowane w Polsce. W stosunku do grupy ARNI (sakubitryl/walsartan) nie toczy się obecnie proces refundacyjny. Druga grupa to inhibitory SGLT2. Mamy dwie flozyny, co do których w badaniach wykazano, że ich zastosowanie zmniejsza ryzyko hospitalizacji aż o 30 proc. Należy podkreślić, że choć eksperci nie dopatrują się różnic w efektach ich działania u chorych, to w przypadku jednej z flozyn, dapagliflozyny, wykazano też redukcję zgonów o 20 proc.

”

prof. Marcin Czech:
Musimy podjąć takie działania, żeby odsetki od długu zdrowotnego były jak najmniejsze. Również po to, żebyśmy przestali być niechlubnym liderem w Europie w statystykach dotyczących nadmiarowych zgonów

Zastosowanie flozyn poprawia również jakość życia chorych z niewydolnością serca.

Jak zapadają decyzje refundacyjne

Prof. Marcin Czech, który był podsekretarzem stanu w Ministerstwie Zdrowia, wyjaśnił, jakimi względami musi się kierować wiceminister odpowiedzialny za refundacje, podejmując decyzje.

– Wiceminister zdrowia Maciej Miłkowski, odpowiedzialny za farmakoterapię, zapewne patrzy globalnie na wszystkie koszty w systemie. Niewydolność serca jest wydatkiem numer 1 na liście NFZ. W tej chorobie oczekiwana długość życia jest krótsza niż w pięciu najczęstszych nowotworach. Nie zdajemy sobie sprawy z tego, że jakość życia chorych z niewydolnością serca jest porównywalna z jakością życia osób dializowanych, czyli niska – powiedział prof. Marcin Czech. Minister odpowiadający za farmakoterapię musi uwzględnić wiele czynników. – Warto spojrzeć, w których obszarach były podejmowane decyzje refundacyjne w ostatnim



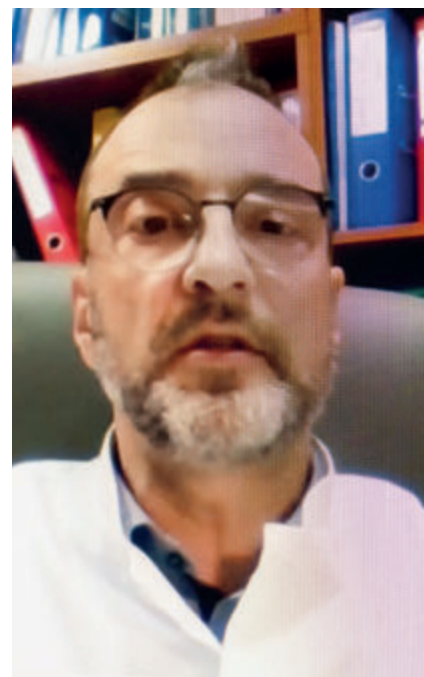
Fot. Termedia



Fot. Termedia / Patryk Rydzik



Fot. Termedia / Patryk Rydzik



Fot. Termedia / Patryk Rydzik

”

prof. Dorota Zozulińska-Ziółkiewicz:
W cukrzycy mamy narzędzia, żeby zapobiegać wielu zdarzeniom niepożądanym, niestety dostęp do nich jest limitowany

czasie. Dotyczyły one głównie chorób nowotworowych i rzadkich. Choroby nowotworowe są priorytetem w Polsce, ale kardiologia również, a choroby rzadkie były przez wiele lat zanedbywane. Trzeba jednak mieć na uwadze, że to choroby populacyjne najbardziej wpływają na zdrowie obywateli. I tutaj nie mieliśmy wiele refundacji. Z drugiej strony nie ma ostatnio w farmakoterapii wielu przykładów, gdzie moglibyśmy się pochwalić wydłużeniem życia. Do tych leków należą floszyny, które w trzech omawianych schorzeniach populacyjnych mogą odegrać ważną rolę. Znalazły się one w wytycznych europejskich, które powinny być brane pod uwagę również w decyzjach refundacyjnych – ocenił prof. Marcin Czech.

– Była mowa o podejściu holistycznym do pacjentów z tych trzech obszarów. Co jest nam potrzebne do takiego podejścia? Wydaje się, że kluczowa jest koordynacja opieki. Zaczynając od POZ, uwzględniając porządną diagnostykę, wczesne rozpoznawanie chorób. Kolejny punkt to wczesne wdrażanie terapii, która jest skuteczna i efektywna kosztowo, a rozwiązania, o których mówimy, są efektywne kosztowo – dodał ekspert.

”

prof. Przemysław Mitkowski:
Skupiając się na COVID-19, nie zauważyliśmy, że umierają inni chorzy, że mamy inne choroby, którym należy skutecznie przeciwdziałać, rozpoznawać i leczyć

Prof. Marcin Czech podkreślił, że nie można zapominać o interwencjach dotyczących stylu życia, ponieważ mają one niebywałą wartość tak w cukrzycy, jak i chorobach nerek oraz chorobach serca. – To jest bardzo tania i leżąca w rękach każdego z nas interwencja. Połączona ze skuteczną kampanią szczepień pozwoliłaby bez wątpienia ten dług znacznie zredukować – przekonywał. Moderujący dyskusję red. Bartosz Kwiatek przypomniał, że w 2021 r. 32 decyzje refundacyjne dotyczyły onkologii, 29 chorób rzadkich (w sumie to 90 proc. wszystkich podjętych w ubiegłym roku), a tylko 7 było związanych z chorobami populacyjnymi. Dlaczego tak jest?

– Trudność decyzji refundacyjnych w tym obszarze polega na tym, że dotyczą one olbrzymich populacji. W związku z tym nawet jeśli lek jednostkowo kosztuje niewiele, to po przemnożeniu przez liczbę osób, które powinny go otrzymać, powstają duże kwoty – wyjaśnił prof. Marcin Czech.

– Może rok 2022 będzie rokiem chorób populacyjnych. Kandydatów wg HTA i EBM nie ma aż tak dużo. Potrzebne są negocjacje, popatrzenie, gdzie zaoszczędzimy w systemie,

”

prof. Ryszard Gellert:
Jeśli do obecnie stosowanych leków dodamy floszyny, to możemy o kilka lat opóźnić rozpoczęcie leczenia dializami. To nie są drogie leki, natomiast przeszczepienie nerki i dializy wiążą się z ogromnymi kosztami dla systemu

i mam nadzieję, że doczekamy się czasów, kiedy w Polsce portfolio leków, po które można sięgnąć w chorobach populacyjnych, będzie szersze – podsumował ekspert.

Floszyny receptą na choroby populacyjne

W kontekście innowacyjnej farmakoterapii eksperci jednogłośnie stwierdzili, że floszyny wiążą wspomniane trzy obszary terapeutyczne i warto zabiegać o ich szeroką dostępność, bo poprawiają rokowanie chorych: zmniejszają liczbę hospitalizacji, mają wpływ na wydłużenie życia i redukują śmiertelność.

– Na wspólnej recepcie dla chorych z omawianych trzech obszarów powinny się znaleźć elementy wchodzące w skład zdrowego trybu życia. Żadna technologia, żadne rozwiązania farmakologiczne nie dadzą tego, co zdrowy styl życia. Jeżeli chodzi o farmakoterapię, to w chorobach populacyjnych łączy nas zwiększenie dostępności floszyn oraz analogów GLP-1. Biorąc pod uwagę farmakoekonomikę, tańsze są floszyny – oceniła prof. Dorota Zozulińska-Ziółkiewicz.

Prof. Ryszard Gellert również podkreślił rolę zdrowego stylu życia, a także edukacji oraz

”

prof. Marcin Czech:
W chorobach populacyjnych, w których mamy ogromny dług zdrowotny, decyzje refundacyjne powinny być poważnie rozważone

prewencji pierwotnej i wtórnej. – Potem mówimy o kardio-diabeto-nefrologii. Kiedyś była to po prostu interna. Jestem dumny, że jestem internistą. Ta dziedzina została rozbita z powodu warunków ekonomicznych, rozliczeń finansowych. My lekarze powinniśmy leczyć pacjenta, nie chorobę. Tworzyć indywidualny plan leczenia, który będzie dla niego najlepszy. Bądźmy internistami – powiedział. Prof. Przemysław Mitkowski zwrócił uwagę na znaczenie wczesnego rozpoznawania czynników ryzyka oraz edukacji społeczeństwa. – Z bezpłatnego ministerialnego programu Profilaktyka 40 Plus skorzystało zaledwie 1 proc. uprawnionych. Jeżeli nie będzie świadomości w społeczeństwie, że stan zdrowia przekłada się na status społeczno-ekonomiczny, nic z tego nie wyjdzie. Niestety teraz zajmujemy się głównie medycyną korekcyjną, a nie profilaktyką. Na profilaktykę chorzy rzadko do nas trafiają. Jeśli chodzi o farmakoterapię, floszyny łączą nasze trzy specjalności i warto zabiegać o szeroki dostęp do nich, bo poprawiają rokowanie: zmniejszają śmiertelność, długość i liczbę hospitalizacji, wydłużają życie w dobrym stanie czynnościowym – podsumował. ■