

## PRIORITIES AND CHALLENGES IN POLISH AND EUROPEAN DRUG POLICY

# Polak wysokiego ryzyka

Europejskie Towarzystwo Kardiologiczne określa Polskę mianem kraju o wysokim ryzyku sercowo-naczyniowym. Choroby układu krążenia, które w 2021 r. stanowiły u nas przyczynę aż 35 proc. wszystkich zgonów, uważane są za głównego zabójcę Polaków. Tę sytuację mają poprawić programy KOS-zawał, KOS-zawał+, a także Narodowy Program Chorób Układu Krążenia na lata 2022–2032. Zdaniem ekspertów jesteśmy świadkami rewolucyjnych zmian w polskiej kardiologii.

Każdego roku niemal 75 tys. osób w Polsce doświadcza udaru mózgu, a 80 tys. – zawału serca. Z powodu chorób sercowo-naczyniowych umiera u nas prawie dwukrotnie więcej ludzi niż w pozostałych krajach Unii Europejskiej. Dla porównania – w Danii zgon z powodu chorób sercowo-naczyniowych stanowiły tylko 22 proc., we Francji – 24 proc., w Holandii i Belgii – 25 proc., a w Hiszpanii – 28 proc. wszystkich zgonów. Mężczyźni umierają u nas średnio w wieku 74,1 roku, czyli o ok. 4,6 roku wcześniej, niż wynosi średnia europejska. Z kolei dla Polek średnia długość życia to 81,8 roku – o prawie 2 lata mniej niż w innych krajach Unii Europejskiej. Prawie połowa Polaków ma podwyższone stężenie cholesterolu LDL, lecz mało kto jest świadomy, że jest to główna przyczyna zawałów serca i udarów mózgu. Podsumowując – sytuacja nie jest najlepsza.

– W ostatnich latach skróciła się oczekiwana długość życia Polaków. Po części jest to efekt pandemii, ale tak naprawdę kryzys zaczął się prawie dekadę temu, na co wpływ miały jakość opieki medycznej i styl życia. Od 20 lat rośnie u nas spożycie alkoholu, przy czym w takich krajach jak Francja, Hiszpania czy Włochy – spada. Ostatnio Polacy palą też więcej papierosów. Obserwujemy również epidemię otyłości, szczególnie u osób młodych i dzieci, co przekłada się na częstotliwość występowania cukrzycy – wymieniał prof. dr hab. n. med. Piotr Jankowski, kierownik Kliniki Chorób Wewnętrznych i Gerontokardiologii Szpitala Klinicznego im. prof. W. Orłowskiego w Warszawie.

### Niezbędna optymalizacja modelu opieki

Opieka kardiologiczna w Polsce wymaga zatem optymalizacji. Dotyczy to modelu opieki, wyceny świadczeń, liczby osób stanowiących kadre medyczną i pomocniczą, refundacji nowych technologii medycznych – leków, wyrobów medycznych i rozwiązań e-zdrowia, a także poprawy w zakresie profilaktyki pierwotnej i wtórnej. Jakie rozwiązania należałoby wdrożyć, aby mniej Polaków umierało z przyczyn sercowo-naczyniowych?



### W DEBACIE UCZESTNICZYLI:

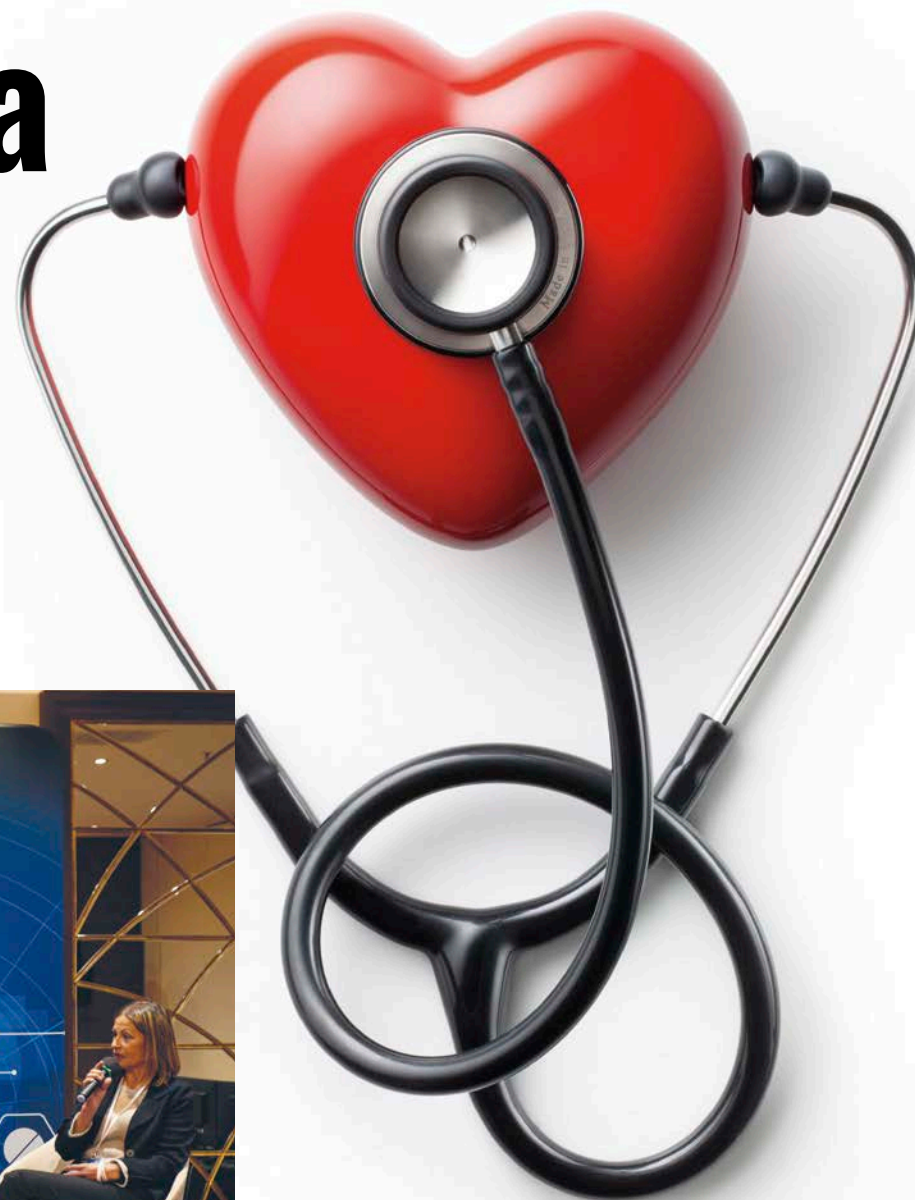
- **dr n. ekon. Małgorzata Gałązka-Sobotka** – dziekan Centrum Kształcenia Podyplomowego, dyrektor Instytutu Zarządzania w Ochronie Zdrowia Uczelni Łazarskiego
- **prof. dr hab. n. med. Tomasz Hryniewiecki** – konsultant krajowy w dziedzinie kardiologii, pełnomocnik ministra zdrowia do spraw Narodowego Programu Chorób Układu Krążenia oraz pilotażu Krajowej Sieci Kardiologicznej
- **prof. dr hab. n. med. Piotr Jankowski** – kierownik Kliniki Chorób Wewnętrznych i Gerontokardiologii Szpitala Klinicznego im. prof. Witolda Orłowskiego w Warszawie
- **dr hab. n. med. Agnieszka Mastalerz-Migas, prof. UMW** – kierownik Katedry i Zakładu Medycyny Rodzinnej Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu, konsultant krajowa w dziedzinie medycyny rodzinnej, prezes Polskiego Towarzystwa Medycyny Rodzinnej
- **prof. dr hab. n. med. Przemysław Mitkowski** – kierownik Pracowni Elektroterapii Serca w Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym w Poznaniu, prezes Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego
- **Agnieszka Wolczenko** – prezes Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Pacjentów ze Schorzeniami Serca i Naczyń EcoSerce

Doktor n. ekon. Małgorzata Gałązka-Sobotka, dziekan Centrum Kształcenia Podyplomowego i dyrektor Instytutu Zarządzania w Ochronie Zdrowia Uczelni Łazarskiego, uważa, że koordynacja i kompleksowość pozwolą nam optymalnie wykorzystać zasoby systemu, które są deficytowe.

– Z punktu widzenia wielkości naszej populacji, struktury problemów epidemiologicznych, ich dynamiki i zasobów, które mamy do dyspozycji, chociażby kadrowych

i finansowych, musimy szukać sposobów na zoptymalizowanie działania. Jeśli naszym celem jest zmniejszenie zapadalności i wczesne rozpoznawanie chorób układu krążenia oraz zmniejszenie ich wpływu na jakość i długość życia pacjentów, to konieczne musimy przeanalizować dotychczasowe ścieżki pacjentów, miejsca i interwencje, które są wobec nich stosowane, czas i wykorzystywane zasoby oraz efekty tych działań. Tylko wtedy rozpoznamy przyczyny błędów

i obszary marnotrawstwa. Kluczowe jest zdefiniowanie standardu postępowania, do którego chcemy dążyć. Bez tego nie jesteśmy w stanie optymalnie organizować zasobów kadrowych, infrastrukturalnych i finansowych. Przy słowie „standard” bardzo często pojawia się obawa, że nie każdy pacjent jest taki sam i nie sposób zastosować ten sam schemat diagnostyki i leczenia wobec każdego. I są to fakty, które nie stoją w sprzeczności z ideą opieki wystandaryzowanej,



dr Małgorzata Gałązka-Sobotka: Pełna wiedza o niedoskonałościach i różnicach w efektywności pozwoli na doskonalenie procesów i sprawi, że integracja i koordynacja zyskają szerokie poparcie i zastosowanie zarówno na poziomie pojedynczych podmiotów, jak i rodzajów oraz poziomów świadczeń

prof. Przemysław Mitkowski: Program KOS-zawał wskazał nam miejsca, które wymagają poprawy, np. osiągnięcie celów terapeutycznych w obszarze gospodarki lipidowej. Tylko 20 proc. pacjentów po roku osiąga cel terapeutyczny w zakresie stężenia cholesterolu

prof. Piotr Jankowski: W ostatnich latach skróciła się oczekiwana długość życia Polaków. Od 20 lat rośnie u nas spożycie alkoholu. Ostatnio Polacy palą też więcej papierosów. Obserwujemy epidemię otyłości, szczególnie u osób młodych i dzieci, co przekłada się na częstotliwość występowania cukrzycy

w której możliwe i akceptowalne są odchylenia od wytycznych klinicznych wynikające z indywidualnych potrzeb pacjenta. Podstawą optymalizacji jest oparcie całego procesu na rzetelnych i kompletnych danych, odnoszących się zarówno do twardych punktów końcowych, wskaźników procesów, np. czasu oczekiwania na diagnostykę lub kosztów przypadających na pacjenta. Analiza tych danych na poziomie placówki i całego systemu, wykorzystanie potencjału benchmarkowania pozwolą projektować interwencje adekwatne do potrzeb, uwolnić potencjał wydajności, który tkwi zazwyczaj w źle zorganizowanych procesach. To właśnie pełna wiedza o niedoskonałościach i różnicach w efektywności pozwoli na doskonalenie procesów i sprawi, że integracja i koordynacja zyskają szerokie poparcie i zastosowanie zarówno na poziomie pojedynczych podmiotów, jak i rodzajów oraz poziomów świadczeń – wyjaśniła ekspertka.

### KOS-zawał – model opieki

U chorych po zawale serca kluczowy jest okres pierwszych 12 miesięcy. W tym czasie śmiertelność jest najwyższa, a kolejne zdarzenia sercowo-naczyniowe najczęstsze. Także z tego powodu, że szacunkowo nawet połowa pacjentów przestaje się stosować do zaleceń lekarza. Nie przychodzi im też łatwo zmiana stylu życia, wdrożenie odp-

wiedniej diety, redukcja masy ciała czy zaprzestanie palenia wyrobów tytoniowych. Aby poprawić tę sytuację, w 2017 r. uruchomiono KOS-zawał, czyli program kompleksowej opieki nad pacjentem po zawale serca, który ma na celu poprawę kontroli nad chorymi w tym najważniejszym dla nich okresie. Pod względem odsetka osób objętych tym programem prym wiedzie województwo śląskie – 57 proc. pacjentów. Znacznie gorzej wygląda sytuacja w województwie mazowieckim – tylko 10 proc. Jak wynika z danych NFZ, w 2022 r. możliwość włączenia do programu miał zaledwie co czwarty chory. Tymczasem powinien mieć ją każdy pacjent po rewaskularyzacji, a w szczególności po ostrym zespole wieńcowym (OZW). Konsultant krajowy w dziedzinie kardiologii, pełnomocnik ministra zdrowia do spraw Narodowego Programu Chorób Układu Krążenia oraz pilotażu Krajowej Sieci Kardiologicznej prof. dr hab. n. med. Tomasz Hryniewiecki zapowiedział, że ta sytuacja niebawem się zmieni – od nowego roku dostęp do programu ma być obligatoryjny dla wszystkich ośrodków. Prezes Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego prof. dr hab. n. med. Przemysław Mitkowski, kierownik Pracowni Elektroterapii Serca w Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym w Poznaniu, przekonywał, że

śmiertelność wśród pacjentów leczonych w ośrodkach, które realizują KOS-zawał, jest nawet dwukrotnie mniejsza niż wśród pacjentów leczonych poza tymi ośrodkami. – Myślę, że zasadniczą rolę odgrywa w tym przypadku koncepcja opieki koordynowanej. Dzięki temu chory po zawale serca, wychodząc ze szpitala, dokładnie wie, do kogo i kiedy ma się zgłosić, a osoba, do której się zgłasza, dokładnie wie, co sprawdzić i co zmodyfikować. Program KOS-zawał wskazał nam miejsca, które wymagają poprawy, np. osiągnięcie celów terapeutycznych w obszarze gospodarki lipidowej. Potrafimy naszych chorych zachęcić do tego, żeby nie palili papierosów, wiemy, jak obniżyć u nich ciśnienie tętnicze, ale nie jesteśmy w stanie osiągnąć celu terapeutycznego, jakim jest obniżenie poziomu cholesterolu LDL, którego stężenie nie powinno być wyższe niż 55 mg/dl. Nie wszyscy chorzy otrzymują też optymalną terapię farmakologiczną. Jedynie ok. 18 proc. dostaje statynę w dużej dawce razem z ezetymibem. W efekcie tylko 20 proc. pacjentów po roku osiąga cel terapeutyczny w zakresie stężenia cholesterolu – mówił.

KOS-zawał+ ma być przeprowadzony w 10 ośrodkach w kraju – w 7, które są ośrodkami referencyjnymi w ramach Krajowej Sieci Kardiologicznej, a dodatkowo w 3 dużych ośrodkach spoza sieci. Szacuje się, że w ciągu 18 miesięcy jego trwania zostanie do niego włączonych ok. 1000 chorych. Jeśli program przyniesie spodziewane efekty, zdaniem ekspertów możemy się spodziewać sukcesu na skalę międzynarodową. Na czym ma się skupić KOS-zawał+?

– Myśląc o poprawie realizacji KOS-zawał, warto powiedzieć o KOS-zawał+. Mamy dowody na to, że nie wszystkie czynniki ryzyka są w ramach KOS-zawał idealnie kontrolowane. Może to wynikać z braku analizy parametrów związanych z jakością, których jest wiele. Jednym z nich, bardzo istotnym, jest kontrola stężenia cholesterolu u pacjenta po zawale. KOS-zawał+ ma na celu zwrócenie uwagi na pojedynczy czynnik ryzyka



# PRIORITIES AND CHALLENGES IN POLISH AND EUROPEAN DRUG POLICY



Fot. Patryk Byczyk



Fot. Patryk Byczyk



Fot. Patryk Byczyk

”

prof. Agnieszka Mastalerz-Migas: *Obawiam się, że za wiele zgonów odpowiedzialny jest brak przepływu informacji. Przykładem może być opieka poszpitalna nad pacjentami z niewydolnością serca, gdzie koordynacja opieki między szpitalnictwem, specjalistyczną opieką ambulatoryjną a opieką podstawową jest naprawdę kluczowa*

i wdrożenie nowoczesnych metod leczenia, co pozwoli poprawić rokowanie pacjentów – wyjaśnił prof. Przemysław Mitkowski.

## Narodowy Program Chorób Układu Krążenia na lata 2022–2032

Przełomowym wydarzeniem dla polskiej kardiologii było uchwalenie w grudniu 2022 r. Narodowego Programu Chorób Układu Krążenia na lata 2022–2032 oraz wprowadzenie pilotażu Krajowej Sieci Kardiologicznej na terenie 7 województw (dolnośląskie, łódzkie, małopolskie, mazowieckie, pomorskie, śląskie, wielkopolskie), obejmującego ok. 65 proc. ludności Polski (24,5 mln osób). Jednym z celów programu ma być obniżenie zachorowalności i umieralności z powodu chorób układu krążenia, w tym zmniejszenie nadumieralności mężczyzn w wieku produkcyjnym (25–64 lata) oraz zbliżenie wskaźników stanu zdrowia (długość trwania życia, liczba zgonów oraz chorobowość) do średnich w Unii Europejskiej. Mimo że Europejskie Towarzystwo Kardiologiczne zaleca przygotowanie takiego programu wszystkim państwom członkowskim, dotychczas uruchomiły go jedynie Hiszpania i Polska.

– Jesteśmy świadkami rewolucyjnych zmian w kardiologii czy też szerzej – w medycynie zajmującej się chorobami układu krążenia – podkreślił prof. Tomasz Hryniewiecki. – Po części odwołujemy

”

prof. Tomasz Hryniewiecki: *Jednym z ważnych zadań będzie przygotowanie standardów diagnostyczno-terapeutycznych w większości chorób układu krążenia. Zaczynamy od hipercholesterolemii, a celem jest danie lekarzom do ręki wszelkich nowoczesnych możliwości terapeutycznych, łącznie z inhibitorami PCSK9 i inkisiranem*

się do naszych bardzo dobrych doświadczeń z programem POLKARD, który ruszył 20 lat temu i był nakierowany głównie na inwestycje i sprzęt, którego nam wtedy brakowało. Teraz mamy doskonały sprzęt, ośrodki, wykształconych specjalistów, robimy wszystko, co robi się na świecie. Problemem jest jednak to, że nasi pacjenci zbyt późno trafiają do specjalistycznych placówek, nie mają też pełnego dostępu do najnowszych metod leczenia farmakologicznego i zabiegowego. Sytuację ma zmienić program, który właśnie się rozpoczął, o co od lat zabiegało środowisko kardiologów. Ma on objąć wszystkie aspekty opieki nad pacjentem – od diagnostyki przez farmakoterapię do leczenia za pomocą rozmaitych urządzeń. Znalazły się w nim różne metody leczenia, diagnostyki, ale też zmiany organizacyjne, które mają być wprowadzone. Szczególny akcent położono na profilaktykę, zwłaszcza u dzieci i młodzieży, którą należy przekonać, że można żyć inaczej i inaczej się odżywiać. Wskaźniki epidemiologiczne pokazują, że sytuacja w tej grupie wiekowej nie wygląda najlepiej. Jednym z ważnych zadań będzie przygotowanie standardów diagnostyczno-terapeutycznych w większości chorób układu krążenia. Zaczynamy od hipercholesterolemii, a celem jest danie lekarzom do ręki wszelkich nowoczesnych możliwości terapeutycznych, łącznie z inhibitorami

”

Agnieszka Wołczyńska: *Mając do dyspozycji narzędzia diagnostyczno-terapeutyczne, lekarz będzie mógł wykonać pacjentowi podstawowe badania już na poziomie POZ. Dzięki temu chory trafi do specjalisty z pakietem badań, może nawet ze wstępną diagnozą*

PCSK9 i inkisiranem. Oczywiście startujemy z programem ze złego punktu – jesteśmy krajem o wysokim ryzyku sercowo-naczyniowym, ale przez to mamy większe szanse na spektakularne efekty. Uruchomiliśmy też badanie epidemiologiczne WOBASZ NIKARD, które pokaże nam, jaki jest stan populacji na początku programu i jakie jest rozpowszechnienie czynników ryzyka. To badanie zostało po raz pierwszy przeprowadzone 20 lat temu przez Narodowy Instytut Kardiologii, a teraz chcemy je wprowadzić jako stały mechanizm monitorowania sytuacji epidemiologicznej w kraju – dodał.

## Współpraca POZ z AOS w zakresie kardiologii

W kontekście redukcji śmiertelności z powodu chorób sercowo-naczyniowych w Polsce konieczna staje się współpraca pomiędzy podstawową opieką zdrowotną a ambulatoryjną opieką specjalistyczną. Konsultant krajowa w dziedzinie medycyny rodzinnej i prezes Polskiego Towarzystwa Medycyny Rodzinnej dr hab. n. med. Agnieszka Mastalerz-Migas, prof. UMW, kierownik Katedry i Zakładu Medycyny Rodzinnej Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu, podkreśliła, że rola lekarza podstawowej opieki zdrowotnej w zapobieganiu przedwczesnym i nadmiernym zgonom z przyczyn sercowo-naczyniowych zaczyna

się już w momencie zachęcania pacjentów do wykonywania badań przesiewowych.

– Wiemy, że regularna profilaktyka pozwala odpowiednio wcześniej wykryć chorobę, która na wczesnym etapie może być skuteczniej leczona. Tutaj rozpoczyna się długa droga pacjenta, który powinien być optymalnie leczony, mieć zapewniony szybki i bezproblemowy dostęp do świadczeń i do skutecznej oraz nowoczesnej farmakoterapii. Dlatego musimy kontaktować się zarówno poziomo, jak i pionowo ze specjalistami, którzy opiekują się naszymi pacjentami. Niestety obawiam się, że za wiele zgonów odpowiedzialny jest brak przepływu informacji. Przykładem może być opieka poszpitalna nad pacjentami z niewydolnością serca, gdzie koordynacja opieki między szpitalnictwem, specjalistyczną opieką ambulatoryjną a opieką podstawową, na którą składa się opieka lekarska, pielęgniarska, środowiskowa i domowa, jest naprawdę kluczowa. Powinniśmy tworzyć takie mechanizmy, aby pacjenci, którzy nie mają wskazań do opieki specjalistycznej, nie pozostawali w niej dłużej i nie blokowali miejsc osobom ciężiej chorującym. Uważam, że udrożnienie, uporządkowanie systemu i odwrócenie piramidy świadczeń to droga do realizacji celu, jakim jest redukcja liczby zgonów z przyczyn sercowo-naczyniowych – podkreśliła ekspertka.

## Postulaty pacjentów kardiologicznych

Obecne zmiany w kardiologii i wdrażane sukcesywnie projekty są pozytywnie przyjmowane przez organizacje pacjentów. Zdaniem Agnieszki Wołczyńskiej, prezes Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Pacjentów ze Schorzeniami Serca i Naczyń Eco-Serce, dobrym rozwiązaniem jest program koordynowany pomiędzy POZ a kardiologami, o którym mówiła prof. Agnieszka Mastalerz-Migas.

– Lekarz POZ wie o pacjencie więcej, często zna historię całej jego rodziny, w tym obciążenia genetyczne, dzięki czemu łatwiej mu wychwycić predyspozycje do chorób sercowo-naczyniowych. Teraz, mając do dyspozycji narzędzia diagnostyczno-terapeutyczne, będzie mógł wykonać pacjentowi podstawowe badania już na poziomie POZ. Dzięki temu chory trafi do specjalisty z pakietem badań, może nawet ze wstępną diagnozą. Z punktu widzenia działania systemu przyniesie to ogromne oszczędności i jednocześnie pozwoli skrócić kolejki do lekarzy specjalistów – mówiła przedstawicielka pacjentów. Dodała, że do tej pory pacjent gubił się w systemie i zanim trafił do właściwego specjalisty, upływało zbyt dużo czasu, a jego stan się pogarszał. Usystematyzowanie, pokazanie prostej drogi dla pacjenta, ale również dla całego systemu ochrony zdrowia, w tym lekarzy, pielęgniarek i rehabilitantów, to rozwiązanie, na które od dawna czekali lekarze i środowisko pacjentów.

Agata Misiurewicz-Gabi