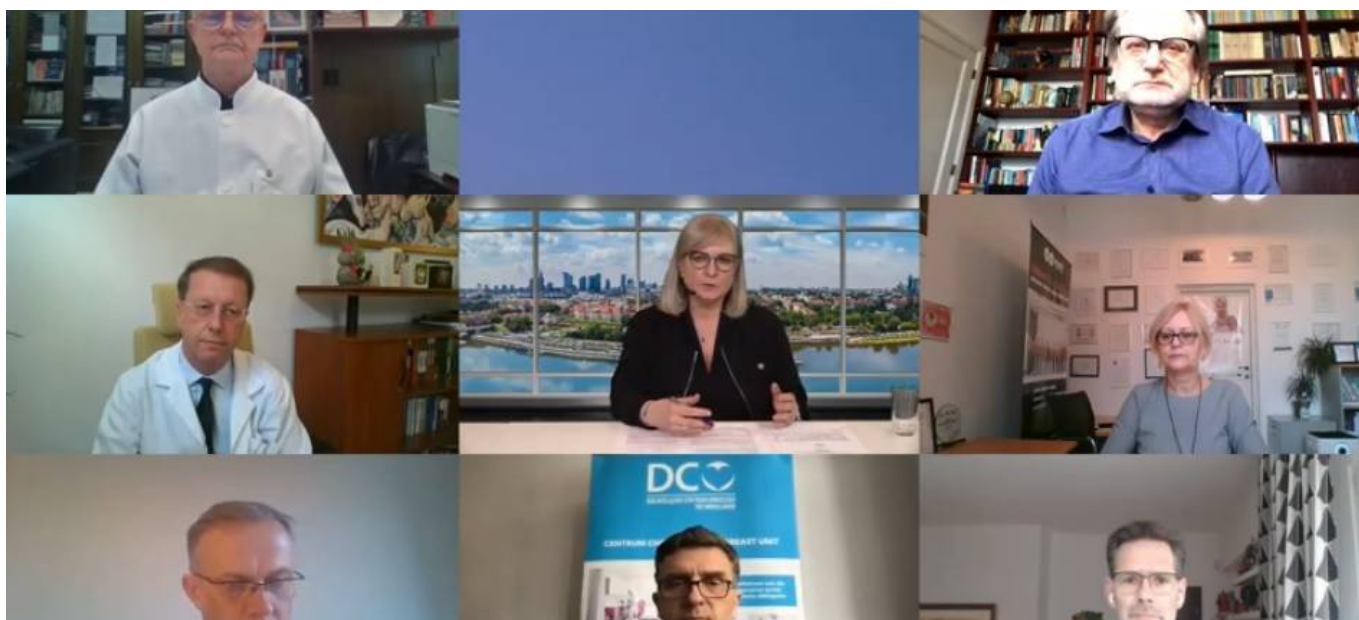




Medexpress, 2021-04-07 13:00

Debata Medexpressu

Profilaktyka jako fundament zdrowego starzenia się korzyści społeczne i ekonomiczne



Pretekstem do dzisiejszej dyskusji jest Światowy Dzień Zdrowia. Zapraszamy na debatę Medexpressu poświęconą profilaktyce.

Gośćmi debaty są:

prof. Tomasz Hryniewiecki, dyrektor Narodowego Instytutu Kardiologii

prof. Adam Maciejczyk, prezes PTO, dyrektor Dolnośląskiego Centrum Onkologii

Markus Baltzer, prezes firmy Bayer w Europie Środkowo-Wschodniej

dr Jakub Gierczyński, ekspert systemu ochrony zdrowia

Anna Kupiecka, prezes Fundacji „OnkoCafe - Razem Lepiej”

prof. Jarosław Pinkas, konsultant krajowy w dziedzinie zdrowia publicznego

dr Janusz Meder, prezes Polskiej Unii Onkologii.

Iwona Schymalla: To już trzecia debata Medexpressu poświęcona wyzwaniom zdrowotnym w

kontekście zdrowego starzenia się. Dziś skupimy się na profilaktyce i wyzwaniach dla zdrowia publicznego. Mimo szalejącej pandemii są to tematy niezwykle aktualne. Oprócz chorób nowotworowych, właśnie choroby kardiologiczne są główną przyczyną zgonów Polaków. Aby zmienić te złe statystyki, konieczna jest większa dostępność do dobrej diagnostyki, do skutecznego leczenia. Wiemy też, że każda złotówka zainwestowana w promocję i profilaktykę zdrowia przynosi dziesięciokrotnie większe oszczędności, które można by przeznaczyć na najskuteczniejsze leczenie pacjentów.

Naszą dyskusję rozpoczniemy od sondy ulicznej. Pytamy m.in. o to jakie badania profilaktyczne powinny być wykonywane, i przez kogo zlecane. Zobaczmy krótką sondę jako wprowadzenia do dyskusji.

Iwona Schymalla:

Jak widzimy, Polacy zdają sobie sprawę z tego, jak ważne jest wykonywanie prewencyjnych badań. Chciałabym, żebyśmy zaczęli od kwestii, o której dyskutujemy od pewnego czasu. Zapowiadany przez ministra zdrowia plan odbudowy zdrowia po pandemii ma składać się z pięciu elementów, w tym z rozszerzenia Krajowej Sieci Onkologicznej, przeprowadzenia pilotażu Krajowej Sieci Kardiologicznej, programu profilaktyka 40+. I chciałabym zapytać Pana Profesora Adama Maciejczyka o najważniejsze wnioski, które wynikają z pilotażu Krajowej Sieci Onkologicznej, jak wzrosły wskaźniki efektywności w zakresie diagnostyki leczenia nowotworów. Co możemy powiedzieć o kwestii koordynacji procesu terapeutycznego i jakie piętno odcisnęła pandemia na pilotażu.

Profesor Adam Maciejczyk: Dziękuję za pytanie. Postaram się krótko odpowiedzieć. Najpierw odniosę się do pandemii.

W trakcie zbierania danych z pilotażu Krajowej Sieci Onkologicznej od razu odnotowaliśmy malejącą liczbę pacjentów z nowotworami. W raku płuca, w drugiej fali pandemii zdecydowanie spadła liczba osób zgłaszających się do diagnostyki i leczenia onkologicznego. Po kilku tygodniach wprowadziliśmy nowy system zachęcania pacjentów do zgłaszania się na szybką ścieżkę diagnostyki raka płuca, który trochę poprawił sytuację. Przynajmniej zatrzymał spadek. Podobnie zresztą dzieje się w innych nowotworach. Nie jest to jednak tak wyraźnie widoczne jak w raku płuca. Monitorując i obserwując, liczby jesteśmy w stanie szybko przeciwdziałać i to co jest ważne, już nie mówimy ogólnie o grupie pacjentów nowotworowych tylko o pacjentach z danym typem nowotworu. Dla każdego pacjenta ścieżka diagnostyki onkologicznej jest inna.

To samo zresztą dotyczy badań profilaktycznych. Jak państwo wiecie, w pierwszej fazie pandemii, w okresie od marca właściwie do połowy maja zdecydowanie spadła liczba badań profilaktycznych, wręcz tych badań nie realizowano. Ale później wszystkie badania ruszyły. Oczywiście znowu konieczne było przeprowadzenie odpowiedniej kampanii informacyjnej. Pacjentów i osoby zdrowe trzeba zachęcać, informować, że szpitale są zabezpieczone, że wykonanie mammografii profilaktycznej jest możliwe i bezpieczne. Ale co ważne, monitorując poprzednie liczby dotyczące pacjentów, którzy zgłaszają się na badania, wiemy czy jesteśmy bardziej czy mniej skuteczni. Chcę zaznaczyć, że sam proces profilaktyki nie był objęty pilotażem Krajowej Sieci Onkologicznej, ale już w samej Krajowej Sieci Onkologicznej jest bardzo ważnym elementem działania.

Ale to co jest istotne tak naprawdę, to informacje o stopniach zaawansowania choroby. Bo pamiętajmy, że jednym z ważniejszych celów badań profilaktycznych, szczególnie tych badań, o których nawet w sondzie była mowa, czyli kolonoskopii, mammografii, badania cytologicznego, czy nawet profilaktyki w zakresie wczesnego wykrycia raka płuca jest właśnie wychwycenie pacjenta we

wczesnej fazie choroby.

Bardzo mnie cieszą wypowiedzi osób ankietowanych. Świadomość, że jeżeli nie pójdą na badania, to ich sytuacja może się zdecydowanie pogorszyć. I to jest jeden z ważniejszych celów tych badań. I to co monitorowaliśmy miesiąc po miesiącu - to stopień zaawansowania choroby. Obserwowaliśmy wyniki do końca grudnia zeszłego roku. Teraz jeszcze zbieramy dane za styczeń-luty. Ale mamy dane podsumowane do końca zeszłego roku. W raku płuca delikatnie, o kilka procent, wzrosła liczba pacjentów w trzecim i czwartym stopniu zaawansowania choroby. Ale w innych nowotworach: w raku jelita grubego, raku piersi, prostaty i w raku jajnika ten stopień zaawansowania nie wzrósł. Mimo że takie subiektywne odczucie lekarzy było wielokrotnie zgłaszane. Wydawało nam się, że pacjenci są w bardziej zaawansowanym stadium. Pewnie tak, aczkolwiek stopnie zaawansowania choroby w pilotażu podniosły się i to nieznacznie tylko w raku płuca.

Iwona Schymalla: Europejski Plan Walki z Rakiem realizowany przez Komisję Europejską, a także Narodowa Strategia Onkologiczna kładzie bardzo mocny nacisk na profilaktykę chorób nowotworowych. Pytanie do pana doktora Janusza Medera. Co zrobić, żeby to się powiodło? Co zrobić, żeby pandemia nie blokowała działań profilaktycznych związanych z działaniami europejskimi i Narodową Strategią Onkologiczną? Jednym słowem, jakie warunki muszą być spełnione, żeby te działania przyniosły dobry efekt?

Dr Janusz Meder: Może na początek komentarz do sondażu ulicznego. Bardzo bym się cieszył, gdyby wszystkie pytane na ulicy osoby miały podobne podejście. Tu widać, że zarówno wśród ludzi młodych jak i starszych profilaktyka jest doceniana a wiedza respondentów jest całkiem niezła. Gorzej jest z przełożeniem teorii na praktykę. Myślę, że jeżeli ciągle jeszcze obserwujemy, pomijając pandemię, że 70% ludzi w Polsce przychodzi do lekarza w wyższych stopniach zaawansowania choroby nowotworowej to myślę, że przed nami bardzo długa droga. I też nawiążę do wypowiedzi młodego człowieka, który zaczął od czegoś co jest najważniejsze. Nie trzeba czekać na wezwanie lekarza, ale trzeba samemu troszczyć się o własne zdrowie. Myślę, że jest to świetne przełożenie do przestrzegania zasad zapisanych w Europejskim Kodeksie Walki z Rakiem, gdzie jest pokazane, że zmieniając swój styl życia, możemy uniknąć lub zmniejszyć prawdopodobieństwo zachorowania albo znacznie odsunąć je w czasie. Sądzę, że nasza edukacja powinna rozpocząć się na szeroką skalę począwszy od szkoły. W Narodowej Strategii Onkologicznej jest co prawda zapisane powszechne wprowadzenie wiedzy o zdrowiu. Raz w tygodniu godzina, niezależnie od szczebla edukacji, propagująca postawy prozdrowotne, czujność w objawach jakie mogą towarzyszyć nie tylko nowotworom, ale i chorobom cywilizacyjnym. Myślę, że Europejski Kodeks Walki z Rakiem jest do przeczytania przez wszystkich, nie tylko tych, którzy boją się choroby nowotworowej, ale i tych, którzy nie mają świadomości, że przestrzegając zasad zapisanych w Kodeksie, mogą uniknąć zachorowania na inne poważne choroby cywilizacyjne. Praktycznie te same czynniki je wywołują.

(...) Jeżeli na szeroką skalę wykształcimy młodzież, to postawy prozdrowotne będą przez nich reprezentowane, przenoszone do domu, do kolegów, rodziców, dziadków, zachęcą do chodzenia do lekarza, do zwracania uwagi na wczesne objawy chorób cywilizacyjnych, do badań służących wczesnemu wykrywaniu chorób nowotworowych począwszy od tej najprostszej metody, jaką jest badanie morfologii krwi poprzez udział w badaniach screeningowych. Zachęcą również do szczepień, które mają kolosalne znaczenie nie tylko w chorobach nowotworowych. Chodzi przede wszystkim o powszechne szczepienia młodzieży przed inicjacją seksualną, przeciwko wirusowi brodawczaka ludzkiego, szczepienia przeciwko wirusowemu zapaleniu wątroby typu B czy wreszcie screening pod kątem wirusowego zapalenia wątroby typu C. Jeżeli wcześniej je wykryjemy, to możemy dzisiaj wyleczyć je w znakomity sposób nie doprowadzając do poważnych stanów typu marskość i nowotwory wątroby.

(...)

Krajowa Sieć Onkologiczna rusza od 2022 roku, stawiamy na jakość, na równy dostęp do szybkiej diagnostyki, do właściwego leczenia koordynowanego, stworzenia ośrodków kompetencyjnych, gdzie szczególnie groźne nowotwory będą leczone przez zespoły wielospecjalistyczne, współpracujące z ośrodkami różnych stopni referencyjności, przybliżając pacjentowi możliwość skorzystania z takiej opieki. W tym programie zapisane są bardzo ważne elementy, które są tożsame z tym, co jest zapisane w Europejskim Planie Walki z Rakiem. Myślę, że jesteśmy naprawdę w znakomitej sytuacji, w której jeżeli tylko uruchomimy w sposób praktyczny to co zostało zapisane w dokumentach i będziemy współdziałać na rzecz wykształcenia postaw prozdrowotnych, wykonywania odpowiedniej ilości badań screeningowych, bilansów zdrowia dla ludzi po 40. roku życia to znajdziemy się na dobrej drodze. (...)

I ostatnie zdanie, przypomnę, że opóźnienie o trzy miesiące w postawieniu diagnozy onkologicznej i wdrożeniu właściwego standardowego leczenia powoduje spadek wyleczalności o 10%, a opóźnienie o pół roku aż o 30%. A są pacjenci, którzy będą mieli jeszcze większe opóźnienie. Amerykanie mówią np. że jeśli chodzi tylko o nowotwory piersi, jelita grubego w następnych latach umrze niepotrzebnie 10 tys. ludzi właśnie z powodu pandemii i strachu przed zgłoszeniem się wczesnym stadium do lekarza. I niesprawnością ochrony zdrowia, bo to przecież nie jest tylko problem Polski.

Iwona Schymalla: Eksperti coraz mocniej podkreślają, jak wielkim wyzwaniem będzie dla nas wszystkich dług zdrowotny. Ale chciałabym wrócić do Narodowego Planu Odbudowy Zdrowia, bo jednym z jego istotnych elementów jest przeprowadzenie pilotażu, a następnie wdrożenie Krajowej Sieci Kardiologicznej. Umieramy na choroby onkologiczne i kardiologiczne. Naszym gościem jest prof. Hryniewiecki. Panie profesorze, powiedzmy w skrócie, jakie są cele Krajowej Sieci Kardiologicznej? Jak będą mierzone wyniki państwa działań? I czy w ramach rozwiązań systemowych będą także zawarte kwestie pierwotnej i wtórnej profilaktyki chorób układu krążenia?

Prof. Tomasz Hryniewiecki: Z zazdrością słucham tego co przygotowali onkolodzy i że są na tak zaawansowanym etapie, jeżeli chodzi o wprowadzenie projektów zarówno profilaktycznych jak i wczesnego rozpoznawania oraz leczenia chorób nowotworowych. Kardiologowie niestety mają tutaj bardzo wiele do zrobienia. Są na absolutnie początkowym etapie. Chociaż choroby układu krążenia są na pierwszym miejscu, jeżeli chodzi o przyczynę zgonów w Polsce.

Zanim powiem o Krajowej Sieci Kardiologicznej, o pilotażu, to chcę nawiązać do Narodowej Strategii Onkologicznej. My, środowisko kardiologów, analogiczną strategię pod nazwą Narodowy Program Układu Krążenia też przygotowujemy. (...) Niestety pandemia znacznie opóźniła nasze działania. Mam nadzieję, że jeśli tylko zacznie ona przygasać, bardzo szybko będziemy mogli do tego wrócić i zaprezentować gotowy program, w którym elementy profilaktyki, prewencji postawione będą na pierwszym miejscu. To jest niesłychanie ważne, zdajemy sobie sprawę, że mamy bardzo wiele do zrobienia. Kardiologia polska chwali się dobrymi wynikami z ostatnich 10, nawet 20 lat. Ogromny postęp w leczeniu, zwłaszcza stanów nagłych, zawału, gęsta sieć pracowni hemodynamicznych, to rzeczywiście jest ogromny sukces. Niestety mamy problem z dalszą opieką nad pacjentami. Zwłaszcza z profilaktyką, z prewencją również, traktując tę profilaktykę prewencji jako nie tylko profilaktykę osób dotychczas zdrowych, ale profilaktykę bardziej zaawansowanych postaci choroby. Czyli szybsze dotarcie pacjentów do odpowiedniego skutecznego leczenia, aby nie dopuszczać do stanów bardziej zaawansowanych, aby poprawić jakość i skuteczność leczenia.

Taką metodą w pewnym sensie profilaktyczną, która ma przyspieszyć rozpoznanie i skrócić ścieżkę pacjenta do odpowiedniego leczenia jest pomysł Krajowej Sieci Kardiologicznej. A jest to oczywiście nawiązanie do Krajowej Sieci Onkologicznej, która jest już w zasadzie po etapie pilotażu i wkrótce będzie jako system wprowadzona do opieki. My dopiero mówimy o tym, że pilotaż ma się rozpocząć.

Na razie jeszcze nie ma rozporządzenia ministra zdrowia, ale mam nadzieję, że będzie w najbliższych tygodniach. Pilotaż zaplanowany jest na razie w jednym województwie, mazowieckim. Mam nadzieję, że szybko zostaną dołączone kolejne województwa, a w przyszłości cały kraj. Pilotaż jest zaplanowany na 18 miesięcy. Na razie wybraliśmy cztery grupy jednostek chorobowych: niewydolność serca, zaburzenia rytmu i przewodzenia. Wady zastawkowe oraz nadciśnienie tętnicze oporne i wtórne.

Dlaczego akurat takie choroby? Uznaliśmy, że choroba wieńcowa, zwłaszcza leczenie interwencyjne, leczenie ostrych stanów, zawału serca w Polsce jest na bardzo dobrym poziomie. Tutaj bardzo wiele zostało zrobione. Jest program koordynowanej opieki u chorych po zawale. Nie jest on powszechny, ale efekty są bardzo dobre. Są na to dowody również naukowe. Więc uznaliśmy, że trzeba zacząć od innych chorób, bardzo istotnych w kardiologii, które, niestety, nie mają tak dobrego systemu opieki.

Oferta dla pacjentów, dla lekarzy sieci kardiologicznej polega na tym, by pacjenci od „samego dołu” systemu, od podstawowej opieki zdrowotnej, lekarzy rodzinnych czy też lekarzy poradni kardiologicznych, z ośrodków oddalonych od tych najbardziej zaawansowanych, również z oddziałów kardiologicznych, tych poza dużymi centrami kardiologiczno-kardiochirurgicznymi mieli szansę na szybkie rozpoznanie, na szybką konsultację i ewentualnie szybkie leczenie zabiegowe, kardiochirurgiczne czy cewnikowe. W propozycji tej sieci mowa jest o tym, że w ciągu 30 dni pacjent będzie miał umówioną wizytę konsultacyjną w ośrodku na różnych poziomach zaawansowania w zależności od jednostki chorobowej i od tego co lekarz podejrzewa. Ścieżki pacjenta będą opracowane odrębnie dla tych czterech grup rozpoznai i w zależności od potrzeby pacjenci będą trafiać do różnych ośrodków, ewentualnie będzie proponowana modyfikacja terapii i powrót do lekarza kierującego, albo przesunięcie do ośrodków najbardziej zaawansowanych, które zaproponują unikalną formę terapii.

(...)

W ramach sieci planujemy również finansowanie bez limitu nowoczesnych i zaawansowanych procedur, które dotychczas były mniej dostępne. Mam na myśli przezcewnikową implantację zastawki aortalnej, która właściwie jest już na świecie standardem. W pewnych grupach chorych w zaawansowanym wieku, a dotyczy leczenia stenozы aortalnej związanej zastawki aortalnej, która również jest, można powiedzieć, epidemią w kardiologii. Mowa jest również o przezcewnikowej plastyce zastawki mitralnej czy też o leczeniu metodą ablacji zaburzeń rytmu nadkomorowego, komorowego serca, implantacji urządzeń do elektroterapii. Oferta jest rzeczywiście szeroka, zarówno jeśli chodzi o szybką diagnostykę jak i leczenie najnowszymi metodami.

Mam nadzieję, że da się szybko połączyć dużą liczbę ośrodków i kolejne województwa. A później również kolejne grupy jednostek chorobowych w kardiologii. Tak, żeby to była rzeczywiście oferta absolutnie kompleksowa, na wzór tego co już przygotowali koledzy onkolodzy.

Iwona Schymalla: Dziękuję, panie profesorze. Mamy chyba po raz pierwszy do czynienia z bardzo systemowym podejściem do opieki nad pacjentem kardiologicznym. Myślę, że jest duża szansa, żeby te złe statystyki odwrócić, wdrażając krok po kroku koncepcję Krajowej Sieci Kardiologicznej.

Panie prezesie, zwracam się do prezesa Marcusa Balcera, chciałam zapytać o europejską perspektywę. Jak pan ocenia problematykę zdrowia publicznego w innych krajach Europy, w których funkcjonuje firma, którą pan zarządza?

Markus Baltzer: Obecnie debata na temat zdrowia publicznego jest zdominowana przez COVID-19. Oczywiście ma to negatywne konsekwencje. Wzrasta liczba zachorowań wynikających z innych przyczyn. Tak dzieje się na całym świecie, nie tylko w Polsce. A przecież choroby kardiologiczne i onkologiczne pozostają główną przyczyną śmierci. Zwłaszcza w Polsce. Trudno porównywać pandemię

z udarem, atakiem serca czy chorobą taką jak rak. Występują one jednak z co najmniej z taką samą częstotliwością. Przypomnę, że w czasie pandemii wiele przypadków nie zostaje zdiagnozowanych z powodu braku bądź znacznego zmniejszenia skali badań przesiewowych. Regularne wykonywanie takich badań jest szczególnie ważne w leczeniu raka, ponieważ większość nowotworów złośliwych początkowo nie daje objawów i często pozostaje niewykryta aż do późnego stadium. To nie takie proste jak w przypadku odwołanej wizyty u dentysty. Przy raku płuc lub jelita grubego opóźnienie badań przesiewowych o zaledwie kilka miesięcy może zdecydować o tym, czy skuteczne leczenie w ogóle będzie możliwe. Jednak w przypadku raka i chorób układu krążenia przeżycie może zależeć od wczesnej diagnozy. Już przed pandemią wskaźnik zgłaszalności na badania przesiewowe w Polsce był niski, podobnie było w Niemczech i w większości krajów europejskich. W Polsce w przypadku raka piersi średni wskaźnik zgłaszania wśród kobiet wynosi około 40%, a wskaźnik zgłaszania badań przesiewowych w kierunku raka jelita grubego jest dramatycznie niski i oscyluje w granicach 17-20%. W Niemczech statystyki są nieco lepsze, ale także dalekie od wyznaczonych celów, tylko 40% mężczyzn skorzystało z możliwości wczesnego wykrycia raka w badaniach przesiewowych raka, a wśród kobiet było to 67%. Jednak pandemia boleśnie wstrząsnęła systemem. W tej chwili w całej Europie występują opóźnienia w przeprowadzaniu badań przesiewowych pacjentów, co spowoduje odroczone w czasie problemy zdrowotne. To, że dziś koncentrujemy się na pandemii COVID-19, nie może prowadzić do zaniedbania wczesnego wykrywania chorób i kontynuacji leczenia chorób przewlekłych. Leczenie może być skuteczne tylko wtedy, gdy choroba zostanie zdiagnozowana i zwalczona odpowiednio wcześnie. Dotyczy to nie tylko nowotworów i chorób układu krążenia, lecz także wszelkich innych schorzeń uznanych za cywilizacyjne jak np. cukrzyca czy depresja. Z okazji przypadającego dziś Światowego Dnia Zdrowia celowe jest skupienie się na wdrożeniu rozwiązań w ramach przyjętego z końcem marca Narodowego Programu Zdrowia.

Iwona Schymalla: Bardzo dziękuję. Jest z nami pan minister Jarosław Pinkas. Panie profesorze, dwa dni temu przyjęto Narodowy Program Zdrowia na lata 2021-2025. Jaka jest szansa, że założenia tego programu zmienią krajobraz naszego zdrowia publicznego?

Prof. Jarosław Pinkas: To są niezwykle ważne dokumenty, które wpisują się w kontynuację działań powstałych w wyniku ustawy o zdrowiu publicznym. Istotne jest, by podsumować to co było, wyciągnąć odpowiednie wnioski i wdrażać kolejny narodowy program. Dzięki temu, że jest on zinstytucjonalizowany, mamy gwarancję, że będzie realizowany w sposób niezwykle rzetelny i pryncypialny.

Chciałbym odnieść się do zagadnienia niezwykle dla nas ważnego w tej chwili. Będziemy musieli zmierzyć się w ciągu najbliższych lat ze skutkami pandemii. One już w tej chwili są poważne. To będzie prawdziwa walka, żeby zmienić nawyki, które powstały w trakcie pandemii, np. dotyczące palenia tytoniu. Niestety jest też widoczny wielki wzrost spożycia alkoholu. Rzeczywiście borykamy się z zaległościami związanymi z profilaktyką. Zapewne ci, którzy realizują te programy będą w stanie w miarę szybko te straty odrobić. Natomiast skutki pandemii dotyczące zdrowia psychicznego, związane z uzależnieniami będą wymagały determinacji. Z pewnością niektóre skutki można minimalizować, np. nowotwory głowy i szyi, rak szyjki macicy. Pan doktor Meder bardzo obszernie odniósł się do programów onkologicznych. Można powiedzieć, że ostatnie lata są tłuste, jeżeli chodzi o pozyskiwanie efektywnych narzędzi, takich jakimi są np. szczepienia ochronne. Jako konsultant krajowy w dziedzinie zdrowia publicznego mam głębokie przekonanie, że czas prawdziwej pracy jest przede mną.

Prowadząca Iwona Schymalla: Bardzo dziękuję, panie profesorze. Pan doktor Jakub Gierczyński, panie doktorze, dobrze czasami popatrzeć jak radzą sobie z pewnymi populacyjnymi kwestiami, chorobami cywilizacyjnymi inne kraje. Z pewnością są przykładowe rozwiązania, a także mierniki ich efektywności z innych krajów dotyczące profilaktyki pierwotnej chorób cywilizacyjnych, ale także badań przesiewowych w krajach

członkowskich Unii Europejskiej. Czy mamy się na kim wzorować?

Dr Jakub Gierczyński: Myślę, że pan Markus Baltzer już delikatnie dotknął tego problemu, że nawet w Niemczech, gdzie przeznaczają się na ochronę zdrowia olbrzymie kwoty, jedną z najwyższych odsetek PKB, dostęp do badań przesiewowych kolonoskopowych jelita grubego wynosi nieznacznie więcej niż w Polsce. W kontekście dzisiejszej dyskusji warto podkreślić to, o czym mówił pan profesor Pinkas, że budowanie świadomości na temat swojego zdrowia, to podstawa wszystkich naszych działań. Mamy najnowsze dane GUS-u za 2019 r., dane opublikowane w marcu 2021: 66% Polaków w 2019 r. uważało, że ich stan zdrowia jest dobry lub b. dobry, a jednocześnie to co powiedział pan prof. Pinkas 10 mln z nich ma zdiagnozowane nadciśnienie tętnicze, a może drugie tyle nie wie, że ma nadciśnienie tętnicze. 10 mln pali papierosy, nadwagę i otyłość ma około 8 mln Polaków, jak nie więcej, a 38 mln Polaków żyje w smogu i w zanieczyszczeniu powietrza. To przekłada się na długość życia. W przypadku mężczyzn wynosiła ona w 2019 r. 74 lata. Włosi żyją 7,5 roku dłużej. Średnia długość życia kobiet w Polsce to 81,8,- 82 lata, a Hiszpanki żyją prawie 5 lat dłużej. Polacy w zdrowiu żyją odpowiednio: 60 lat mężczyzna, kobieta 64 lata. Tymczasem Szwedzi żyją 80 lat w zdrowiu.

Jeśli chodzi o kardiologię, wiemy że w Polsce osiągnęła olbrzymie sukcesy dzięki kardiologii interwencyjnej. Natomiast, czy rzeczywiście możemy podeprzeć się rozwiązaniami, które są w Europie? Na pewno powinniśmy popatrzeć na strukturę finansowania wydatków na profilaktykę. Według Eurostat w 2018 r. Polska przeznaczala na profilaktykę 2,3% wszystkich wydatków na ochronę zdrowia, gdy średnia unijna wyniosła prawie 3%. Włosi przeznaczali 4,4, Finlandia 4%, Niemcy 3,3, Chorwacja 3%, Słowenia 3%. Ale jeżeli popatrzymy na wydatki w Euro, to Polska przeznaczyła 19 Euro na rok, na głowę obywatela. Średnia unijna wyniosła 82 Euro. Słowenia przeznaczyła 57 Euro, Czechy 40 Euro, Węgry 28 Euro.

Chciałbym odwołać się teraz do tego, o czym mówi najnowszy raport Narodowego Instytut Zdrowia Publicznego, czyli zgonów możliwych do uniknięcia poprzez albo działania prewencyjne, albo działania naprawcze. Działania prewencyjne, o których mówił pan profesor Maciejczyk, pan profesor Hryniewiecki, pan doktor Meder są fundamentalne, ponieważ rzeczywiście jesteśmy w stanie wielu chorobom sercowo-naczyniowym zapobiec i wiele nowotworów wykryć we wczesnej fazie.

Zatem, jakie mamy doświadczenia? Przede wszystkim w kardiologii mamy znakomity raport, który też Bayer wspierał, czyli zdrowe serce dla zdrowego starzenia się, który pokazuje trzy filary, czyli świadomość, innowacje, czyli dostęp do tych zarówno diagnostycznych, najnowszych rozwiązań jak i terapeutycznych oraz współpracę pomiędzy wszystkimi interesariuszami systemowymi od pacjenta przez lekarz POZ i innych specjalistów.

Wracając do pytania pani redaktor, tak, na pewnych krajach zdecydowanie możemy się wzorować. Według najnowszych danych Narodowego Funduszu Zdrowia za styczeń 2020 w Polsce w zakresie badań mammograficznych realizacja badań przesiewowych osiągnęła wynik 39%, czyli 2 mln z 5,5 mln kobiet zaproszonych w wieku 50 do 69 zgłosiło się na badanie. A dane na styczeń 2021 wykazują spadek do 34%. Patrząc na kraje europejskie i posiłkując się raportem Eurostatu, 16 mln kobiet zostało przebadanych w programach przesiewowych, czyli pokrycie badaniem wyniosło 49%. Były też kraje, gdzie uczestnictwo w badaniach mammograficznych w krajach Unii Europejskiej było 6%. Ale były też kraje, gdzie było uczestnictwo 80% np., Holandia. I tu rzeczywiście wychodzą te trzy filary, czyli świadomość, dostęp do badań, szczególnie tych cyfrowych badań mammograficznych i przede wszystkim współpraca i koordynacja w systemie.

I ostatni przykład: badanie przesiewowe w raku jelita grubego: 17% tyle wyniosło w Polsce. Natomiast średnia unijna to 32%. Myślę, że krajowe badania screeningowe, które są tylko w 20 krajach Unii Europejskiej na 27 w tej chwili, pokazują, że nie wszędzie jest ten sam priorytet. Koordynacja badań i działań, które przedstawiał pan profesor Maciejczyk, czyli Krajowa Sieć onkologiczna i pan prof.

Hryniewiecki, czyli Krajowa Sieć Kardiologiczna są światłem w tunelu, bo to pozwoli nam zbudować trzeci filar, czyli tę współpracę pomiędzy wszystkimi interesariuszami.

Iwona Schymalla: To wszystko jest po to, aby pacjent miał dostęp do badań profilaktycznych, do profilaktyki pierwotnej, wtórnej, żeby był też świadom pewnych zagrożeń. Dlatego chciałam zapytać panią Annę Kupiecką o Narodowy Plan Odbudowy Zdrowia po pandemii, szczególnie w kontekście dostępu do lekarzy specjalistów oraz w kontekście profilaktyki i badań przesiewowych. Jakie są państwa pacjentów oczekiwania w tym względzie?

Anna Kupiecka: Z ogromną przyjemnością wysłuchałam przedmówców. Wiemy, co mamy robić. Pytanie najważniejsze – jak to zrobić? Czy rzeczywiście wziąć przykłady z innych krajów, o których tutaj wspominał dr Gierczyński, mających o wiele lepsze osiągnięcia w efektywności badań przesiewowych? Kluczem jest edukacja, kierowana również do młodych ludzi. Jedną podstawową rolę jest budowanie świadomości. Stąd konieczne są na pewno godziny dla zdrowia już na poziomie edukacji szkolnej. Abyśmy zaszczepiali młodzieży wiedzę o zagrożeniach, jakie niesie za sobą zaniedbanie zdrowia. Młodzi są „nośnikami” wiedzy dla osób starszych, rodziców, dziadków. Zatem edukacja, edukacja i jeszcze raz edukacja.

Od wszystkich programów profilaktycznych skonstruowanych w tym jednym, drugim czy trzecim planie odbudowy oczekujemy przede wszystkim efektywności. Nie możemy sobie pozwolić na to, aby realizowane po pandemii plany odbudowy zdrowia Polaków miały taką efektywność jak wcześniejsze. Powstały potężne zaległości, potężny dług zdrowotny został zaciągnięty. Wszystkie ręce na pokład.

Była tu dziś mowa o badaniach profilaktycznych w obszarze raka jelita, ale wiemy o tym, że gros ludzi zdrowych, nie wie, że takie programy istnieją. Wiemy o tym, że wysyłanie pisemnych zaproszeń nie było efektywne. W związku z tym zdecydowanie trzeba to zweryfikować, przyjąć nowe ścieżki komunikacji, być może ścieżki zaangażowania nowych technologii, aby do tej grupy, która się mieści chociażby w profilaktycznym programie raka piersi, trafiać w taki sposób, żeby te kobiety czuły się zobowiązane. Żeby była to nasza patriotyczna odpowiedzialność za zdrowie.

Pandemia uczy nas, jak ważne jest zdrowie. Być może to jest doskonały moment na to, aby kontynuować to zainteresowanie zdrowiem i zmobilizować społeczeństwo do tego, aby sięgało po badania przesiewowe, czy to z programów czy też inicjując samodzielnie interakcje z lekarzem POZ, czy specjalistą, aby komunikować: dolega mi to i to, bardzo proszę o sugestie, jakie badanie wykonać lub o zlecenie takiego badania. Czy też zwiększyć w ogóle świadomość swojego ciała i kiedy już coś dolega, to nie uciekać, nie jechać na stację benzynową po leki przeciwbólne, tylko udać się do lekarza POZ i tam uzyskać skierowanie na badania.

Poszerzenie możliwości uprawnień lekarzy POZ do wystawiania skierowań chociażby na USG piersi, mogłoby być jednym z takich kroków. (...) W ostatnim czasie robiliśmy też ankiety wśród pacjentek po nowotworach kobiecych i ich rodzin na temat takiego programu, który się u nas realizuje od wielu lat, tj. programu opieki profilaktycznej nad osobami z grup wysokiego ryzyka genetycznego (badania BRCA1, BRCA2). Świadomość społeczeństwa o takim programie, nawet wśród pacjentek onkologicznych, które zostały przeleczone, jest znikoma, na poziomie może 5%. Program jest dość dobrze realizowany, ale trzeba włożyć wiele wysiłku, aby te pacjentki docierały na badania. Pacjentki, ich córki, matki, siostry nie wiedzą, że mogłyby, a często nawet powinny, bo wywiad rodzinny wskazuje na to, że w wielu pokoleniach był rak piersi. Dlatego znów powtórzę: edukacja, edukacja i jeszcze raz edukacja.

Ponadto – zwiększenie zaangażowania lekarzy POZ, choć nie tylko POZ, w kierowaniu na badania profilaktyczne. Wiem, że minister zobligował placówki POZ, żeby sprawozdawały liczbę osób

zgłaszających się na badania profilaktyczne. To jest dobry kierunek. Na pewno powinniśmy promować dobre praktyki w gabinetach lekarskich, mierzyć, jaka jest skuteczność tego zaangażowania, płacić za efekt. (...)

Należy też bezwzględnie zwracać większą uwagę na tak podstawowe badanie, jak morfologia krwi. Ono bardzo często wykazuje już drobne zmiany, pierwsze sygnały, aby pogłębić.

Iwona Schymalla: Chciałabym zapytać profesora Hryniewieckiego o pakiet profilaktyki 40+, który znajduje się w zapowiadanim planie odbudowy zdrowia. Jakie badania powinny być w nim zawarte, biorąc pod uwagę już dostępne badania screeningowe i wyzwania związane ze starzejącym się polskim społeczeństwem?

Prof. Tomasz Hryniewiecki: Trwa dyskusja na ten temat, jeśli chodzi o kardiologię. Jest mowa o lipidogramie, proponowałem też najprostsze badanie w kierunku stwierdzenia migotania przedsionków, a więc sprawdzenie rytmu serca, nie EKG, ale zbadanie rytmu serca. Niesłuchanie ważne jest, żeby wykorzystać narzędzia najprostsze, jakimi jest rozmowa z pacjentem, wywiad, ocena ryzyka sercowo-naczyniowego. Przecież są świetne skale oceny takiego ryzyka. Można ocenić indywidualnie ryzyko pacjenta, które jest związane z wiekiem, płcią, paleniem papierosów, stężeniem cholesterolu i zaproponować odpowiednie działania, pogłębić badania diagnostyczne. Oprócz konkretnych testów, które będą w tym programie, wykorzystujemy również to, co jest znane, łatwo dostępne i powinno być szeroko stosowane.

Iwona Schymalla: Panie prezesie, jakie pana zdaniem są największe wyzwania dla zdrowia publicznego, na których teraz - mając już też wieloletnią praktykę doświadczenie - powinniśmy skupić uwagę decydentów?

Markus Baltzer: Niewątpliwie pandemia COVID-19 jest obecnie największym wyzwaniem dla zdrowia publicznego w Polsce i na całym świecie. Wiemy jednak, że doprowadziła do poważnego ogólnego pogorszenia stanu zdrowia pacjentów. Dlatego konieczne jest jak najszybsze wdrożenie zapowiadanego przez rząd Narodowego Planu Odbudowy Zdrowia po pandemii. Nie chodzi tylko o onkologię i kardiologię, ważna jest także profilaktyka, jak zapowiadany pakiet badań 40+, o którym wspomniał mój przedmówca. Biorąc pod uwagę dane długookresowe, śmiertelność i oczekiwaną długość życia, w Polsce nadal odbiegają one od średniej unijnej. Nasze społeczeństwo jest bardzo obciążone chorobami cywilizacyjnymi, które mają swoje źródło przede wszystkim w nieodpowiednim stylu życia. Badania pokazują, że wielu z nich można skutecznie zapobiec, stosując odpowiednią profilaktykę. Koszt leczenia następstw chorób cywilizacyjnych jest co najmniej 10-krotnie wyższy od wydatków przeznaczanych na profilaktykę tych chorób. Zwiększenie efektywności systemu i regularne badania przesiewowe pacjentów w kierunku kluczowych chorób onkologicznych, kardiologicznych i cukrzycy powinny być priorytetem w zakresie zdrowia publicznego. Ale chyba największym wyzwaniem systemowym jest starzejące się społeczeństwo i choroby związane z wiekiem. Koncentracja uwagi na tym problemie ma kluczowe znaczenie dla uniknięcia kosztów, których system w przyszłości nie będzie w stanie ponieść. Według danych WHO w 2015 r. około 900 milionów ludzi na świecie miało 60 lat i więcej. Do 2050 roku liczba ta podwoi się i wyniesie ponad 2 miliardy. To prawie co piąty mieszkaniec naszej planety. W Polsce odsetek osób 60+ wzrośnie z 24% w 2017 roku do ponad 40% w 2050 roku. Dlatego należy podjąć zdecydowane działania, aby zmniejszyć koszty naszego systemu opieki zdrowotnej i poprawić jego jakość poprzez zmniejszenie liczby zgonów z powodu chorób związanych ze stylem życia. Przeciwdziałanie skutkom procesu starzenia się społeczeństwa będzie wymagało nadzwyczajnego wysiłku ze strony wszystkich sektorów opieki zdrowotnej oraz znacznych nakładów, które mogą okazać się jeszcze większe, jeśli nie skupimy się na profilaktyce. Obecnie znajdujemy się w punkcie krytycznym, kiedy decyzje dotyczące publicznych i

prywatnych inwestycji dla potrzeb starzejącego się społeczeństwa będą miały ogromny wpływ na naszą przyszłość. Dostrzegam ogromną lukę w odniesieniu do proaktywnego uznania profilaktyki i innowacyjnych metod leczenia za ścieżki prowadzące do uzdrowienia i zwiększenia produktywności starzejących się społeczeństw. Wpływ chorób układu krążenia i nowotworów na jednostki, systemy opieki zdrowotnej i ogół społeczeństwa jest ogromny, dlatego zapobieganie im powinno być jednym z filarów strategii zdrowia publicznego. Mam nadzieję, że niedawno przyjęty Narodowy Program Zdrowia na lata 2021-2025 podejmie te tematy. Mają one kluczowe znaczenie dla zrównoważonego rozwoju naszego społeczeństwa.

Iwona Schymalla: Panie profesorze, chciałam pana zapytać o kolejne kroki zapowiedziane przez ministra zdrowia, które są związane z Krajową Siecią Onkologiczną. Jak będziemy się rozwijać w tym obszarze?

Prof. Adam Maciejczyk: Myślę, że profilaktyka jest dosyć dobrze w Polsce zaplanowana, tylko trzeba konsekwentnie poprawiać frekwencję, udział pacjentów w badaniach profilaktycznych. Potrzebny jest większy nacisk na realizację profilaktycznych badań w zakresie raka płuca, bo to jest coś, czego w Polsce bardzo brakuje. Jak wynika z naszych analiz, ci pacjenci są w tej chwili w najtrudniejszej sytuacji. Ale to, co jest bardzo istotne, to brak koordynacji badań przesiewowych i brak tak naprawdę realnego wsparcia ze strony lekarzy POZ w zakresie wspomaganie frekwencji pacjentów na badaniach profilaktycznych. Bez lekarzy POZ, bez współpracy z zakładami pracy, nie będziemy w stanie odpowiedniej liczby Polaków zachęcić do udziału w badaniach przesiewowych.

Koordynacja, o której wspomniałem, generalnie dotyczy tych pacjentów, u których wykryto jakiegokolwiek zmiany w badaniach przesiewowych i którzy wymagają odpowiedniej jakości badań diagnostycznych. Tego też brakowało w szerokiej gamie wszystkich pacjentów poddanych badaniom profilaktycznym. Czyli chodzi o to, że jeśli znajdziemy jakiegoś guzka w piersi, to trzeba dobrze i szybko te pacjentki zdiagnozować. To samo dotyczy dostępu do zabiegów kolonoskopowych czy profilaktyki i szybkiej diagnostyki w zakresie zmian w płucach. Duże więc przed nami wyzwania i szczerze powiem – w mojej ocenie największym wyzwaniem jest zrozumienie i zorganizowanie właściwej koordynacji tych wszystkich badań przesiewowych. Tak żeby odnieść efekt pozytywny w skali populacyjnej.

Iwona Schymalla: Bardzo dziękuję. Jeszcze pan prof. Hryniewiecki. Panie profesorze, ile sobie dajemy czasu, żeby Krajowa Sieć Kardiologiczna przyniosła te pierwsze efekty w postaci zmiany statystyk związanych z zapadalnością i śmiercią na choroby układu krążenia?

Prof. Tomasz Hryniewiecki: Powiem, że wkrótce pojawi się rozporządzenie ministra zdrowia dotyczące Krajowej Sieci Kardiologicznej. Mamy miesiąc na przygotowanie ścieżek pacjenta w czterech grupach rozpoznań kardiologicznych. Potem kolejne trzy miesiące na przekonanie i włączenie ośrodków z województwa mazowieckiego do sieci. Mam nadzieję, że w ciągu 18 miesięcy, kiedy ten pilotaż będzie realizowany, dołączymy kolejne województwa, a potem, po 18 miesiącach, będziemy mogli zaproponować to rozwiązanie dla wszystkich obywateli całej Polski.

Iwona Schymalla: Bardzo dziękuję wszystkim państwu za udział w naszej dzisiejszej dyskusji, ważnej i ciekawej. Dziękuję jeszcze raz za poświęcony czas i do zobaczenia.